

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO COMO FERRAMENTA PARA A PREVENÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA DE ESFORÇO EM MULHERES PRATICANTES DE VÔLEI DE QUADRA

Joel de Almeida Siqueira Júnior – Universidade Estadual do Ceará – joelalmeida.ef@gmail.com

Larissa Alves Alexandre Moliterno – Faculdade Integrada do Ceará

Camila Brasileiro de Araújo Silva – Universidade Estadual do Ceará

Cleoneide Paulo de Oliveira – Faculdade Integrada do Ceará

Thereza Maria Magalhães Moreira – Universidade Estadual do Ceará

Paula Matias Soares – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Incontinência Urinária. Educação. Vôlei de Quadra.

Resumo

A incontinência urinária (IU) é um problema que afeta, principalmente, a população mundial feminina, causando um grande impacto físico e emocional. Segundo a sociedade Internacional de Continência (ICS), a IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, causando problema higiênico e social. Um problema relacionado a esta patologia em praticantes de atividade física de alto impacto é a Incontinência Urinária de Esforço. O objetivo da pesquisa foi identificar o conhecimento que as mulheres praticantes de vôlei de quadra têm acerca da Incontinência Urinária de Esforço (IUE). Realizou-se um estudo do tipo exploratório, descritivo, transversal de análise quantitativa em uma academia de vôlei no bairro Dionísio Torres, em Fortaleza - CE. A população foi composta por 12 mulheres praticantes de vôlei de quadra, com idade igual ou superior a 50 anos e praticantes do esporte por no mínimo 2 anos. Os dados foram coletados através de um questionário e analisados utilizando-se frequência simples (na forma de percentual). Os resultados apontaram que essas praticantes tinham conhecimento sobre o assoalho pélvico (60%) e a incontinência urinária, sendo esta informação proveniente de conhecimentos adquiridos em Instituição de Ensino Superior. Percebeu-se que a maioria das mulheres abordadas apresentava conhecimento prévio sobre a Incontinência Urinária de Esforço, merecendo ainda uma maior divulgação quanto a anatomia e as desordens do assoalho pélvico que tem como um dos fatores etiológicos a prática esportiva.

Introdução

A incontinência urinária (IU) é um problema que afeta, principalmente, a população mundial feminina, causando um grande impacto físico e emocional (RETZKY et al., 1995). Segundo a Sociedade Internacional de Continência (ICS), a IU é definida como qualquer perda involuntária de urina, causando problema higiênico e/ou social. Essa doença é mais frequente em mulheres, podendo acometer até 50% delas em alguma fase de suas vidas (BARACHO, 2007).

A Incontinência Urinária de Esforço (IUE), segundo Baracho (2007), é a perda involuntária de urina quando a pressão intra-abdominal excede a pressão intravesical na ausência de atividade detrusora. Sua prevalência é alta e é considerada como sendo a causa mais comum da perda urinária na mulher.

A IUE atinge cerca de sete milhões de brasileiras, isto é, a cada cinco mulheres com mais de 25 anos, uma sofre de incontinência urinária de esforço (IUE), e de cada três com mais de 65 anos, duas sofrem de IUE. Acrescenta-se que 20% das consultas médicas em ginecologistas e urologistas têm como queixa principal a IUE entre mulheres de 18 a 90 anos, causando um comprometimento na qualidade de vida (ABN, 2005).

A etiologia da incontinência urinária de esforço é multifatorial, variando conforme a idade, multiparidade, menopausa, partos vaginais laboriosos, esportes de esforços, dentre outros (SNOOKS; SWASH, 1984; RESNICK; YALLA, 1992; CAVALCANTI, 2001).

Estudos mostram que a prevalência de IUE durante a prática esportiva nas atletas de elite varia de 0% a 80%. As maiores prevalências ocorrem em esportes que envolvem atividades de alto impacto como: ginástica, atletismo e alguns jogos com bola. Uma grande proporção destas atletas relata que a perda de urina é muito embaraçosa e que afeta a concentração e o desempenho, particularmente no vôlei (ZUCCHI, et al., 2003).

Compreendendo essa prática esportiva, o voleibol se trata de um desporto praticado numa quadra dividida em duas partes por uma rede, possuindo duas equipes com seis jogadores em cada lado e tem por objetivo passar a bola sobre a rede de modo que esta toque no chão dentro da quadra adversária, ao mesmo tempo em que se evita que os adversários consigam fazer o mesmo, fazendo exigir um esforço físico por parte dos jogadores e neste esforço acaba por provocar ou acentuar as desordens da musculatura do assoalho pélvico mais frequentemente a IUE (JUNIOR, 2007).

Diante disto questiona-se que conhecimento a mulher praticante de voleibol de quadra tem acerca da Incontinência Urinária de Esforço? De onde estas mesmas mulheres adquiriram conhecimento sobre o assunto?

Sabendo que a Incontinência Urinária de Esforço traz transtornos a qualidade de vida das pessoas que a apresentam, além de muitas vezes ser um problema ignorado e de difícil diagnóstico, resolveu-se identificar se mulheres praticantes de vôlei de quadra apresentam conhecimento sobre a existência dessa patologia.

Metodologia

Realizou-se um estudo do tipo exploratório, descritivo, transversal de análise quantitativa no Clube do Vôlei, situada na Rua Joaquim Sá – no bairro Dionísio Torres, em Fortaleza – CE. Este local é uma academia onde são realizadas várias modalidades de exercícios e esportes, dentre eles, o vôlei de quadra que acontece nas terças e quintas-feiras das 19h30min às 20h30min.

A amostra envolvida foi composta por 12 mulheres praticantes de vôlei de quadra na academia Clube do Vôlei, amostra disponível no horário previamente mencionado. Essas tinham idade igual ou superior a 50 anos, eram praticantes de vôlei de quadra por no mínimo 2 anos, regularmente (duas vezes na semana), não terem tido o diagnóstico médico de Incontinência Urinária de Esforço e nem se encontrarem realizando tratamento por esse distúrbio ou outra patologia uroginecológica.

As participantes envolvidas no estudo foram esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa e de seus direitos ao serem convidadas a responderem o questionário. O período de coleta de dados foi em outubro a novembro de 2010 após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Estácio/FIC com o número de parecer n. 133/09.

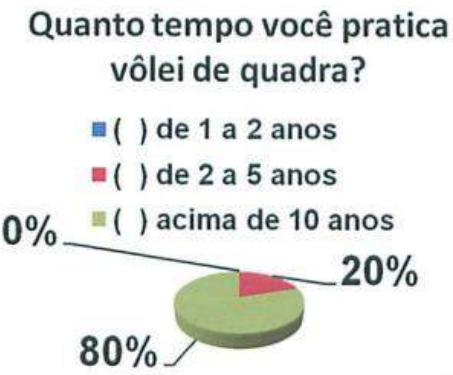
Os dados foram coletados através de um questionário o qual foi aplicado pela própria pesquisadora envolvendo questões abertas e fechadas.

Para a análise dos dados quantitativos foi utilizado o software “Statistical Package for Social Services” (SPSS) – versão 15.0 – para utilização de estatística descritiva por intermédio de frequência simples (percentual).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados Os resultados obtidos através da aplicação do questionário descrevem inicialmente o perfil geral do grupo estudado e os dados relacionados à Incontinência Urinaria de Esforço (IUE). Com relação à faixa etária, 83,3% da amostra estudada possui idade entre 50 e 60 anos e 16,7% possuem idade entre 40 e 50 anos. Em se tratando de nível de escolaridade, a maioria (83,3%) possui nível de escolaridade superior, 10,8% possuem nível médio e 5,9% apresentam nível médio incompleto. Em relação à condição civil das participantes, 16,6% são viúvas, 16,6 % divorciadas e as demais, totalizando 66,8%, são casadas. Quando abordadas quanto ao tempo que praticam o vôlei de quadra, 80% responderam que praticam há mais de 10 anos, enquanto 20% relataram praticar pelo período de 2 a 5 anos (Gráfico 1), tempo que pode interferir no controle da Incontinência Urinária se não orientada adequadamente.

Gráfico 1 - Tempo de Prática de Vôlei



Fonte: Própria.

Quanto à regularidade na frequência semanal de treino, a porcentagem de praticantes que repetem essa frequência toda semana é unânime chegando a fazerem de 2 a 3 vezes por semana a prática do vôlei (100%). Indagou-se quanto a ingestão de líquido, e 60% das mulheres afirmaram ingerir água em abundância durante o dia e as vezes até a noite, enquanto que 40% das participantes do estudo disseram que bebiam pouca água, mas entendiam da necessidade de beber água principalmente durante a prática do esporte. Muitas relataram até consumir água mais no período da manhã como exibido no gráfico 2 a seguir:

Gráfico 2 - Ingestão de Líquido pelas Participantes Durante o Dia e a Noite.



Fonte: Própria.

Os indivíduos suscetíveis a IUE acabam diminuindo o consumo diário de água com receio de interferência na perda frequente de urina, seja pela falta de sede ou pelo excesso de frio. Mesmo assim, afirma que é necessário uma ingestão de água, mesmo que controlada, para hidratação durante a prática esportiva. (MORENO, 2004) Perguntou-se ainda se referiam alguma perda involuntária de urina e em que situações isso ocorria (se ao tossir, espirrar, pular, rir, andar, no orgasmo) e todas mencionaram que só manifestavam a vontade de ir ao banheiro quando necessário e quando pegavam em água, embora 2 citaram peder poucas gotas em outras situações. Sobre o conhecimento das participantes quanto a Incontinência Urinaria de Esforço, questionou-se inicialmente se tinham algum informação quanto ao assoalho pélvico, e 60% das entrevistadas responderam que sim, enquanto que 40% das mulheres disseram não saber o que era assoalho pélvico, como ilustra o gráfico 3 a seguir. Perguntou-se ainda se referiam alguma perda involuntária de urina e em que situações isso ocorria (se ao tossir, espirrar, pular, rir, andar, no orgasmo) e todas mencionaram que só manifestavam a vontade de ir ao banheiro quando necessário e quando pegavam em água, embora 2 citaram peder poucas gotas em outras situações. Sobre o conhecimento das participantes quanto a Incontinência Urinaria de Esforço, questionou-se inicialmente se tinham algum informação quanto ao assoalho pélvico, e 60% das entrevistadas responderam que sim, enquanto que 40% das mulheres disseram não saber o que era assoalho pélvico, como ilustra o gráfico 3 a seguir.

Gráfico 3 – Distribuição percentual sobre a apresentação de conhecimento das entrevistadas sobre assoalho pélvico.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde



Fonte: Própria

Entendendo que a informação quanto o assoalho pélvico é necessária como medida de prevenção e controle da Incontinência Urinária de Esforço, os resultados encontrados foram satisfatórios, facilitando qualquer trabalho posterior de conscientização e prevenção da IUE nesta população.

Finalmente perguntou-se ao grupo que respondeu afirmativamente a questão anterior se tinha conhecimento sobre IUE e onde havia obtido esse tipo de informação, obtendo como resposta que todas conheciam essa patologia e que obtiveram esse conhecimento no ensino superior. Um fato interessante é que todas elas apresentam ou apresentavam como profissão a docência.

Dessa forma, resgata a importância de se considerar docente em sua própria formação, num processo de autoformação, de reelaboração dos saberes iniciais em confronto com sua prática vivenciada. Assim seus saberes vão-se constituindo a partir de uma reflexão sobre a prática. (NUNES, 2001).

Conclusão

Percebemos igualmente que atualmente as mulheres estão praticando esportes mesmo com idades acima de 40 anos. E essa prática varia de 2 a 3 vezes semanais. As praticantes de vôlei de quadra tem a informação do que é Assoalho pélvico e do que é a Incontinência Urinária de Esforço.

Fica aqui a proposta de tentar estender essa pesquisa a fim de possibilitar um maior conhecimento quanto a anatomia do assoalho pélvico e das desordens dessa região, particularmente da Incontinência Urinária de Esforço.

Referências

ABN, 2005 - <http://www.abn.com.br/editorias1.php?id=26564>

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Obstetrícia, Uroginecologia e Aspectos de Mastologia**. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 4º Ed. 2007.

JUNIOR, NKM. **Principais lesões no atleta de voleibol**. 2007 Disponível em: <http://www.antvoleibol.org/Artigos/efdesportes/Principais%20les%C3%B5es%20no%20atleta%20de%20voleibol.pdf>

MORENO, AL. **Fisioterapia em uroginecologia**. São Paulo: Manole; 2004.

NUNES, SMF. **Saberes docentes e formação de professores: um breve panorama da pesquisa brasileira**. Educação & Sociedade, ano XXII, nº 74. 2001.

RESNICK, MN, YALLA SV, **Urinary incontinence among elderly persons** N Engl J Med, 320, pp. 1421–1422. 1992

RETZKY, F.; ROGERS, R.M. Jr. **Incontinência Urinária na Mulher**. Clinical Syposia. 1995.

SOUSA, Moreira Cláudia. **A Eficácia dos Exercícios Cinesioterapeúticos no Tratamento da Incontinência Urinária de Esforço**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Paraná, 2004.

SNOOKS, SJ, SWASH M. **Damage to the innervation of the voluntary anal and periurethral sphincter musculature in incontinence: an electrophysiological study**. J Neurol Neurosurg Psychiatry Dec; 47(12):1269–1273. 1984

ZUCCHI EVM, SARTORI MGF, GIRÃO MJBC, BARACAT EC, LIMA GR. **Impacto da atividade esportiva no assoalho pélvico**. Femina 2003;

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade Estadual do Ceará e ao Grupo de Pesquisas em Epidemiologia, Cuidados em Cronicidade e Enfermagem – GRUPECCE/UECE.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO CONTINUADA EM SAÚDE COM PROFISSIONAIS DE UMA MATERNIDADE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE OBSTÉTRICA E HUMANIZAÇÃO NO PARTO CESÁRIO

Yago Beserra Marinho Martins – UFAL – Campus Arapiraca – (yagomarinho@hotmail.com)

Gustavo Phillipe Rocha de Lima – UFAL – Campus Arapiraca

Nirliane Ribeiro Barbosa – UFAL – Campus Arapiraca

Vanessa Danielle da Silva Matias – UFAL – Campus Arapiraca

Luciana de Amorim Barros – UFAL – Campus Arapiraca

Palavras-chave: Educação continuada; Obstetrícia; Humanização; Cesariana, Formação Acadêmica.

Resumo

O processo de qualificação profissional tem como um de seus principais objetivos a atualização e o aprimoramento em razão das constantes mudanças nos campos científico O objetivo deste trabalho foi mostrar a importância da educação continuada tanto para os profissionais quanto para a formação do acadêmico da área da saúde, por meio de um relato de experiência realizado durante a disciplina de Saúde da Mulher II. Com a realização da atividade os profissionais/ouvintes se mostraram bastante sensibilizados com a atividade sendo um momento que estava faltando, que deu um toque para avaliar se as práticas realizadas por eles estão sendo humanizadas. Para o acadêmico é um momento de grande aprendizado, por diversos aspectos e principalmente por programar uma oficina para profissionais, pois, todo o planejamento teve que ser adequado a esse público, pois não é como fazer para pessoas leigas, que não foi o caso da educação continuada.

Introdução

O processo de qualificação profissional tem como um de seus principais objetivos a atualização e o aprimoramento em razão das constantes mudanças nos campos científico e tecnológico visando o atendimento das necessidades que os profissionais apresentam em seus processos de trabalho. (BRAGA, 2009, p. 1217)

Nos estabelecimentos de saúde, o percentual quantitativo do pessoal de enfermagem vem sendo considerado o mais significativo, chegando a atingir, em alguns casos, cerca de 60% do contingente de recursos humanos. Dessa maneira, esses recursos têm requerido maior atenção dos responsáveis pela administração dos serviços de enfermagem. (BRAGA, 2009, p. 1217)

Ao relacionar-se a concepção de educação com a profissão de enfermagem, considerada também como prática social, compreende-se que, em todas as suas ações de enfermagem, estão inseridas ações educativas. Assim sendo, há necessidade de promover efetivas oportunidades de ensino, fundamentadas na conscientização do valor da educação como meio de crescimento dos profissionais da enfermagem, bem como o reconhecimento deles pela função educativa no desenvolvimento no processo de trabalho, pois para estes o conhecimento é um valor necessário do agir cotidiano e este embasa suas ações. (PASCHOAL, 2007, p.479)

A educação intra-muros do funcionário deve ser um processo que propicie conhecimentos, capacitando-o para a execução adequada do trabalho e que prepare esse funcionário para futuras oportunidades de ascensão profissional, objetivando tanto o seu crescimento pessoal quanto o profissional. É a educação continuada que permite ao profissional, o acompanhamento das mudanças que ocorrem na profissão, visando mantê-lo atualizado aceitar essas mudanças e aplicá-las no seu trabalho. (DAVIM , 1999 apud DILLY & JESUS, 1995)

Entende-se que a educação permanente, continuada e em serviço, podem motivar a transformação pessoal e profissional do sujeito, buscando alternativas para minimizar as dificuldades existentes na realidade de ensino hospital-escola e da unidade de ensino, pensando numa enfermagem com propósitos e objetivos comuns, que devem ser alcançados por todos os integrantes. (PASCHOAL, 2007, p.479)

A educação continuada atuante pode conduzir à melhoria da assistência de enfermagem, promover satisfação no serviço e melhorar as condições de trabalho na busca de um objetivo comum, através da identificação de problemas, insatisfações, necessidades e a utilização de meios e métodos para saná-los. (DAVIM , 1999 apud SILVA et al. 1986)

Assim, a educação continuada é entendida como um conjunto de práticas educacionais que visam melhorar e atualizar a capacidade do indivíduo, favorecendo o seu desenvolvimento e sua participação eficaz na vida institucional. (DAVIM , 1999 apud DILLY & JESUS, 1995)

Dessa forma o referido trabalho tem como objetivo mostrar a importância da educação continuada tanto para os profissionais quanto para a formação do acadêmico da área da saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência realizada a partir de uma atividade de educação continuada sobre a temática de humanização da cesariana, proposta pela disciplina de Saúde da Mulher II do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca, que contou com a presença dos profissionais de uma Maternidade da cidade de Arapiraca – AL.

Resultados

Iniciamos a educação em saúde com uma dinâmica para aumentar o entrosamento do grupo, para que todos se sentissem mais a vontade com o grupo de ouvintes, além do objetivo de dinamização do processo, a referida dinâmica ofereceu uma reflexão acerca do trabalho em equipe, onde não somente no parto cesáreo ou na obstetrícia com um todos, mas em todas as áreas da saúde, necessitamos desse espírito na equipe de trabalho. Esse momento foi aceito por todos e ao final o objetivo da dinâmica foi cumprido, visto que houve participação e comentários muito construtivos com relação a proposta da dinâmica.

Após esse momento fizemos a exposição de dois vídeos com o intuito de instigar o levantamento dos principais pontos que foram apresentados. O primeiro vídeo é denominado “Vídeos completo parto por cesárea”, neste vídeo é mostrado claramente a desumanização, por parte dos profissionais que realizaram o parto. Após este vídeo foi visto o trailer do filme “O Renascimento do Parto”, este é um documentário onde vários profissionais de diferentes áreas e não profissionais enfatizam o mecanicismo do parto.

Realizada a exposição do vídeo os ouvintes fizeram um levantamento dos fatos que mais chamaram a atenção, questões que causaram indignação neles, dentre elas citamos:

Ausência de silêncio na sala de parto;

Profissionais conversando assuntos paralelos enquanto realizam a cirurgia;

Uso de técnicas cirúrgicas obsoletas;

Não consideração da opinião da paciente.

Nesta etapa os ouvintes ao invés de somente ouvir o que não fazer durante o parto cesáreo eles mesmos puderam elencar, ou seja, mostrando-nos que são ações que eles tem noção que são erradas e precisam retirar essa prática de sua vida profissional e com essa etapa da atividade ficou claro o repúdio por parte dos profissionais sobre essas práticas.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Após essa etapa foi dividido os ouvintes em dois grupos e em seguida foi trabalhado duas situações-problemas, nestas foram embutidas questões intrigantes de desumanização observada pelos alunos na maternidade em que os próprios ouvintes trabalhavam. Após discussão foi proposto a que cada grupo compartilhasse as opiniões retiradas das situações-problema, as questões de desumanização de cada situação e bem como as intervenções corretas que se poderia realizar caso estivesse prestando assistência a paciente da situação proposta.

Seguindo a educação em saúde propomos a dinâmica “O que você faria?”, com o intuito de colocar os profissionais/ouvintes no lugar de pacientes e familiares para sentirem na pele os sentimentos, anseios, dúvidas que muitas vezes não são levados em consideração durante o trabalho de parto, onde as vezes é mecânico e não deixando lugar para humanização.

Na referida dinâmica foi elaborado varias questões como:

O que você faria se o seu recém-nascido, após o parto cesáreo permanecesse em uma sala sozinho?

O que você faria se seu corpo ficasse exposto antes, durante ou depois de um procedimento cirúrgico?

O que você faria se durante a sua cirurgia os profissionais ficassem conversando sobre outros assuntos que não fossem relacionado ao procedimento?

O que você faria se fosse submetida a um procedimento cirúrgico desnecessariamente?

Cada participante selecionou uma questão e tinha que respondê-la, dando sua opinião. Nessa dinâmica, o grupo se mostrou muito aberto, no qual foi relatado casos de desumanização com os próprios familiares, e se mostrando totalmente contra essas ações que poderiam acontecer, fizemos o fechamento desta etapa com uma breve explanação com utilização de slide sobre os principais entraves da desumanização observados somente para reforçar, visto que as discussões anteriores foram bastante ricas.

O encerramento da educação continuada foi feito uma avaliação do momento, o que trouxe/acrescentou para sua vida profissional, pelas falas os ouvintes se mostraram bastante sensibilizados com a atividade sendo um momento que estava faltando, que deu um toque para avaliar se as práticas realizadas por eles estão sendo humanizadas.

Conclusão

Como acadêmico foi um momento de grande aprendizado, por diversos aspectos, principalmente por programar uma oficina para profissionais, pois, pela lógica estamos querendo ensinar pessoas que já sabem o que fazer, todo o planejamento teve que ser adequado a esse público, pois não é como fazer para pessoas leigas, que não foi o caso da educação continuada. Além disso pudemos aprofundar os nossos conhecimentos a respeito da humanização.

Referências

BRAGA, Aline Togni; MELLEIRO, Marta Maria. Percepção da equipe de enfermagem acerca de um serviço de educação continuada de um hospital universitário. Rev Esc Enferm USP 2009; 43 (Esp 2): 1216-20.

PASCHOAL, Amarílis Schiavon; MANTOVANI, Maria de Fátima; MÉIER, Marinele Joaquim. Percepção da educação permanente, continuada e em serviço para enfermeiros de um hospital de ensino. Rev Esc Enferm USP 2007; 41 (3): 478-84.

DAVIM, R.M.B.; TORRES, G.de V.; SANTOS, S.R.dos. Educação continuada em enfermagem: conhecimentos, atividades e barreiras encontradas em uma maternidade escola. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 7, n. 5, p. 43-49, dezembro 1999.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por sempre estar presente em nossas vidas e abençoando os nossos caminhos em todas as circunstancias e secundamente a todos que de uma forma direta e indiretamente ajudou na construção deste trabalho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO E SAÚDE NO ÂMBITO ESCOLAR: ESTIMULANDO PRÁTICAS POSITIVAS NA ESCOLA E NA COMUNIDADE

Adriana Simplício de Araújo – FANOR (Faculdades Nordeste) / email: adrianasimplicio1@gmail.com

Débora Joyce Nascimento Freitas – FANOR (Faculdades Nordeste)

Ana Paula Nogueira de Vasconcelos – FANOR (Faculdades Nordeste)

Letícia Mara Oliveira da Silva – FANOR (Faculdades Nordeste)

Danielle de Oliveira Albuquerque – FANOR (Faculdades Nordeste)

Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Palavras-chave: Educação em saúde. Escola. Enfermagem.

Resumo

O objetivo foi conhecer as contribuições ofertadas pela saúde e educação para estimular práticas positivas de promoção à saúde na escola e na comunidade. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência realizado em agosto de 2014. A ação aconteceu em uma turma de 1º ano do ensino infantil de idades entre 06 a 08 anos. Foi desenvolvida em duas etapas uma que caracteriza a ação principal: todos os alunos da faixa etária pretendida participaram de oficinas dinâmicas que buscaram mostrar boas práticas de saúde. A segunda parte foi realizada utilizando instrumento para coleta de dados, um questionário, aplicado aos professores, inicialmente buscando conhecer sobre como a escola pode integrar a educação em saúde estimulando práticas saudáveis, como a realização dessas práticas contribuirá positivamente para o desenvolvimento das crianças no âmbito escolar e da comunidade. A promoção à saúde deve ser multidisciplinar e torna-se mais eficiente com a contribuição de ambas as partes profissionais da saúde e educadores, na prevenção, promoção e atenção à saúde.

Introdução

A promoção à saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam à saúde das pessoas em risco, e as diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no país, visando a crianças de mecanismos que visem reduzir as situações de vulnerabilidade através de alguns mecanismos, que defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão de políticas públicas (BRASIL, 2006a).

A Portaria nº 687, de 30 de março de 2006, que aprova a política de promoção à saúde, considera a necessidade de implantação e implementação de diretrizes e ações para a Promoção da Saúde, em consonância com as diretrizes do SUS (BRASIL, 2006b).

Nesse contexto, buscou-se realizar a implantação de diversas estratégias de intervenções que melhorassem as condições de saúde das crianças com ênfase principalmente no ambiente onde estavam presentes, a partir disso, percebeu-se a escola responsável pela integração e formação desses indivíduos. A partir dessa observação, foi implementado o Programa Saúde na Escola (PSE) que visa à integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2014).

O público beneficiado com o programa são escolas com territórios definidos de acordo a abrangência da Estratégia Saúde da Família tornando-se possível estabelecer um vínculo entre os equipamentos públicos de saúde e a educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc.) (MEC, 2014). Portanto, considerando o Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de Dezembro de 2007, que institui o PSE, com a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007).

O ambiente escolar, como um contexto de aprendizagem continuada onde o público não é apenas receptivo a informações, mas que contribui com as atividades de educação em saúde, sendo, portanto, ideal, para práticas de educação em saúde, pois principalmente o público infantil consegue interligar as intervenções de promoção e prevenção à saúde as atividades realizadas no seu cotidiano.

A promoção à saúde (PS) realizada junto com ao ambiente escolar promove diversas contribuições que se estende para a comunidade atingindo diversas pessoas e diferentes públicos, não se estagnando apenas em atividades realizadas pelas unidades básicas de saúde. A escola, nesse intuito, também se torna responsável pela criação de ambientes propícios a realização hábitos saudáveis e que favoreçam a promoção à saúde, sendo complementada por ações de saúde direcionadas aos principais problemas de saúde que as crianças e adolescentes estejam expostos.

A Enfermagem vem se empenhando em incorporar a PS em sua área de ação, atuando sobre os determinantes do processo saúde-doença-cuidado (LOPES *et al.*, 2010). A Enfermagem, bem como todos os profissionais de saúde, deve nesse sentido, contribuir com a educação em saúde no ambiente escolar, priorizando atividades que sanem as necessidades, principalmente das crianças, estabelecendo atividades intersetoriais, no âmbito escolar, com a parceria dos professores e de todo o núcleo escolar. Sendo, assim, imprescindível a capacitação e formação de ambos os profissionais para contribuição na educação e saúde. A escola constitui-se um espaço com franca potencialidade para desenvolver atividades de PS, pautados nos princípios humanísticos e sociais (GONÇALVES *et al.*, 2008). Assim, objetivamos no estudo conhecer a contribuição da educação em saúde no âmbito escolar e sobre o desenvolvimento e mudanças de posturas das crianças, buscando práticas saudáveis na escola e na comunidade.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência. As atividades foram realizadas por acadêmicos de Enfermagem em uma escola pública, em agosto de 2014, na cidade de Fortaleza-CE, com alunos de 1º ano do ensino infantil de idades entre 06 e 08 anos. Foi desenvolvida em duas etapas uma que caracteriza a ação principal: todos os alunos da faixa etária a participaram de oficinas dinâmicas que buscaram mostrar e incentivar hábitos saudáveis. Sendo a segunda parte realizada utilizando instrumento para coleta de dados, questionário, aplicado aos professores, inicialmente buscando conhecer sobre como a escola pode integrar a educação em saúde estimulando práticas saudáveis dentro da escola e comunidade, e como a realização dessas práticas contribuirá positivamente para o desenvolvimento das crianças no âmbito escolar e da comunidade. Buscou-se também através do questionário conhecer a eficiência e a contribuição de práticas de saúde dentro do contexto escolar. Todos os aspectos éticos foram preservados.

Resultados e Discussão

Dividiu-se a avaliação dos resultados das ações em duas etapas, uma sobre a atividade principal de educação em saúde realizada com os alunos e o apoio de dois professores da turma, visando priorizar atenção sobre a importância da promoção à saúde para crianças e perceber as principais posturas que foram adquiridas pelos alunos após a educação em saúde bem como a contribuição para a escola e comunidade. A segunda etapa realizada com os professores onde foi preenchido um questionário com 15 perguntas de múltipla escolha relacionadas à atividade realizada com os alunos, a importância da promoção da saúde no contexto escolar, conhecer as principais ações de educação em saúde feitas pela escola, pelo PSE, ou por outras instituições e resgatar quais contribuições e resultados foram obtidos. Além da avaliação dos professores sobre a relação estabelecida pelos acadêmicos de enfermagem com os profissionais da educação para fortalecer a estratégia de promoção à saúde.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Realizou-se a ação com 16 alunos e dois professores, do 1º ano, com alunos de idade entre 06 e 08 anos. A atividade de educação em saúde se deu pela dinâmica com oficinas educativas e fantoches com os alunos, expondo a eles a concepção de educação em saúde, e promovendo através da dinâmica a expansão de assuntos interligados ao ambiente em que vivem doenças prevalentes na região (Hepatite A, Verminoses.). A partir do proposto foi produzido mural com os desenhos onde expuseram o aprendizado deles sobre a educação em saúde realizada. Além da prática realizada sobre outros aspectos como lavagem das mãos e dos alimentos.

Obtiveram-se resultados positivos por parte dos alunos, com grande participação, antes, durante e depois da intervenção. Percebemos interesse por parte das crianças em realizarem as atividades e se propuseram a mostrar novas posturas frente à escola e comunidade. Sobre o ambiente que estava exposto e levando em conta o tema da intervenção, Hepatite A e verminoses, percebeu-se uma grande interferência desse ambiente para que essas doenças se desenvolvessem na comunidade. Muitos estavam diretamente expostos, à água contaminada, imprópria para o consumo e banho, além do esquecimento por parte dos alunos, de práticas como lavagem das mãos antes e depois das refeições, após sair do banheiro entre outras.

A segunda etapa da ação que foi realizada com dois professores da turma do 1º ano, cada professor estava responsável por 26 alunos e as questões foram respondidas após a educação em saúde, os resultados foram interpretados pelos acadêmicos de Enfermagem e colocados em planilha para obter resultados. Os aspectos éticos foram preservados.

A escola tinha participação no PSE, e os professores afirmaram que essas as intervenções realizadas por eles causavam impactos na escola e comunidade, mas que eles estavam ausentes da escola, mesmo com a parceria, e raramente realizavam ações. Afirmaram em sua maioria, que raramente as instituições públicas e particulares procuravam a escola para realizar ação, e que os professores buscavam capacitar-se por conta própria para a realização de ações que contribuíssem para suprir as necessidades desses alunos.

Sobre a ação realizada, segundo informada, foi imprescindível para o desenvolvimento e aprendizado das crianças para que elas aderissem a posturas saudáveis no seu dia-a-dia. Sobre a relação profissional da saúde e educação, foi visto que é preciso fortalecer esse vínculo para que as intervenções tenham um impacto significativo na vida dessas crianças. A relação entre os dois setores saúde e educação é enriquecedora para ambas as partes, e pode ser o ponto de partida para as intervenções serem feitas.

Contudo, percebeu-se que a escola é um ambiente fortalecedor de práticas e posturas, e que na formação integral ao aluno pode ser instrumento importante para a eficácia da promoção, prevenção e atenção à saúde. Além do que a relação entre os profissionais de ambos os setores estão inteiramente relacionadas ao sucesso da promoção.

Conclusão

Conclui-se que a educação em saúde no âmbito escolar trata-se de um recurso por meio do qual os conhecimentos cientificamente produzidos podem atingir a vida cotidiana das crianças oferecendo subsídios para adoção de hábitos e condutas de saúde. A intenção do trabalho foi orientar as crianças a respeito da higienização das mãos e lavagem dos alimentos. Simples atitudes como lavar corretamente as mãos, frutas e verduras antes do seu consumo são medidas simples, mais fatores importantes na prevenção de doenças.

Acredita-se que o presente estudo pode contribuir para a intensificação das ações de promoção em saúde no contexto escolar. É imprescindível lembrar que essas ações se tornam muito mais eficientes com a participação dos professores e de todo o corpo escolar, pois assim como a Enfermagem, são capacitados para colaborar integralmente com a formação desses indivíduos.

Releva-se o fato dessa parceria com as escolas ser algo difícil de acontecer, pois a educação ainda continua muito fragmentada, pelo fato da orientação e formação dos educadores serem insuficiente para que essa parceria com unidades de saúde, instituições públicas e privadas e outros setores aconteça. A falta de participação em projetos educativos sobre saúde pode deixar um déficit na formação desses indivíduos. Acreditamos que a participação desses profissionais revela grandes influências na educação em saúde, suprimindo todas as necessidades de saúde e educação das crianças.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. **Aprova a Política de Promoção da Saúde**. Diário Oficial da União (Brasília) [Internet]. 30 Mar 2006b. [acesso 30 jun 2013]. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/politica_promocao_saude.pdf.
3. BRASIL. Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: MEC, 2014.
4. BRASIL. Ministério da Educação. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola (PSE), e dá outras providências. Diário Oficial da União (Brasília) [Internet]. 5 dez 2007 [acesso 19 ago 2014]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=16966&Itemid=1141.
5. LOPES, M.S.V.; SARAIVA K.R.O.; FERNANDES, A.F.C.; XIMENES, L.B. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**. 2010 [acesso 20 ago 2014]; Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072010000300007>.
6. GONÇALVES, F.D.; CATRIB, A.M.F.; VIEIRA, N.F.C.; VIEIRA, L.J.E.S. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface** (Botucatu). [Internet]. 2008 [acesso 20 ago 2014];12(24): 181-92. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832008000100014>.

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a Deus por ter nos dado força, saúde e sabedoria para que este trabalho pudesse se concretizar. Queremos agradecer as escolas que disponibilizaram espaço e tempo para que a ação de educação em saúde acontecesse. Queremos agradecer as professoras Sandra Sampaio e Hayssa Kelly pela atenção e colaboração na realização da ação de educação em saúde na escola. Agradecemos também a orientadora do trabalho Karla Maria Carneiro Rolim pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e confiança. Por fim, agradecemos a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para realização do trabalho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A INTERFACE COM AS PRÁTICAS E AS CONTRIBUIÇÕES PARA UM ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Autor 1 – (Apresentadora) Cristiane Gonçalves Araújo – Universidade Regional do Cariri (URCA) cristianegoncalvesa@hotmail.com

Autor 2 – Eduarda Maria Duarte Rodrigues - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Autor 3 – Gláucia Margarida Bezerra Bispo - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Autor 4 (Orientador) – Eduarda Maria Duarte Rodrigues - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Palavras-chave: Idoso. Educação em Saúde. Atenção Primária a Saúde.

Resumo

INTRODUÇÃO: O artigo acerca-se de duas temáticas estratégicas da política de saúde discutida a nível mundial: o envelhecimento saudável e a sua interface com o referencial conceitual atual da promoção da saúde, tendo como base ideológica os conceitos e princípios da Educação Popular em Saúde. Esta proposta parte da crença que a participação dos idosos, os transforma em sujeitos ativos no seu autocuidado e na decisão dos seus problemas e necessidades. **OBJETIVO:** Conhecer a opinião de idosos sobre as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e suas contribuições para a promoção do envelhecimento saudável. **METODOLOGIA:** Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana de um município do Estado do Ceará, com 20 idosos participantes da realização de ações educativas desenvolvidas pela UBS. A coleta de dados foi uma entrevista semiestruturada aplicada no mês de janeiro de 2014. **RESULTADOS:** Os idosos evidenciaram que os enfermeiros estavam atuando seguindo o modelo biomédico, pois a transmissão de informações ocorria de forma verticalizada, tendo em vista que eles abordavam durante as sessões de educação em saúde, apenas com a finalidade de evitar doenças. Os idosos acreditam que as orientações dos enfermeiros são relevantes, porém, nem sempre executáveis em seu cotidiano. **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, percebeu-se a importância de uma prática em saúde dialógica e da participação, seja de forma individual ou coletiva na construção de seres críticos e participativos no tocante a sua situação de saúde.

Introdução

O envelhecimento humano é um processo que apresenta características progressivas e contínuas, as quais nas últimas décadas vêm apresentando reflexos nas formas de ações e abordagens de práticas de cuidar, nos diversos serviços de atenção em saúde. Este fato evidencia a necessidade de profissionais de saúde realizar ações educativas que cooperem para mudanças no estilo de vida dos idosos, beneficiando o acesso dos mesmos ao conhecimento de cuidados para a prevenção e promoção da saúde. Entende-se, por Promoção da Saúde, a busca por melhores condições de vida através da capacitação e participação da comunidade neste processo (BRASIL, 2010). Nesse sentido, a promoção da saúde perpassa o conceito tradicional, biológico (ausência ou cura da doença) que percebe o usuário como um objeto e não como um sujeito ativo. Por isso é necessário trazer para a prática da atenção primária, em especial, ações interdisciplinares e intersetoriais, visando à atenção integral ao idoso, por meio da socialização de saberes e experiências, tanto dos usuários, quanto dos profissionais, na busca de um envelhecimento saudável. Imbuídos por esta ideia, elucidase o papel relevante dos profissionais de saúde, em especial, o enfermeiro, que atua com assiduidade na prevenção e promoção da saúde. Dentro da ação de promoção, a Educação em Saúde, torna-se um instrumento importante para a redução dos impactos negativos sobre a saúde da população de idosos, uma vez que, ainda observa-se orientações e discussões nessa atividade com ênfase, em discursos técnicos, de forma verticalizada, sem participação dos usuários e de implementação inadequada e distante do mundo vivenciado pelo idoso (RODRIGUES, 2013). Entre os diferentes modelos dialógicos e participativos que concerne à educação em saúde, existe a Educação Popular, a qual permite a participação do idoso, favorece o seu empoderamento pela troca de saberes e experiências entre profissional/usuário e consequentemente maior aplicabilidade no cotidiano familiar e comunitário (SILVA, 2006). A educação popular em saúde é uma estratégia fundamentada na participação, colaboração e troca de experiências, com o intuito de edificar práticas de saúde direcionadas ao dia-a-dia da vida dos sujeitos usuários dos serviços de saúde, perpassando a percepção técnica de atenção a saúde e do modelo biológico (VASCONCELOS, 2006). Seguindo os ensinamentos de Freire (2005), a educação em saúde participativa “demanda a existência de sujeitos, um que, ensinando, aprende outro que, aprendendo, ensina”. Desta forma, o idoso transforma-se em coadjuvante no processo ensino-aprendizagem, tornando-se mais crítico, consciente e comprometido com o processo de transformação de sua realidade. Silva (2006) acrescenta que a Educação Popular é direcionada para conduzir a formação de seres críticos-reflexivos e participativos, passando do mero recebimento passivo de informações para a proatividade, defendendo os direitos sociais, e sendo sujeitos transformadores da sua realidade. A atenção para um envelhecimento saudável tem sido ampliada nas últimas décadas ante o aumento da longevidade da população a nível mundial, sem antecedentes na história. Considerando que em especial, nos países em desenvolvimento existem gritantes desigualdades socioeconômicas, a procura da concretude na prática de qualidade de vida dos idosos se insurge como uma reflexão e provocação, por ser um dos horizontes a partir do qual se poderão observar os ganhos positivos na expectativa de vida e assim, seja resgatado o direito humano e social preconizado constitucionalmente. Destarte, entende-se que a utilização da Educação em Saúde horizontalizada, dialógica e participativa dos idosos, empodera-os ao acesso de informações, permite a escuta de seus problemas e necessidades na tentativa de impulsioná-los a lutarem por transformações a partir de um pensamento crítico reflexivo, de forma a promover a sua emancipação e consequente cidadania. O objetivo do presente estudo foi de conhecer a opinião de idosos sobre as práticas de Educação em Saúde desenvolvidas por enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e suas contribuições para a promoção do envelhecimento saudável. Enfim, a proposta do estudo é desenvolver um modelo de educação em saúde dialógica nos níveis de atenção primária, em especial, e nos espaços da sociedade que cuidem de idosos. Nesse sentido, pelo seguimento dos princípios da Educação Popular em Saúde, espera-se ampliar os espaços de discussão que motivem os idosos a pensar e agir sobre sua saúde individual e coletiva. Este modelo promove uma ação integradora da promoção da saúde conectada ao autocuidado, às necessidades sociais e possibilita a participação dos idosos na viabilização dos direitos de cidadania (ASSIS, 2004). A partir desses princípios, o estudo almeja proporcionar subsídios sobre a necessidade de processo de trabalho baseado no compromisso ético-político das ações educativas com idosos, cada vez mais imperativas neste século no cenário nacional, especialmente no nível da atenção primária à saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, com caráter descritivo e uma abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde da zona urbana de um município do Estado do Ceará, que alberga três Equipes Saúde da Família, tendo como sujeitos 20 idosos cadastrados e participantes da realização de ações educativas desenvolvidas na referida Unidade. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados, uma entrevista semiestruturada aplicada no mês de janeiro de 2014. As informações coletadas foram submetidas ao processo da técnica de análise de conteúdo e posteriormente, analisadas conforme a literatura pertinente. A pesquisa obedeceu aos parâmetros da Resolução de número 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece normas para as pesquisas envolvendo seres humanos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados

Indicaram que para os idosos, os enfermeiros estavam atuando seguindo o modelo biomédico, pois a transmissão de informações ocorria de forma verticalizada, tendo em vista que eles abordavam durante as sessões de educação em saúde, apenas as questões pertinentes as doenças. Quanto às contribuições da educação em saúde para a promoção do envelhecimento saudável, os idosos acreditavam que ela é importante, mas a teoria se diferencia da prática, pois as orientações que eles recebiam dos enfermeiros nem sempre conseguiam executar em seu cotidiano. Eles queixaram também da ausência do médico, que para eles, esse profissional é essencial para promoção das ações de saúde, fato este que demonstrou que eles enalteciam a hegemonia do modelo biologista. Considera-se que o trabalho em grupo com idosos, por meio da Educação em Saúde com maior nível de participação e de troca de saberes e experiências entre os profissionais e idosos, contribui para a emancipação dos mesmos e mudanças na sua realidade de saúde e, conseqüentemente, adesão às orientações discutidas. Portanto, faz-se necessário uma reflexão por parte dos profissionais de saúde, em especial do enfermeiro, para que possa estar realizando práticas educativas pautadas em uma Educação em Saúde dialógica, horizontalizada, e problematizadora, superando o atual modelo biomédico. Este achado permite também uma reflexão sobre a aplicabilidade dos princípios do Sistema Único de Saúde, ou seja, saiam da letra fria das leis para a prática, de forma que seja garantido ao idoso, o direito social à saúde, por meio do empoderamento de informações, e cidadania, conseqüentemente favoreça o acesso igualitário dos idosos aos bens e serviços de saúde pela participação consciente no processo de tomada de decisão, para que desfrute um envelhecimento saudável, como merece todo cidadão brasileiro.

Conclusão

Diante do exposto, percebeu-se a importância de uma prática em saúde dialógica e participativa, seja de forma individual ou coletiva na construção de seres críticos no tocante a sua situação de saúde. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) busca entre suas diretrizes: a promoção do envelhecimento saudável, a integralidade da atenção, o estímulo às ações intersetoriais, acesso aos bens e serviços capazes de garantir a qualidade de vida do idoso, a modificação para a participação, ampliação do controle social, e acesso às informações sobre o PNSPI para usuários do SUS, profissionais e gestores da saúde (BRASIL, 2006). Apesar de reconhecermos que a percepção da saúde como qualidade de vida envolve um processo de trabalho de uma equipe multiprofissional, entende-se que o enfermeiro tem uma atuação direta com os idosos. Por esse motivo o acesso ao conhecimento de estratégias amplas que visem a melhoria da qualidade de vida, o empoderamento, a autonomia e a cidadania destes usuários são relevantes para a Promoção da Saúde.

Referências

ASSIS, M. **Promoção da Saúde e Envelhecimento**: avaliação de uma experiência no ambulatório do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. 220f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública-ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Atenção à Saúde**. 3 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20ido%20sa.pdf>>. Acesso em: 7ago. 2014.

FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.

RODRIGUES, E.M.D. **A Educação em Saúde**: instrumento para a promoção em saúde. 10 set. 2013, 11 oct. 2013. 2 p. Notas de Aula.

SILVA, W.B. **A Pedagogia Dialógica de Paulo Freire e as contribuições da Programação Neurolínguística**: uma reflexão sobre o papel da comunicação na Educação Popular. 85f. Dissertação (Mestrado em Educação Popular, Comunicação e Cultura) João Pessoa; 2006.

VASCONCELOS, E.M. **Educação Popular e a Atenção à Saúde da Família**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

Agradecimentos

A Universidade Regional do Cariri (URCA) pelo compromisso ético-político com o processo de formação de novos profissionais comprometidos com as transformações sociais que necessita o nosso país.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: DESENVOLVENDO CAPACIDADES, OU VEICULANDO IDEOLOGIA DOMINANTE?

July Grassiely de Oliveira Branco. UNIFOR. julybranco.upa@gmail.com

Paulo Leonardo Ponte Marques. UNIFOR

Maria Vieira de Lima Saintrain- UNIFOR

Karyne Barreto Gonçalves Marques- UNIFOR

Mirna Albuquerque Frota- UNIFOR

Fátima Luna Pinheiro Landim- UNIFOR

Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.

Resumo

INTRODUÇÃO: Integrando a educação com a saúde realizam-se as práticas educativas em saúde. Destarte, como a “educação” dentro dos discursos filosóficos, essa práticas tem se destacado por um viés seu de transmissão das ideologias dominantes. Estudo qualitativo realizado no município de Acaraú-Ceará. **OBJETIVO:** Objetivou-se: analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004. **MÉTODO:** Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir em espaço no trabalho de campo. Responderam a entrevista semiestruturada os alunos entre 11 e 12 anos de uma sala de aula em cada escola participante, média de vinte por turma. **RESULTADOS:** Os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. O reconhecimento da doença cárie, assim como a dor consequente, está presente no imaginário dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas. **CONCLUSÃO:** A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessário uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar.

Introdução

A saúde bucal, como componente inseparável da saúde geral dos indivíduos, está relacionada com as condições sociais, de educação e de representação do povo acerca do que é “vida saudável” (SANTOS, 2010). De outro lado, a cárie é reconhecida como a doença bucal mais comum entre os populares, sendo lembrada por uma associação com as odontalgias e as “arranções”.

Integrando a educação com a saúde realizam-se as práticas educativas em saúde. Voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, tais práticas visam a munir pessoas comuns com um conhecimento que promova mudanças comportamentais, com consequente melhoria nos padrões e na qualidade de vida.

Essa perspectiva de transformação, ou mudança, somente se concretiza com o reconhecimento e compreensão de que a educação deve ocupar uma posição de destaque nas ações de saúde que visam a “desenvolver capacidades”. No caso específico da odontologia, trata-se de promover autonomia de decisões pautadas em conhecimentos técnico-científicos transmitidos com pertinência e exatidão.

Destarte, a “educação em saúde”, como a “educação” dentro dos discursos filosóficos, tem se destacado por um viés seu de transmissão das ideologias dominantes. Nas práticas educativas realizadas por profissionais dentistas junto a escolares, ela pode sofrer ainda de uma certa “infantilização” dos discursos. No contexto das estratégias “educativas”, ao mundo mágico da criança – já povoado por “monstro do armário”, “bicho que mora em baixo da cama”, o “velho do saco que carrega crianças desobedientes” etc... – acrescenta-se o “bicho da cárie”, que destrói o dente e traz outras consequências para crianças que comem mal ou não escovam os seus dentes.

A inserção dos trabalhadores de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou o campo de práticas. A atuação destes profissionais antes se concentravam no curativismo, inexistindo os procedimentos coletivos nas comunidades, dentre os quaisse encontram as atividades de educação em saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Incorporada nas ações dos trabalhadores de saúde, a educação torna-se um grande instrumento capaz de levar os sujeitos ao conhecimento e à consciência de sua participação nos estados bons da própria saúde. De acordo com as concepções freiriananas os sujeitos podem de “posse” desses conhecimentos, passar a ter a opção de agir modificando seu cotidiano na busca por melhores condições de saúde e de vida (FREIRE, 2011).

Com a implantação da ESB no Sistema Único de Saúde -SUS- o acesso às informações e a troca de experiências relativas à saúde bucal passou a acontecer principalmente com escolares. A atuação deixou de ser esporádica para ser sistemática, programada, de forma que obtivesse efetivas alterações no cotidiano dos sujeitos sociais participantes de um processo. Ao considerar que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e que na adolescência ela representa um bom indicador de saúde individual (WASHINGTON, 2010), cada vez mais se torna importante introduzir ações de cunho educativo para este grupo populacional.

Ao tomar por base as necessidades dos usuários do sistema de saúde, necessário se faz procurar saber se os conhecimentos e a compreensão que os participantes adquirem passam a contribuir sobre o entendimento do processo saúde-doença. Assim sendo, decidiu-se realizar junto à escolares adolescentes uma série de atividades educativas, de forma problematizadora, abordando diversos temas relativos à saúde bucal, seguida por uma avaliação da aprendizagem dessas ações educativas.

O objetivo da pesquisa foi analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa observacional com abordagem qualitativa realizada no município de Acaraú- Ceará. Este município, distante 235 km da capital cearense, consta como sendo um dos mais antigos redutos dos tempos coloniais. Emancipado como município em 1849, seu nome é uma palavra de origem tupi que significa “Terra do Rio das Garças”, designada pela grande quantidade dessas aves que havia nas margens do rio que limita a cidade pelo Oeste, o rio Acaraú. Com área de 842Km² e população de 57.551 habitantes, o município é sede da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CEARÁ, 2000:32; ACARÁ, 2004:04; IBGE, 2013).

Este município iniciou suas atividades de saúde bucal na ESF em 2002, desenvolvendo atividades clínicas individuais e atividades coletivas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Entre as atividades coletivas realizadas se encontram as de educação em saúde, realizadas principalmente nas escolas.

Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir espaço no trabalho de campo: uma no distrito de Aranaú, duas em Celsolândia, e uma em Juritinha. Os participantes foram alunos, média de vinte por turma, que estiveram presentes em atividades educativas nas áreas abrangidas pelas equipes da ESF. Neste contexto, Minayo (2008) enfatiza que na pesquisa qualitativa busca-se privilegiar os sujeitos detentores dos atributos sociais que o investigador pretende conhecer. Portanto, utilizaram-se como critérios de inclusão: crianças com idade entre 11 e 12 anos; estudar em escola com abrangência de equipe de saúde bucal da ESF; e participação mínima de duas atividades educativas por ano, realizadas entre 2002 e 2004. A referência inicial atrelou ao fato de que somente a partir do mês de 2002 passou a haver um registro diário das atividades educativas que eram realizadas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A opção por essa idade deveu-se também ao fato de que estes se encontram no final da fase operatório-concreto e iniciam a sua abstração, o pensar, possibilitando maior resposta aos questionamentos. De acordo com os pressupostos de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo, a pessoa neste estágio operacional já se mostra capaz de raciocinar indutivamente, não tratando cada experiência como algo isolado e sim como parte de um todo (BEE, 1986).

Para a seleção dos escolares utilizou-se as folhas de registro de procedimentos coletivos, formulários onde são coletados os nomes de todos os participantes das ações de educação em saúde e que ficam arquivados nas unidades de saúde.

Para cada participante realizou-se entrevista, baseado em questionário semiestruturado, contendo questões sobre o que havia sido aprendido nas atividades educativas, incluindo aspectos preventivos e conhecimento sobre as doenças bucais.

A técnica de análise utilizada foi a hermenêutica-dialética. Proposta no diálogo entre Harbemas e Gadamer em 1987, consiste numa metodologia de abordagem da comunicação, superando o formalismo dos outros tipos de análise, indicando “um caminho do pensamento”. Na hermenêutica-dialética faz-se uma explicação e interpretação de um pensamento, seja esta interpretação literal, por meio de expressões linguísticas, ou temática, na qual importa mais a compreensão simbólica de uma realidade a ser aprofundada (MINAYO, 2008).

Utilizou-se termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes e para seus pais ou responsáveis. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral, sendo aprovada sob o parecer nº 204/2004 por estar em harmonia com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar a identidade dos sujeitos pesquisados, seus nomes foram modificados.

Resultados

e

Discussão

Constatou-se haver, decorrente do tipo de atividade oferecida pelos profissionais da saúde ao escolar, uma simplificação acerca da real etiologia da doença cárie, bem como das relações desta com o contexto sociocultural.

Nos depoimentos das crianças acerca dos cuidados para prevenir as doenças bucais é fortemente considerada a escovação dentária, e em menor proporção citado o uso do fio dental, como recursos bons e suficientes. Erasmo declarou: “[...] *tendo os cuidados de escovar os dentes e passar o fio dental todo dia, as doenças da boca têm zero por cento de chance de aparecer*”.

Esse tipo de depoimento é o que leva a pensar no (des)conhecimento ou subconhecimento proporcionado por práticas consideradas de educação em saúde. Muitos outros fatores podem gerar a doença em pauta, não estando limitada exclusivamente à falta de escovação ou à ausência de fio dental.

Uma abordagem próxima do ideal acerca da doença cárie passa por informar do fenômeno da desmineralização dos dentes; o que pode ser causada por ácidos provenientes do ciclo de existência das bactérias, mas também existem outros agentes com mesma propriedade. Entretanto, transparece ser mais simples incutir uma determinada prática na população, ficando evidente a massificação das ideias, ou seja, a cárie tendo origem na falta de escovação não é representação social mas sim uma construção ideológica.

Na mesma linha de discurso Fábio e Bruna esclarecem: “*O dente furado apareceu porque esqueceu de escovar os dentes!*”. Já no depoimento de Haroldo *entram e cena os vilões para protagonizarem o episódio da cárie: o bombom e o chiclete: “As doenças da boca aparecem porque não escova todos os dias. Chupa chiclete, bombom e não escovamos os dentes.”. De mesmo modo pensam outros colegas de seu grupo:*

“Comer muito pirulito, chiclete, biscoito, bombom, chocolate, muito doce... quando não escova os dentes fica um resto dentro do dente, aí vem umas cáries comer.” (Carlos).

Pode-se concluir que a escovação, por ser constantemente comentada pelos educadores de saúde durante as atividades educativas, acaba influenciando nos discursos dos participantes. Eles então reproduzem esse discurso como fosse uma sua prática diária, habitual – o que não é verdade. Apesar da aparente percepção da importância da escovação, nem sempre os escolares a realizam cotidianamente.

Prova de que as crianças somente reproduzem um discurso criado pelo profissional de saúde, é que o número de escovações é algo mencionado mecanicamente, ou seja, sem que sofra de uma crítica por parte delas: “*Três vezes ao dia*”.

Falando do tema, o escolar de nome Ivan diz: “Escovo três vezes por dia para o dente não apodrecer: uma antes do café, outra depois de almoçar e outra quando vou dormir. Quando os pesquisadores questionam sobre suas motivações para agir assim, o escolar não consegue justificar. Sua resposta é evasiva: “Porque eu acho que tá bom, se quiser escovar mais pode. Mas, três é suficiente para não ficar bactérias nos dentes, pra não apodrecer e não ficar com mau hálito”. Na colocação da criança Fábiana: “Precisa escovar os dentes depois do café, depois do almoço e depois da janta”.

As falas levam a pensar o realizado junto as crianças da pesquisa como algo que se distancia da educação em saúde, aproximando-se mais da verticalidade dos *slogans* básicos em higiene bucal. Do ponto de vista Freiriano, o antidiálogo, a sloganização, a verticalidade, os comunicados são instrumentos de “domesticação” e não de educação. De mesmo modo, não são essas crianças pensadas como sujeitos com capacidades reflexivas, mas sim como objetos alvos de uma prática massificadora de ideias preconcebidas (FREIRE, 2005). O ato de conhecer é simplificado no processo de “repetição” de procedimentos.

Outro achado na pesquisa aponta para um olhar puramente biológico ao subjetivamente indicar o fator tempo dentro da etiologia da cárie. Do alto de seus dez anos de idade, Fábiana explicou: “*Se a gente escovar os dentes só uma vez, elas (se referindo às bactérias cariogênicas) aproveitam quando a gente tá dormindo.*”

Esse olhar biológico parece predominar dentro das atividades de educação em saúde bucal, fazendo com que os educandos desenvolvam a percepção de que a doença se deva ao ataque de bactérias. O folclore relacionado à doença, e originário no próprio discurso do profissional de saúde povoa o imaginário das crianças entrevistadas, e surge, em certos momentos, com mais força e significado do que os conceitos propostos cientificamente. Os comentários de Célia leva a conhecer do vilão “bicho da cárie”: “*Há um bicho dentro do dente que rói o dente. Ele pode acabar com o dente, deixar só o tronco.*”. E segue o depoimento: “*Depois que o bicho come os dentes a pessoa sente dor de dente*”.

A denominação das bactérias cariogênicas pelos escolares como **bichos que roem**, revela ainda influência biológica no conhecimento dos escolares que passam a citar as **bactérias** como as causadoras diretas da cárie.

As crianças passam assim a representarem as bactérias como “monstrinhos ou fantasmas” que roem o dente. Tipicamente, essa representação se deve aos trabalhadores de saúde bucal utilizar frequentemente “criaturas” para designar as bactérias, possivelmente com o objetivo de amedrontar os sujeitos sociais para que não se descuidem de sua saúde bucal.

São utilizados monstros de diferentes tamanhos e cores para designar as bactérias, que acabaram sendo muito bem retratados pelos escolares. Essas imagens podem trazer repercussões negativas ao passo que no momento em que os escolares compreendem que todos os sujeitos possuem bactérias na boca, isso pode vir a causar uma preocupação, medo de “**ter o bicho**” roendo e provocando dor.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Isso reflete, em parte, o que é repassado nas atividades educativas pelos profissionais de saúde, que por sua vez tiveram sua formação no modelo biomédico, incapaz de atender as necessidades da população e permitir o empoderamento (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013)

Conclusão

A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessário uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar. Os dados analisados levaram a interpretar que as ações educativas, realizadas com o propósito de promover mudanças, estão se limitando a pura “transmissão de conhecimentos” e “culpabilização” dos escolares que por vezes são vítimas dentro do processo saúde-doença, no qual se conhece a grande influência dos fatores externos determinantes.

Ainda os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. Os depoimentos revelaram principalmente o lado negativo dos problemas bucais com dentes cariados e dores com envolvimento psicológico. O reconhecimento da doença cárie, em si, está presente no imaginário dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas e que não podem ser desprezadas, tendo em vista as mudanças nos perfis epidemiológicos em idade mais avançadas.

O entendimento dos escolares sobre a evolução das doenças bucais limita-se ao aspecto biológico, provavelmente devido ao olhar biomédico centrado e predominante nas atividades educativas. Os educandos passam a conhecer a evolução das doenças como dependente da atuação de microrganismos que “furam e roem” os dentes.

O descuido na escovação e a ingestão de alimentos com açúcar são fatores primordiais na opinião dos escolares, para evolução das doenças da boca. Desta forma, as alterações nos hábitos preventivos que ficaram perceptíveis na pesquisa se limitaram a modificações nos hábitos de escovação e na quantidade de açúcar na alimentação. Por ouvirem com frequência nas ações educativas, o bordão escovar os dentes “três vezes ao dia”, foi muito utilizado entre os escolares, que o memorizam e o repetem sem haver reflexão consistente. Além disso, a escovação é muito vista como a salvação para evitar ou minimizar os danos das doenças bucais, onde a falha nesta ou a “falta de cuidados”, parece ser o fator mais importante no desencadeamento do “estrago” nos dentes.

Conclui-se, por fim, pela necessidade de uma revisão das teorias de ensino-aprendizagem para os trabalhadores de saúde bucal de Acaraú, capacitando-os para realização de atividades educativas à população com base em metodologias ativas. O aporte construído em atividades educativas rígidas, com transferência de conhecimentos desmotivadores, torna a população alienada, dependente e pouco consciente de seus problemas, impossibilitando mudanças para melhoria das condições de saúde bucal.

Referências

ACARAÚ. **A SAÚDE EM ACARAÚ:** Ações Implementadas pelo Sistema Público Municipal em 2003. 2004. 40p.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento.** 3ª ed. São Paulo: Harbra, 1986. p. 187-218.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Anais da 1ª Conferência Microrregional de Saúde de Acaraú. Acaraú, 2000. 59p.

SOUZA, T.M.S. RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública** v. 23, n.11, 2007, p. 2727-2739.

SANTOS, S.F. CAMPINAS, L.L.S.L, SARTORI, J.A.L. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, 2010, p.109-119.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144p.

_____. **Pedagogia do Oprimido.** 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213p.

GIUDICE, A. C. M. P. PEZZATO, L. M. BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate.** v.37, n.96, 2013, p.32-42.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 07 de abril de 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008. 269p.

WASHINGTON, Washington State Department of Health Adolescent Needs Assessment. Oral health. 2010; January p. 1-4. Disponível em: www.doh.wa.gov Acessado em 15 de junho de 2010.

Agradecimentos

Inserir os agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM UNIVERSITÁRIOS SOBRE FATORES ASSOCIADOS À SÍNDROME METABÓLICA

Sara Carolina Ribeiro Torquato - Universidade Federal do Piauí; saranutri1@hotmail.com

Reângela Cíntia Rodrigues de Oliveira Lima – Universidade Federal do Piauí;

Maria Robervânia Rodrigues Lima- Faculdade metropolitana da grande Fortaleza;

Amanda Dantas do Vale Silva- Universidade Federal do Piauí;

Rafael Marques de Carvalho – Universidade Estadual do Ceará;

Ana Roberta Vilarouca da Silva - Universidade Federal do Piauí;

Palavras-chave: *Síndrome X metabólica. Universitários. Educação em Saúde. Conhecimento*

Resumo

Objetivou-se avaliar o conhecimento de universitários sobre Síndrome Metabólica antes e depois de uma intervenção educativa formal e estruturada em saúde. **Metodologia:** Trata-se de estudo do tipo comparativo, prospectivo e de intervenção. O projeto foi realizado em uma instituição pública de ensino superior de um campus do interior do Piauí, com uma amostra de 66 universitários. A coleta aconteceu no período de novembro de 2013 a julho de 2014, através de questionários de pré e pós teste em três encontros de intervenção educativa. **Resultados e Discussão:** dos dados obtidos no pré-teste (antes da intervenção), foi possível observar que: 6,0% dos universitários possuíam nenhum conhecimento; 16,6%, bom conhecimento; 57,5%, mais que bom conhecimento; e, 15,1%, muito bom conhecimento. no pós-teste imediato (seguido das três intervenções), a distribuição do nível de conhecimento foi a seguinte: 12,1%, bom conhecimento; 54,5%, mais que bom conhecimento; e, 33,3%, muito bom conhecimento. Assim, observou-se com o pós-teste que o nível de conhecimento dos universitários obteve uma melhora em seu resultado de muito bom conhecimento, onde houve um aumento de 18,2% em sua aprendizagem sobre Síndrome Metabólica. **Conclusão:** Foi possível avaliar o estilo de vida e identificar o conhecimento que os universitários possuíam antes e depois das estratégias de educação em saúde. Assim, as intervenções educativas quando bem conduzidas favorecem a adesão de hábitos mais saudáveis, pois estas são ferramentas eficazes para ampliar o conhecimento da população acerca da sua responsabilidade com a própria saúde na promoção de um estilo de vida mais saudável.

Introdução

Nas últimas décadas, observam-se diversas transformações no padrão de morbimortalidade dos distúrbios cardiometabólicos, em decorrência dos processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional, bem como em virtude das mudanças no estilo de vida da sociedade moderna, que incluíram o aumento do sedentarismo, do etilismo e do tabagismo, juntos estes fatores caracterizam o que se denomina como Síndrome Metabólica (SM). Assim, se fazem necessárias intervenções que procurem reduzir os impactos gerados por esses danos a curtos e em longo prazo. A SM se tornou um dos grandes desafios da saúde pública na atualidade. Isso devido a novas características do estilo de vida, onde a população apresenta-se cada vez mais obesa, contribuindo para as alterações dos mecanismos neuroendócrinos relacionados ao controle do peso corporal e aumentando dessa forma a prevalência da SM (HAAB, 2012). Dessa maneira, a educação, como prática essencialmente humana, é um instrumento de intervenção da realidade que deve estar acima de qualquer transmissão de saberes, centrando-se na criação de um ambiente de compartilhamento propício para a formação humana. Vista como uma prática social, podendo ser pensada como um modo de promover a reflexão e a consciência crítica das pessoas sobre sua situação de vida (ALVES; AERTS, 2011).

Metodologia

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Síndrome Metabólica entre Universitários: Prevalência e Intervenções Educativas” tendo como subtítulo “Conhecimento sobre Fatores de Risco para Síndrome Metabólica: intervenções educativas”. O projeto foi realizado em uma instituição pública de ensino superior de um campus do interior do Piauí. Projeto financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI). Trata-se de estudo quase-experimental, do tipo comparativo, prospectivo e de intervenção. Na primeira fase da pesquisa foram investigados fatores de risco e prevalência para SM numa amostra de 550 indivíduos e os que apresentaram pelo menos dois fatores de risco e que estavam regularmente matriculados na universidade foram convidados para participar desta segunda fase, assim perfazendo 66 universitários distribuídos entre os nove cursos de graduação. A coleta aconteceu no período de novembro de 2013 a junho de 2014, através de um formulário (dados sócio econômicos e antropométricos) e de questionários de pré e pós teste (imediato) onde foram avaliados os níveis de conhecimento dos participantes antes e após a implementação da estratégia educativa, para após compara-los e realizada a aferição dos dados: peso, estatura, índice de Massa Corporal e aferição da Pressão Arterial (PA), está foi realizada com esfigmomanômetros aneróides e manguitos de diferentes tamanhos, com a largura da borracha correspondente a 40% da circunferência do braço e o comprimento envolvendo no mínimo 80%. Usaram-se também estetoscópios biauriculares para a técnica auscultatória na PA. Foram então verificadas três medidas com intervalo mínimo de um minuto entre cada uma e a média das duas últimas medidas foi considerada a pressão arterial do indivíduo. A classificação da pressão arterial teve como base a VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial (2010). **Primeiro encontro:** Os universitários foram orientados quanto à assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE), ao preenchimento do formulário socioeconômico, bem como da aplicação do pré-teste e aferição dos dados antropométricos. **Segundo encontro:** Foram expostos os aspectos referentes à Síndrome Metabólica (O que é, fatores de risco, tratamento e complicações), além da aplicação de um exercício de conhecimento sobre a Síndrome Metabólica. **Terceiro encontro:** inicialmente foi inquerido dos indivíduos sobre o seu conhecimento a respeito da SM, assim, empregaram-se o pós-teste e foram realizadas orientações quanto à realização de exames laboratoriais para verificar os níveis de triglicerídeos, glicose venosa de jejum e HDL-colesterol. **Exames laboratoriais:** Os participantes das atividades de educação em saúde foram convidados e orientados durante os três encontros a repetir e (ou) realizar novamente os exames laborais para avaliar as taxas relacionadas aos fatores de risco de SM. Para a realização dos exames foi orientado e exigido um jejum de 12h. O tempo da coleta foi de aproximadamente 2h, ocorrendo de 6 às 8h da manhã. A coleta de dados e sequência da educação em saúde permaneceu até completar todos os requisitos da pesquisa. Foram atendidas as exigências das Diretrizes e Normas da pesquisa com Seres Humanos das resoluções 196/96 e 466/12. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP/MS) possuindo aprovação pelo Certificado de Apresentação para a apreciação Ética de nº 0408.0.045.000-11.

Resultados

A pesquisa procurou analisar o conhecimento dos universitários a respeito da Síndrome Metabólica e suas consequências. Assim, participaram do estudo em questão até o momento 66 universitários de ambos os sexos, sendo 40,9% homens e 59,0% mulheres. A faixa etária dos participantes está compreendida entre 18 e 40 anos, com média de 29 anos. 69,3% se auto referiu da cor parda e 30,6% se auto referiu branca. Para a situação laboral, obteve-se 72,7% que apenas estudam, 90,9% são solteiros e 86,3% foram denominados na classe C2. Um percentual de 31,8% dos universitários reside com os pais Fazendo-se a análise dos dados obtidos no pré-teste (antes da intervenção), foi possível observar que: 6,0% dos universitários possuíam nenhum conhecimento; 16,6%, bom conhecimento; 57,5%, mais que bom conhecimento; e, 15,1%, muito bom conhecimento. Em relação aos dados obtidos no pós-teste imediato (seguido das três intervenções), a distribuição do nível de conhecimento foi a seguinte: 12,1%, bom conhecimento; 54,5%, mais que bom

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

conhecimento; e, 33,3%, muito bom conhecimento. Assim, observou-se com o pós-teste que o nível de conhecimento dos universitários obteve uma melhora em seu resultado de muito bom conhecimento, onde houve um aumento de 18,2% em sua aprendizagem sobre Síndrome Metabólica. Em relação aos fatores de risco considerados, obtiveram-se 63,6% de sedentários. Obtiveram-se uma pontuação de 87,8% para estudantes que nunca fumaram. Para a classificação quanto ao uso do álcool, foi utilizado o AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Assim, 16,6% encontravam-se na Zona II – médio risco. Quanto ao Índice de Massa Corporal, verificou-se que 40,9% está com sobrepeso. Já quanto à Glicemia de jejum, os índices foram todos normais. Cerca de 42,4% apresentaram valores de triglicerídeos elevados, sendo que 75,7% obtiveram um baixo HDL colesterol. 92,4% dos estudantes estavam com a Circunferência abdominal normal. Com relação à pressão arterial, 7,5% apresentaram níveis compatíveis com limítrofe. A frequência da Síndrome Metabólica entre universitários seguiu o diagnóstico preconizado pela NCEP III (2001), onde a presença de três ou mais fatores de risco juntos podem ser considerados critérios para determinar a presença da SM. A partir da análise dos dados obtidos foi possível perceber uma considerável frequência de dois (31,8%), três ou mais (24,2%) fatores de risco para a Síndrome Metabólica nos estudantes universitários. A modernidade e a tecnologia quando atreladas ao ritmo acadêmico e as novas Ao avaliar intervenções educativas na prevenção do Diabetes Mellitus tipo 2 em adolescentes, Silva et al. (2011), verificou que os resultados evidenciaram que para o nível de conhecimento ambas as intervenções desenvolvidas não apresentaram diferença ($p = 0,0001$). Ao comparar os dois grupos estudados, A e B, após as intervenções, observou-se que a intenção para mudança dos hábitos cotidianos foi semelhante. Assim, as duas intervenções educativas realizadas podem ser utilizadas nas escolas para a prevenção do *Diabetes Mellitus* tipo 2 em adolescentes de risco. Villada et al. (2012) ao realizar também uma intervenção educativa com estudantes universitários obesos por 12 semanas obteve como resultado uma acentuada diminuição da circunferência da cintura ($90,5 \pm 11,0$ - $88,1 \pm 9,9$ cm) e IMC $30,2 \pm 5,8$ - $29,3 \pm 5,6$ kg/m², que constitui a gordura corporal total. Um ensaio clínico randomizado realizado com 80 indivíduos e duração de quatro meses em Porto Alegre - Brasil, os pacientes foram randomizados em grupos de intervenção e controle. Assim, verificou-se após intervenções educativas e análise que havia uma significativa frequência dos fatores de risco para a SM, os seguintes resultados foram encontrados: valores do índice de massa corporal ($p < 0,001$), que reduziu de $31,7$ kg/m² ($DP \pm 3,9$) para $30,9$ kg/m² ($DP \pm 3,8$), na circunferência abdominal a redução foi de $108,1$ cm ($DP \pm 9,8$) para $105,9$ cm ($DP \pm 9,5$). As associações estatisticamente significativas se deram nas correlações entre índice de massa corporal, glicemia e triglicerídeos, redução do consumo de leite integral ($p = 0,002$), aumento no consumo de cereais integrais ($p = 0,008$) e de leite desnatado ($p = 0,010$), e entre o aumento no consumo de vegetais e a redução dos triglicerídeos (BUSNELLO et al., 2011).

Conclusão

A SM por ser uma doença de caráter multifatorial pode apresentar muitas complicações, principalmente quando relacionadas às Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. Foi possível avaliar o estilo de vida e identificar o conhecimento que os universitários possuem antes e depois das estratégias de educação em saúde. Com a implementação da educação em saúde e a aplicação do instrumento de pós teste imediato, verificou-se que a estratégia de intervenção educativa promoveu e aprimorou conhecimentos. Portanto, as estratégias educativas são uma ferramenta eficaz para ampliar o conhecimento da população acerca da sua responsabilidade com a própria saúde. Deve-se trabalhar com o jovem cada vez mais precoce, na busca de aumentar o seu conhecimento sobre a importância das ações individuais de promoção de um estilo de vida melhor, podendo resultar em uma população adulta mais saudável, consciente da necessidade de se prevenir os agravos à saúde e eliminar os fatores de risco que podem ser modificáveis. A educação em saúde quando bem conduzida favorece a adesão a hábitos de vida mais saudáveis. Uma má dieta alimentar associada ao comportamento sedentário pode causar o surgimento de uma série de distúrbios cardiometabólicos. Contudo, cabe ressaltar que ocorreram alguns obstáculos durante a pesquisa, dentre eles pode-se destacar a dificuldade destes em comparecer a todos os encontros no mesmo horário. Sugere-se que novos estudos sejam realizados com essa mesma temática e público a fim de ampliar o conhecimento sobre a efetividade das estratégias educativas e do conhecimento dos estudantes, principalmente o público universitário.

Referências

ALVES, G. G.; AERTS, D.: As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 319-325, 2011.

BRASIL. Resolução nº 196/96. **Conselho Nacional de Saúde, Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991**. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.

Acessado em: 28.12.13.

_____. Resolução nº 466/2012. **Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991**.

Estabelece critério sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, Brasília, DF, 14 de junho de 2013.

BUSNELLO, F. M.; BODANESE, L. C.; PELLANDA, L. C.; SANTOS, Z. E. A.: Intervenção Nutricional e o Impacto na Adesão ao Tratamento em Pacientes com Síndrome Metabólica. **Arq Bras Cardiol**. v. 97. n.3. p. 217-224, Porto Alegre – RS, 2011.

HAAB, R. S.; BANVEGNÚ, L. A.; FISCHER, E. V. Prevalência de síndrome metabólica em uma área rural de satã Rosa. **Rev bras med fam** comunidade. Florianópolis. Abr.-Jun.; 7(23): 90-9, 2012.

SILVA, A. R. V. ; ZANETTI, M. L.; FORTI, A. C.; FREITAS, R. W. J. F.; HISSA, M. N; DAMASCENO, M. M.: Avaliação de duas intervenções educativas para a prevenção do diabetes mellitus tipo 2 em adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n 4, p782-7, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO. VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO. **Arq Bras Cardiol**. v. 95, supl., n. 1, p. 1-51, 2010.

VILLADA, F.A.P et al. Efecto de una intervención con ejercicio físico y orientación nutricional sobre componentes del síndrome metabólico em jóvenes con exceso de peso. *Iatreia* Vol. 26 (1), p. 34-43, 2012.

Agradecimentos

A Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO ESTRATÉGIA NO RASTREAMENTO DA HANSENÍASE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lusiane Batista de Almendras Gonçalves – Universidade de Fortaleza. (APRESENTADORA) - Email: lusianebag@gmail.com

Marília Araripe Ferreira – Universidade de Fortaleza.

Annah Maria Couto Bezerra Carneiro – Universidade de Fortaleza.

Caroline Sousa Praxedes Moraes – Universidade de Fortaleza.

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza (ORIENTADORA).

Palavras-chave: Hanseníase. Educação em Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência sobre a realização de uma atividade educativa sobre hanseníase. Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido por acadêmicas do curso de Enfermagem de uma Universidade particular do município de Fortaleza. O estudo foi realizado em uma Unidade de Atendimento Primário à Saúde (UAPS) de Fortaleza, Ceará. A atividade educativa foi desenvolvida no mês de agosto de 2014 e teve duração de vinte minutos. Participaram dez usuários da UAPS. A atividade desenvolveu-se em dois momentos. O primeiro consistiu na explanação sobre aspectos gerais da hanseníase (história, epidemiologia, forma de transmissão, período de incubação, sinais e sintomas, diagnóstico, complicações e tratamento). No segundo momento realizou-se consulta de enfermagem aos usuários com lesões suspeitas de hanseníase. Após a realização da educação em saúde três usuários queixaram-se de lesões com alteração de sensibilidade. Através da realização do exame dermatoneurológico identificou-se uma usuária com suspeita de hanseníase, a qual foi encaminhada para avaliação médica. A atividade descrita mostrou-se importante no rastreamento da hanseníase, possibilitando troca de informações entre acadêmicas e usuários e consulta aos suspeitos da doença, contribuindo para a promoção da saúde da comunidade.

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa causada pelo *Mycobacterium leprae*, a qual compromete o tecido cutâneo, mucoso e sistema nervoso periférico, entre outros órgãos (PINHEIRO *et al.*, 2014; SILVA; PAZ, 2010)

A presente enfermidade é transmitida a partir da eliminação do bacilo pelas Vias Aéreas Superiores (VAS), infectando indivíduos suscetíveis diante do contato íntimo prolongado, muito frequente na convivência domiciliar. A doença progride lentamente e o período de incubação pode durar em média de dois a cinco anos. As principais manifestações clínicas são as lesões cutâneas com diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil. A gravidade da doença é evidenciada pelas incapacidades que esta desenvolve, tais como mãos e pés insensíveis, deformidades musculares, ósseas e oculares (BRASIL, 2008; ARANTES *et al.*, 2010).

O Brasil é o responsável pela endemia de hanseníase no continente americano e está entre os 12 países que registraram mais de 90% dos casos no mundo. Nos últimos anos, foram elaboradas metas e estratégias para a eliminação dessa doença, evidenciou-se uma redução devido ao uso da Poliquimioterapia (PQT), todavia, barreiras como a permanência de casos não diagnosticados e a prevalência oculta, são responsáveis pela fonte de contágio da população e pela impossibilidade da sua erradicação (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009; NASCIMENTO *et al.*, 2011).

O diagnóstico é feito através do exame dermatoneurológico para a identificação de lesões com alteração de sensibilidade ou comprometimento de nervos periféricos, e a baciloscopia é um exame microscópico através do qual é evidenciado o bacilo e serve como auxílio diagnóstico. Em 1983, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou o tratamento da hanseníase com uma PQT composta pelos fármacos dapsona, clofazimina e rifampicina, os quais são eficazes na cura da doença e possuem efeitos colaterais mínimos (PINHEIRO *et al.*, 2014).

Diante disso, faz-se necessária a elaboração de estratégias que visem o controle da hanseníase, favorecendo a propagação de informações essenciais para seu diagnóstico. Dentre essas medidas, destaca-se a elaboração de atividades educativas, as quais atuam como formas de divulgação de sinais e sintomas, rastreamento de novos casos e realização do diagnóstico precoce, evitando as incapacidades nos pacientes portadores dessa doença, endêmica no país.

O presente estudo objetiva relatar a experiência de acadêmicas do curso Enfermagem sobre a realização de uma atividade educativa sobre hanseníase.

Metodologia

Relato de experiência de uma atividade de educação em saúde realizada com usuários de uma UAPS de Fortaleza, Ceará. A atividade foi desenvolvida no mês de agosto de 2014 e teve duração de vinte minutos. Participaram dez usuários do serviço de saúde.

A atividade educativa foi organizada em uma semana, sob a orientação da professora tutora. Utilizou-se para a atividade cartazes com imagens ilustrativas da hanseníase, material para realização do teste de sensibilidade (tubos de ensaio, alfinete, chumaço de algodão e lâmparina) e medicamentos utilizados no tratamento da hanseníase. Esta se desenvolveu em dois momentos. O primeiro ocorreu em uma sala de espera da unidade e consistiu na explanação de aspectos gerais da hanseníase (história, epidemiologia, forma de transmissão, período de incubação, sinais e sintomas, diagnóstico, complicações e tratamento).

No segundo momento, após a realização da explanação houve um período destinado à retirada de dúvidas dos usuários e questionou-se se algum apresentava lesão com alteração de sensibilidade. Três usuários apresentaram queixas e foram encaminhados para um consultório reservado da unidade.

As acadêmicas de enfermagem, sob a supervisão da professora tutora, realizaram os exames dermatoneurológicos nos usuários. Um dos usuários avaliados apresentou manchas esbranquiçadas (hipocrômicas) com alterações de sensibilidade e dor à palpação dos nervos periféricos, sendo encaminhado para a avaliação médica.

Após a realização da atividade, os resultados foram analisados de acordo com a literatura e apresentados de forma descritiva.

Resultados

A atividade educativa iniciou-se com uma descrição dos aspectos gerais da hanseníase (história, epidemiologia, forma de transmissão, período de incubação, sinais e sintomas, diagnóstico, complicações e tratamento).

Em meados da discussão, uma das pacientes relatou que seu pai tinha adquirido a doença anos atrás e ela teve que tomar uma vacina para se prevenir. Nesse momento, foi elucidado que a doença era transmitida pelas Vias Aéreas Superiores, e que, caso o indivíduo fosse comunicante, tornava-se mais vulnerável a adquirir a doença, tendo, portanto, que tomar a vacina *Bacillus Calmette-Guérin* (BCG). Esta protege os comunicantes em 50% de serem acometidos da hanseníase (BRASIL, 2008).

Os sinais e sintomas foram discutidos com o auxílio de cartazes com imagens ilustrativas das formas clínicas da hanseníase. Relatou-se que as manifestações clínicas da hanseníase incluem lesões de pele com alteração de sensibilidade (manchas, placas, nódulos), infiltrações, lesões nos nervos periféricos (trigêmio, facial, radial, ulnar, mediano, fibular e tibial), dor e espessamento dos nervos periféricos, perda de sensibilidade e perda de força muscular. Após a explanação, algumas usuárias relataram que apresentavam alguns sinais e sintomas dermatoneurológicos descritos.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O diagnóstico da doença foi descrito apresentando-se o material para a realização do teste de sensibilidade (tubos de ensaio, alfinete, chumaço de algodão e lamparina). As acadêmicas demonstraram entre elas como era feito o teste de sensibilidade em um paciente suspeito da hanseníase.

As complicações da doença foram destacadas por figuras impactantes de deformações dos membros, cegueira e feridas ocasionadas pela falta de sensibilidade, demonstrando que as pessoas deviam procurar o serviço de saúde precocemente para evitar que a doença evolua e resulte em incapacidades físicas. Gonçalves; Sampaio; Figueiredo (2009) afirmam que, a prevenção de incapacidades físicas é realizada pelo diagnóstico e tratamento precoce, e que o monitoramento por exames neurológicos possibilita essa prevenção, reduzindo assim, as chances do desenvolvimento de incapacidades.

Aspectos gerais sobre o tratamento foram descritos através da apresentação das cartelas utilizadas no tratamento da hanseníase, destacando o fornecimento gratuito pelo sistema público de saúde e a cura da doença ao término do tratamento.

Após a atividade educativa, três usuárias apresentaram queixas dermatológicas, sendo uma criança, uma adulta e uma idosa.

A primeira usuária referiu ser comunicante de um tio, que teve hanseníase, há aproximadamente dez anos. Ao exame dermatológico, observou-se uma mancha hipocrômica no membro superior esquerdo e múltiplas lesões semelhantes na região torácica posterior. Ao realizar o teste de sensibilidade nas lesões observou-se uma diminuição da sensibilidade térmica. Na avaliação neurológica observou-se choque no nervo radial e ulnar. Após a avaliação, realizou-se encaminhamento ao médico de sua equipe solicitando uma investigação mais aprofundada.

A segunda usuária avaliada foi uma criança. A condução da consulta de enfermagem foi um pouco mais difícil, pois a criança demonstrava medo dos exames. Todavia, utilizou-se de estratégias para acalmá-la, como demonstração do exame a ser realizado, primeiramente em sua mãe. Ao exame dermatológico, observaram-se manchas nos membros inferiores. Ao realizar o teste de sensibilidade nas lesões não observou-se lesão com alteração de sensibilidade. Na avaliação neurológica todos os nervos periféricos apresentavam-se normais.

A terceira usuária avaliada foi uma idosa. Durante a consulta de enfermagem, a usuária referiu lesões pruriginosas difusas no corpo. Orientou-se à procurar uma avaliação médica, por não tratar-se de lesões suspeitas de hanseníase.

A realização da atividade de educação em saúde despertou a curiosidade dos usuários da unidade, pois esta permitiu o conhecimento sobre uma doença endêmica no país e a avaliação por um profissional de saúde, instigando-os a cuidar de si e da sua família. Com isso, o profissional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no exercício da educação em saúde, promove o bem-estar dos usuários e de seus familiares, propagando o conhecimento e estimulando o rastreamento de novos casos de enfermidades.

Conclusão

A atividade educativa foi eficaz, pois além de informar a população sobre os aspectos gerais da hanseníase, contribuiu no rastreamento de casos. Logo, deve ser promovida na atenção básica como mais uma opção de educação em saúde na busca ativa de casos suspeitos de hanseníase.

Referências

ARANTES, C. K.; GARCIA, M. L. R.; FILIPE, M. S.; NARDI, S. M. T.; PASCHOAL, V. D. Avaliação dos serviços de saúde em relação ao diagnóstico precoce da hanseníase. **Epidemiol. Serv. Saúde.**, Brasília, v.19, n. 2, p. 155-164, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde:** Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

DUARTE, M. T. C.; AYRES, J. A.; SIMONETTI, J. P. Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. **Texto Contexto Enferm.**,v.18, n.1, p. 100-107, 2009.

GONÇALVES, S. D.; SAMPAIO, R. F.; ANTUNES, C. M. F. Fatores preditivos de incapacidades em pacientes com hanseníase. **Rev Saúde Pública.**, v.43, n.2, p.267-274, 2009.

NASCIMENTO, G. R. C.; BARRERO, A. J. R.; BRANDÃO, G. C. G.; TAVARES, C. M. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. **Rev. Eletr. Enf.**,v.13, n.4, p.743-750,2011.

PINHEIRO, M. G. C.; SILVA, S. Y. B.; FRANÇA, A. L. M.; MONTEIRO, B. R.; SIMPSON, C. A. Hanseníase: uma abordagem educativa com estudantes do ensino médio. **Rev Pesqui Cuid Fundam.**, v.6,n.2, p. 776-784, 2014.

SILVA, M. C. D.; PAZ, E. P. A . Educação em saúde no programa de controle da hanseníase: a vivência da equipe multiprofissional. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v.14, n.2, p. 223-229, 2010.

Agradecimentos

Aos usuários da Unidade de Atenção Primária à Saúde pela colaboração e à professora Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente pelo incentivo à iniciação a pesquisa e à prática de elaboração de atividades educativas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIALÓGICA NA PROMOÇÃO DE SAÚDE DE IDOSOS: CONSTRUINDO VÍNCULOS.

Autor 1 – (Apresentadora) Cristiane Gonçalves Araújo – Universidade Regional do Cariri (URCA) cristianegoncalvesa@hotmail.com

Autor 2 – Eduarda Maria Duarte Rodrigues - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Autor 3 – Gláucia Margarida Bezerra Bispo - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Autor 4 (Orientador) – Eduarda Maria Duarte Rodrigues - Universidade Regional do Cariri (URCA)

Palavras-chave: Idoso. Educação em Saúde. Vínculo. Promoção. Envelhecimento Saudável.

Resumo

INTRODUÇÃO: Envelhecer é um seguimento inerente ao ser humano que difere do ciclo de vida do homem, manifestando-se desde alterações físicas, psicológicas e sociais que atinge de maneira singular cada indivíduo também, podendo ser entendido como uma ordem cronológica, ou seja, o transcorrer do tempo tanto na visão funcional do indivíduo quanto nas transformações da capacidade física e mental. **OBJETIVO:** O estudo analisa o desenvolvimento das práticas de Educação em Saúde dialógica e horizontalizada na construção de vínculos e promoção de um envelhecimento saudável. **METODOLOGIA:** Estudo do tipo exploratório, com abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde, com 20 idosos no período de Dezembro de 2013 a Janeiro de 2014, por meio de uma entrevista que obedeceu a Resolução de número 466/12. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** Os resultados sinalizaram que a prática educativa dialógica promove a edificação de vínculos entre os próprios usuários e a equipe de saúde. Os testemunhos evidenciaram que as concepções sobre a Educação em Saúde como promotora de vínculos apresenta relação com os construtos do cuidado humanizado, da integralidade, do bem estar e adesão às orientações compartilhadas. **CONCLUSÃO:** Nesse sentido, o estudo destaca a imperatividade de mudanças no modelo de Educação em Saúde de forma a promover e fortalecer os laços entre a equipe de saúde da família e os idosos e desta forma seja concretizada na prática dos serviços da atenção primária, um processo de trabalho fundamentado na participação ativa para a promoção da qualidade de vida do idoso.

Introdução

Envelhecer é um seguimento inerente ao ser humano que difere do ciclo de vida do homem, manifestando-se desde alterações físicas, psicológicas e sociais que atinge de maneira singular cada indivíduo também, podendo ser entendido como uma ordem cronológica, ou seja, o transcorrer do tempo tanto na visão funcional do indivíduo quanto nas transformações da capacidade física e mental (SMELTZER *et al.*, 2011). Assim tornou-se natural, no âmbito de saúde, interligar a saúde do idoso a sua qualidade de vida em uma realidade em que as etapas do envelhecimento não são mais sinônimas de existência de patologia, e sim, de completo estado de bem-estar físico e mental, sendo admitidas as dimensões do indivíduo em suas particularidades e necessidades imediatas (ARAÚJO, 2010). O envelhecimento populacional, nas últimas décadas, tem interferências profundas para os serviços e práticas de saúde no âmbito dos níveis de atenção, tendo como consequência, o aumento dos gastos pelo Ministério da Saúde nos níveis secundários e terciários devido à prevalência de doenças crônicas na faixa etária acima de 60 anos (ROUQUAYROL; SILVA, 2013). Essa faixa etária impulsionará amplas consequências sobre a economia e o Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2011). Conforme o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 2010, a população brasileira era em torno de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram apontados como idosos (idade $\geq$ 60 anos), equivalente a 10,8% da população brasileira (IBGE, 2010). Estes dados indicam que está ocorrendo um célere processo de envelhecimento, em partes desacompanhadas de ações de políticas econômicas e de saúde que atendam às demandas das reais necessidades desta população, com realce para os economicamente mais fragilizados. Evidenciando a necessidade de realizar ações educativas que cooperem para mudanças no estilo de vida dos idosos, beneficiando o acesso dos mesmos ao conhecimento de novos cuidados para a prevenção e promoção da saúde, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida (MARTINS *et al.*, 2007). No Brasil o processo de envelhecimento mundial é caracterizado pelo aumento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão, diabetes, Alzheimer e outras), que provoca o imperativo de mudanças nas formas de promover saúde (MORAES, 2012; MENDES, 2011). A Promoção da Saúde é um assunto que vem preocupando políticos, gestores, profissionais de saúde e cientistas ao redor do mundo, pois envolve como estratégia, a melhoria da qualidade de vida da população. No Brasil, é recente o olhar a respeito de promoção de saúde, tendo se tornado um grande desafio para o SUS, no enfrentamento das desigualdades socioeconômicas, ambientais e culturais, dentre outros fatores. Dentro da ação de promoção, a Educação em Saúde, torna-se um instrumento importante para a redução dos impactos negativos sobre a saúde da população de idosos. Entende-se que a Educação em Saúde é uma área de práticas e de conhecimento do campo da saúde, que tem se empregado mais diretamente com a criação de vínculos entre a ação assistencial e o desenvolvimento contínuo junto à população nas atividades comunitárias da atenção básica (BRASIL, 2007). Práticas educativas em saúde, direcionadas aos idosos, tornam-se essenciais para que esse grupo desenvolva a capacidade de intervir sobre suas próprias vidas e no ambiente ao qual estão inseridos, favorecendo sua autonomia e participação ativa no processo de cuidar da sua promoção da saúde, bem como o estabelecimento de vínculos entre estes e os profissionais de saúde (ARAÚJO, 2010). Merhy (1994, p.116 a 160) enfatiza que a criação de vínculos (...) “implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal”, sendo esta prática mais um dos desafios do SUS. A prática do vínculo traz à tona a necessidade da reflexão sobre a responsabilidade e o compromisso compartilhado entre o serviço de saúde e seus usuários, assim há o fortalecimento do cuidado integral ao idoso. A promoção em saúde representa uma estratégia promissora para minimizar os problemas que atingem as populações humanas, principalmente as mais vulneráveis como os idosos. Aliando-se as vulnerabilidades sociais, econômicas e biológicas, a literatura realça que no Brasil o alto custo com os idosos é três vezes maior que o seu tamanho proporcional, embora a saúde seja um direito social e universal. Acredita-se, que ao propor uma educação em saúde fulcrada numa pedagogia problematizadora, dialógica, participativa e horizontalizada, estaremos promovendo aos sujeitos do estudo uma leitura crítica do mundo, em que os vários significados podem ser desvendados e entendidos. Esta crença é a chave para o diálogo crítico que emerge do ato da escuta dos idosos, e, materializa-se por meio da formação de profissionais da saúde mais democrático. O presente estudo tem por objetivo analisar o desenvolvimento das práticas de Educação em Saúde dialógica e horizontalizada na construção de vínculos e promoção de um envelhecimento saudável.

Metodologia

Estudo do tipo exploratório, com caráter descritivo e uma abordagem qualitativa, realizado na Unidade Básica de Saúde composta por três Equipes Saúde da Família (ESF), juntamente com dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), da zona urbana de um município do estado do Ceará. Os sujeitos deste estudo foram 20 idosos participantes das ações educativas da unidade de saúde, como instrumento de coleta utilizou-se uma entrevista semiestruturada contendo questões norteadoras sobre a temática estudada, os dados foram coletados nos meses de Dezembro de 2013 a Janeiro de 2014. As informações coletadas foram submetidas ao processo da técnica de análise de conteúdo. A pesquisa obedeceu aos parâmetros da Resolução de número 466 de 12 de Dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece normas para as pesquisas envolvendo seres humanos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados

Partindo da análise os resultados apontam que dos 20 idosos entrevistados, 14 (95%) são do sexo feminino e um 1 (5%) do sexo masculino. A prevalência de mulheres idosas participantes em atividade de grupo ser superior ao de homens revela que no Brasil, há muito tempo, as taxas de mortalidade entre homens é superior ao de mulheres (PACHECO; SANTOS, 2004). Acrescenta-se que 13 (89%) são analfabetos e 2 (11%) tem nível de escolaridade fundamental incompleto. Davim, Torres e Dantas (2004), explicam que o grande índice de idosos analfabetos ou com baixos níveis de escolaridade relaciona-se às dificuldades de acesso à educação em décadas anteriores. Quando questionados quanto as relações interpessoais/vínculo emergidas do processo de trabalho de Educação em Saúde participativa ficou evidenciado que este modelo de prática educativa dialógica promove a edificação de vínculos entre os próprios usuários e a equipe de saúde, conforme podemos verificar nos testemunhos a seguir: GALENA – “me sinto muito motivada a participar pois o que aprendo ajuda muito na minha saúde, minha vida tá muito melhor depois que comecei a me cuidar”. CRISTAL - “Procuo fazer tudo o que aprendo no grupo, não falto aos encontros, sem contar que gosto muito de estar com pessoas da minha idade, construindo amizades”. SAFIRA - “aqui no grupo nós idosos aprendemos de tudo um pouco, os profissionais nos explicam sobre alimentação, higiene, exercícios físicos, isso é muito importante para o idoso continuar com saúde, minha vida melhorou em tudo depois que comecei a participar”. ANGELITA - a melhor coisa do mundo é participar de grupo, tirar suas dúvidas e o melhor poder contar também suas experiências de vida. Segundo Freire (1992), Educação Libertadora é aquela que é compartilhada entre dois sujeitos pensantes no processo de procura de um novo conhecimento. Somente a troca de saberes (Popular e o Científico) entre os profissionais de saúde e os idosos permitirá o aprendizado de ambos, pois ninguém educa, é um processo mútuo de um rico aprendizado. Entendemos, assim, que os profissionais de saúde e comunidade devem praticar o processo de aprendizagem de forma horizontalizada, em que todos sejam protagonistas para um envelhecimento saudável. O homem nasce e vive todas as etapas de sua vida em grupo, o que facilita a aplicabilidade de práticas que utiliza tal tecnologia, em grupo o indivíduo se identifica, desenvolve, aprende, o que condiciona transformações efetivas e rápidas. Portanto, a dinâmica grupal seja na UBS ou na comunidade aperfeiçoa o acesso e a relação profissional/cliente e, consequentemente, a tomada de decisão mais adequada para a realidade percebida por dois ou mais atores da comunidade (BRASIL, 2007). Bulsing *et al.*, (2007) reforçam que o compromisso dos idosos em participar de atividades grupais fortalece o diálogo, os vínculos, ampliam as probabilidades de troca e de interação com pessoas da mesma faixa etária, o que favorece as sensações de realização, bem-estar, autonomia e responsabilidade com sua situação de saúde. É através da participação em atividades de grupo que as pessoas se empoderam de informações de saúde, em especial dos seus direitos e assim, adquirem melhor conhecimento e habilidades para atuarem sobre suas vidas (TEIXEIRA, 2002).

Conclusão

Os resultados apontam o interesse dos idosos e o reconhecimento dos benefícios, da participação destes como verdadeiros atores políticos na promoção do seu autocuidado e qualidade de vida. Os testemunhos evidenciaram que as concepções sobre a Educação em Saúde como promotora de vínculos apresenta relação com os construtos do cuidado humanizado, da integralidade, do bem estar e adesão as orientações compartilhadas. Nesse sentido o estudo destaca a imperatividade de mudanças no modelo de Educação em Saúde de forma a promover e fortalecer os laços entre a equipe de saúde da família e os idosos e desta forma seja concretizada na prática dos serviços da atenção primária, um processo de trabalho fundamentado na participação ativa para a promoção da qualidade de vida do idoso.

Referências

ARAÚJO, V. S. **Educação em Saúde para idosos na atenção básica:** olhar de profissionais de saúde. Dissertação. Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. João Pessoa – PB, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Caderno de Educação Popular e Saúde.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BULSING, F. L.; OLIVEIRA, K. F. D.; ROSA, L. M. K. D.; FONSECA, L. D.; AREOSA, S. V. C. A influência dos grupos de convivência sobre a autoestima das mulheres idosas do município de Santa Cruz do Sul - RS. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 4, n. 1, 2007.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. D. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. D. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.12, n.3, p.518-524, 2004.

FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992. 96p.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais:** uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Rio de Janeiro - RJ, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf> Acesso em: 16 ago. 2013.

MARTINS, J. J.; BARRA, D. C. C.; SANTOS, T. M.; HINKEL, V.; NASCIMENTO, E. R. P.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMANN, A. L. Educação em saúde como suporte para a qualidade de vida de grupos da terceira idade. **Rev. Eletrônica de Enfermagem.** v.09, n.02, p.443-456, 2007. Disponível em:<<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/v9n2a12.htm>> Acesso em: 08 set. 2013.

MENDES, E. M. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (Org.) **Inventando a mudança em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1994. p.116-60.

MORAES, E. N. **Atenção a Saúde do Idoso:** Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

PACHECO, R. O.; SANTOS, S. S. C. Avaliação global de idosos em unidades de PSF. **Textos Envelhecimento.** v.7, n.2, p.: 45-61. Jan, 2004.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. (Org.). **Epidemiologia & Saúde**. 7ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SMELTZER, S.C.; BARE, B.G.; HINKLE, J.L.; CHEEVER, K.H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 11º Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, v.1; 2011.

TEIXEIRA, M. B. **Empoderamento de idosos em grupos de promoção da saúde**. [dissertação]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 2002.

Agradecimentos

A Universidade Regional do Cariri (URCA) pelo compromisso ético-político com o processo de formação de novos profissionais comprometidos com as transformações sociais que necessita o nosso país.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E A VISITA DOMICILIÁRIA AO ADOLESCENTE:PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ivana dos Santos Fonseca- Universidade Federal do Ceará- ivasfonseca@hotmail.com

Elainy Fabrícia Galdino Dantas Malta- Universidade Federal do Ceará

Autor 3 – Instituição

Autor 4 – Instituição

Autor 5 – Instituição

Fabiane do Amaral Gubert- Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Educação em Saúde.Visita domiciliária.Adolescente.Promoção da Saúde.

Resumo

O objetivo do estudo foi compreender a atividade de atenção à saúde do adolescente durante a visita domiciliária (VD) na perspectiva do profissional da Estratégia Saúde da Família com enfoque na Educação em Saúde. O estudo foi exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, realizado em agosto à dezembro de 2013, em um Centro de Saúde da Família na cidade de Fortaleza – CE. Foram aplicados o questionário e a entrevista semiestruturada com 19 profissionais. Foi feita análise do conteúdo. Resultados: os agentes de saúde foram os mais contemplados com curso de capacitação voltado para o adolescente. Os entrevistados relataram que se sentem co-responsáveis por não priorizar a atenção aos adolescentes e que, em parte, isso se deve à falta de capacitação durante sua formação acadêmica e profissional. Perguntando sobre a Educação em saúde voltada ao adolescente, a escola foi citada como ambiente mais propício para se realizar ações. Alguns entrevistados comentaram que a promoção da saúde por meio da VD é um grande desafio em qualquer fase do ciclo vital. A proximidade com o adolescente que a VD oportuniza, torna o setor educação, além de importante na interface com a saúde, um potencial parceiro na construção de ideias e práticas interligadas e efetivas. Considera-se que as visitas realizadas pela equipe de saúde ao adolescente são uma alternativa de espaço que deve ser valorizada para a implementação de estratégias educativas adequadas à realidade da comunidade, bem como fortalecer o vínculo junto a esta população a fim de acessarem mais os serviços de saúde.

Introdução

Estudos demonstram que, na adolescência, a iniciação sexual precoce, a multiplicidade de parceiros, a não adesão a métodos contraceptivos e as medidas de prevenção para a não aquisição das DSTs, influenciados por um sistema de gênero que se pauta na dominação masculina, pela curiosidade pelas drogas, bem como pela necessidade de afirmação grupal, tornam os adolescentes susceptíveis à aquisição de DST/HIV/AIDS e gravidez precoce, sendo imprescindível que a prevenção, neste grupo, mereça enfoque prioritário (TAQUETTE; VILHENA; PAULA, 2004).

Dentre as estratégias que se pode utilizar para isso, destaca-se a educação em saúde no contexto da visita domiciliária (VD), a qual pode fortalecer a relação entre profissionais e comunidade. O profissional de saúde, durante a visita domiciliária, tem a oportunidade de conhecer o ambiente em que o usuário vive e o tipo de relações familiares que possui, além disso, tem a possibilidade de atuar com foco na ação comunitária.

Baseado no entendimento de seu papel como integrante da estratégia Saúde da Família, os trabalhadores do CSF Hélio Goês Ferreira, localizado na Regional VI em Fortaleza (CE), vêm desenvolvendo diversas atividades educativas com grupos heterogêneos de pessoas que residem no bairro Sapiranga e proximidades. Porém, tem-se observado uma inquietação por parte desses trabalhadores devido à baixa adesão dos adolescentes em participar desses processos coletivos de construção do saber, além da falta de empoderamento para cuidarem de si mesmos.

A relevância do trabalho é fortalecer a relação entre usuário do SUS e equipe multiprofissional sob uma ótica educativa, realizada por meio da VD, a qual tem possibilidade de ser direcionada tanto para o cuidado de usuários impossibilitados de irem à Unidade de Saúde, mas principalmente como espaço para realização de atividades de Educação em Saúde envolvendo toda a família.

Metodologia

TIPO DE ESTUDO: Tratou-se de estudo exploratório- descritivo com abordagem qualitativa.

PERÍODO E LOCAL: outubro a dezembro de 2013, em um CSF da Regional VI, localizado na cidade de Fortaleza – CE.

POPULAÇÃO E AMOSTRA: Constituiu-se de 19 profissionais da ESF que trabalham naquela Unidade de Saúde.

COLETA DE DADOS:A coleta de informações foi realizada por meio da aplicação de um questionário e uma entrevista não estruturada, com informações acerca do perfil sociodemográfico, idade, sexo, formação, tempo de formação, experiência com atividades de educação em saúde, tipos de atividades que realizam e possível existência de dificuldades/potencialidades. Todas as atividades da pesquisa foram registradas e feita a gravação de áudio com autorização dos participantes.

ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS: Foi utilizada a análise do conteúdo seguida de divisão dos dados em categorias para facilitar a descrição das características relevantes.

.ASPECTO ÉTICO: Este estudo foi analisado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, sob parecer 459.698 sendo realizado com base na Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Resultados

e

Discussão

Educação em saúde e visita domiciliária: concepções e práticas

As entrevistas iniciais permitiram conhecer a percepção dos profissionais frente ao conceito de educação em saúde, a fim de favorecer o vínculo e a aproximação entre a pesquisadora e os participantes antes da realização das visitas domiciliárias junto aos adolescentes. Nos discursos foi possível observar concepções distintas sobre a temática com ênfase na noção de educação para redução de doenças e enfermidades, conforme as falas a seguir:

Educação leva você a não ser uma pessoa doente. (ACS). (*sic*).

Educação em Saúde é uma forma de você repassar, principalmente a parte da saúde que as pessoas ainda têm dúvidas; forma de reeducar em relação aos problemas de saúde; às vezes eles têm problemas e nem sabem (TE). (*sic*).

Apesar dessas concepções, alguns profissionais apreendem Educação em Saúde como trabalho de sensibilização dos usuários, com concepção ampliada do processo educativo, na qual o sujeito é visto como agente ativo do processo, com vistas ao empoderamento e à responsabilidade sobre sua qualidade de vida:

A partir da Educação, eles vão ter entendimento, vão buscar mais saúde, vão ficar mais atentos numa reportagem da televisão, o que ele pode resolver para melhorar a saúde dela e, às vezes, por não ter Educação, não pesquisa. (ACS-V). (*sic*).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Pessoa começa a se sentir responsável; não é só remédio; se cuidar, se exercitar; não são os outros os responsáveis. (ACS-S). *(sic)*.

É importante salientar ser no âmbito da ESF que a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a Equipe de Saúde da Família. Conforme relatado ainda por alguns profissionais nas entrevistas, a educação em saúde se limita ao repasse de informações, ao conceito positivo de saúde, de cura e doença.

Já em relação às concepções sobre a Visita Domiciliária (VD) como atividade de Educação em Saúde (ES), a maior parte dos entrevistados percebe essa ação como momento relevante para educar sobre a saúde e qualidade de vida em diversos contextos e temáticas, como se observa nas falas abaixo:

A Visita Domiciliar é atividade de Educação em Saúde, o ACS precisa estar capacitado para observar e orientar dentro das suas condições (ACS- F). *(sic)*.

Toda oportunidade que você tiver com o usuário, você deve fazer Educação em Saúde, numa visita, num acolhimento, num atendimento, esperando consulta (E3). *(sic)*.

Para Coelho *et al.* (2004), a visita domiciliária é um dos destaques da prática da Saúde da Família, havendo duas formas de visita. A primeira forma é a visita domiciliária fim, com objetivos específicos de atuação, como a atenção domiciliária terapêutica e a visita a pacientes acamados. E a segunda forma é a visita domiciliária meio, na qual se realiza a busca ativa em demanda reprimida, promoção e prevenção da saúde através da educação em saúde individualizada.

A visita domiciliária focada no adolescente representa uma estratégia de atenção à saúde que engloba muito mais que o simples fornecimento de um tratamento. Apresenta-se como um método que amplia a dimensão do assistir, não tendo seu enfoque na doença, mas na promoção, manutenção e recuperação da saúde do ser humano na perspectiva de sua família, além da busca da participação do paciente e de seus familiares no processo do cuidado (KAWAMOTO *et al.*, 2004).

Importante destacar que nas falas dos profissionais, eles ressaltam a necessidade da visita ser realizada por uma variedade de categorias profissionais para que a visão sobre o contexto do ambiente em que vive o paciente seja ampliada. Alguns apontam que existe pouca participação do profissional de odontologia nas visitas domiciliares e que isso é uma falha da ESF. No caso do adolescente visitado pela psicóloga, essa necessidade ficou mais evidente, pois, através dela houve a percepção de outros problemas, como a falta de envolvimento da mãe e da escola na vida do adolescente.

O médico, enfermeiro, auxiliar, dentista. Se seus dentes tiverem tudo estragado, afeta o coração (TE-O). *(sic)*.

Equipe do NASF, com fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, terapeuta ocupacional, médico, enfermeiro, auxiliar. (ACS-A). *(sic)*.

Quando se iniciaram as VDs no Brasil, elas eram realizadas por ACS, através do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Atualmente profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, cirurgiões-dentistas, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) atuam conjuntamente, formando uma equipe interdisciplinar e compartilhando a assistência e as responsabilidades. Em função da atuação em equipe, aproveita-se o conhecimento específico de cada profissional em sua área

Introdução da educação em saúde a família com enfoque no adolescente

Quando se perguntou sobre a educação em saúde voltada para o adolescente, muitos profissionais disseram que a escola é o ambiente mais propício para se fazer essa atividade, de forma que chegue ao adolescente com mais possibilidades de êxito.

Devem existir mais esclarecimentos principalmente nas escolas para que atinja o maior número de pessoas, que envolva professores, família para que possa ter um objetivo melhor para prevenção de doenças, contraceptivos... (ACS-S). *(sic)*.

O ambiente escolar, local onde os jovens passam grande parte de suas vidas, pode atuar de maneira significativa na formação de opiniões e na construção de caráter, sendo um lugar de referência para a implementação de qualquer programa que vise à educação e à conscientização. A maioria dos adolescentes permanece algumas horas dentro da escola, quando o aprendizado é sedimentado e os hábitos familiares podem sofrer influências a partir das informações recebidas nesse ambiente.

No entanto, os educadores não costumam dar ênfase a assuntos relacionados à saúde, o que dificulta o fortalecimento do trabalho realizado pelos profissionais de saúde no ambiente escolar.

Neste contexto, Mastrantonio e Garcia (2002) apontam para a sala de aula como o lugar mais apropriado para a apresentação de um programa de educação em saúde porque forma opiniões.

Outro tema citado pelos entrevistados que também deve ser trabalhado na escola com os adolescentes são as drogas. Um fator que dificulta a implementação de atividades educativas junto aos adolescentes é a ausência desse público nas unidades de saúde. Daí a necessidade de inclusão de atividades educativas na escola e até mesmo no ambiente familiar.

Em relação às drogas, podemos evitar dentro das escolas. O adolescente é muito esquecido, sem programas específicos (E3). *(sic)*.

Desafios e possibilidades na promoção da saúde do adolescente

Finalizando a entrevista, os profissionais ficaram livres para acrescentar suas opiniões e experiências em relação à promoção da saúde do adolescente. Alguns manifestaram que necessitam fortalecer estratégias mais adequadas a esse grupo, visto que muitas vezes não conseguem promover a visita domiciliária e a educação em saúde como deveriam:

A falha é nossa, nós direcionamos a VD só para idoso e esquecemos esse grupo e temos que direcionar a VD para promoção (E2). *(sic)*.

O trabalho é feito de forma técnica, sem avaliação depois para ver se fez efeito. Tem que ter espaço para se fazer Educação em Saúde (ACS-Z). *(sic)*.

Os entrevistados, de forma livre, relataram que se sentem corresponsáveis por não priorizar a atenção aos adolescentes, e que parte dessa falha se deve à não capacitação durante sua formação acadêmica e profissional.

Apesar do crescente interesse mundial pela saúde do adolescente nos últimos anos, poucas universidades incorporaram este tema ao seu currículo. No Brasil, há serviços e universidades que promovem a capacitação de profissionais na área de saúde do adolescente, entretanto, o ensino de adolescência no período da graduação quase não existe na maioria das faculdades. E se acontece, normalmente é por meio de aulas teóricas isoladas(CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Paulo Freire (apud MARTINS, 2006), teórico da educação de adultos, já demonstrou que a prática é o grande incentivador do aprendizado. Por isso, acredita-se que programas de capacitação são muito interessantes tanto para alicerçar o saber do profissional quanto para promover novas competências. O ensino da adolescência abrange: *áreas de conhecimento* (contempladas com a realização de pré e pós-testes), *habilidades* (relação profissional-paciente, obtenção de informação, raciocínio clínico, o que o profissional faz com a informação, como trata o paciente, como se relaciona com a equipe), e *atitudes* relacionadas à prática. Na verdade, a aquisição e a transformação de atitudes, conhecimentos e habilidades fazem parte de um processo contínuo que permeia toda a vida profissional num processo de educação permanente.

Alguns entrevistados disseram que fazer promoção à saúde para qualquer grupo, incluindo o adolescente, através da visita domiciliária, é um grande desafio, devido à dificuldade de tudo que pode envolver esse processo, mais ainda quando a violência está presente. A visita domiciliária é uma ferramenta utilizada no processo de educação em saúde, o qual se organiza em um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. É um instrumento por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece elementos para a adoção de novos comportamentos (KERBER, 2008).

Dentre os pontos negativos que tendem a dificultar o processo de efetivação da visita domiciliária encontra-se o desrespeito à rotina domiciliária, o horário inapropriado de acesso ao domicílio e o grande número de profissionais adentrando a casa de uma única vez. Outro fato é a falta de transporte e a violência encontrada em alguns territórios. Além disso, é necessário que haja empatia, respeito mútuo e atitude de não julgamento do profissional em relação ao conteúdo e ao ambiente da visita.

Outras dificuldades apontadas em estudos estão na possibilidade de causar dependência na população, principalmente em relação ao profissional médico, pois pode promover acomodação, causando dependência e desestímulo a procurar a unidade de saúde. Além disso, adentrar a casa das pessoas constantemente e sem a autorização delas nem sempre agrada as famílias que recebem os profissionais, pois essas famílias podem se sentir invadidas, na saúde e na liberdade, o que pode trazer recusa (MANDÚ *et al.*, 2008).

Conclusão

A escola foi citada diversas vezes pelos profissionais deste estudo como importante aliada na busca do engajamento dos adolescentes no autocuidado, o que leva a crer que através dessa parceria se podem alcançar bons resultados com os adolescentes que estudam. Os profissionais poderiam aproveitar eventos como gincanas, olimpíadas colegiais, reuniões com os pais e os programas como o PSE para dialogar com esse grupo. Observou-se que os profissionais de saúde, em especial os de nível superior, não tinham capacitação para trabalhar com adolescentes. Pensando em compensar essa fragilidade, seria útil investigar se entre os trabalhadores da unidade de saúde existe alguém com alguma habilidade em artesanato, música, teatro ou esporte, enfim, com algo que possa estimular os adolescentes a participar de grupos e, assim, estreitar o vínculo entre equipe de saúde e adolescentes na busca de promover saúde para essa clientela.

Referências

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p.1400-1410, 2004.

COELHO, Lorena G; CÂNDIDO, Ana Paula C.; MACHADO-COELHO, George L.L.; FREITAS, Sílvia N. de. Association between nutritional status, food habits and physical activity level in schoolchildren. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v.88, n.5, p.406-412, set./out. 2012.

KAWAMOTO, Emília E.; SANTOS, MCH; MATOS, TM. **Enfermagem comunitária**: visita domiciliária. São Paulo: EPU, 2004.

KERBER, Nalú Pereira da Costa; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; CEZAR-VAZ, Marta Regina. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.24, n.3, p.485-493, 2008.

MANDÚ, E.N.T. *et al.* (org.). *Saúde reprodutiva: proposições práticas para o trabalho de enfermeiros(as) em atenção básica. 1 ed. Cuiabá, MT: Editora UFMT, 2006*

MARTINS, M.A. Ensino médico. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.52, n.5, p.282, set./out. 2006.

MASTRANTONIO, Simone Di Salvo; GARCIA, Patrícia Petromilli Nordi Sasso. Programas educativos em saúde bucal: revisão de literatura. **Jornal Brasileiro de Odontopediatria e Odontologia Bebê**, v.5, n.25, p.215-222, maio/jun. 2002

TAQUETTE, S. R., VILHENA, M. M., & PAULA, M. C. (2004). Doenças sexualmente transmissíveis e gênero: Um estudo transversal com adolescentes do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, 20(1), 282 - 290.

Agradecimentos

A Deus, que sei que está sempre ao nosso lado e que não nos deixa desistir mesmo diante de tantas dificuldades.

À orientadora Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert por sua delicadeza e incentivo, além de ampliar meu olhar sobre a saúde.

À Coordenação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC e a todos os funcionários.

À Prefeitura Municipal de Fortaleza pela oportunidade de mais um título de pós- graduação.

E a todos os que contribuíram e torceram de alguma forma para esta conquista.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Educação em saúde em um grupo com Disfunção Temporomandibular: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde

Maíra de Oliveira Viana – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP – maira.ov@gmail.com

Natália Bitar da Cunha Olegário – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Jair Lício Ferreira Santos – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP

Palavras-chave: Promoção da saúde. Fisioterapia. Articulação temporomandibular.

Resumo

O termo promoção da saúde refere-se ao envolvimento entre os diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na tentativa de buscar resoluções para os problemas de saúde da comunidade. A prevenção e o tratamento de doenças exigem infraestrutura adequada, assim como educação apropriada. As alterações relacionadas a articulação temporomandibular, podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem no desempenho de atividades diárias, seja pela morbidade provocada pela dor, desviando a atenção das pessoas no intuito de aliviar o desconforto, ou dificuldade no relacionamento interpessoal. A proposta do estudo é refletir a atuação do fisioterapeuta no contexto da promoção da saúde em mulheres com Disfunção temporomandibular e sobre a pertinência do trabalho educativo em saúde desenvolvido com grupos. Tratou-se de um estudo descritivo, intervencionista e qualitativo. Realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrada, 16 encontros semanais, no período Fevereiro a Maio de 2014. com 10 mulheres com idade entre 20 e 50 anos. Todas as participantes responderam um questionário e em seguida receberam orientações sobre como prevenir e reduzir os sinais e sintomas provocados pela disfunção. Foi realizada uma explanação oral em seguida exercícios eram ensinadas as participantes. A avaliação dos dados foi através de entrevista individual e grupo focal. Conclui-se pelo relato das participantes que as mesma aprenderam como poderiam evitar a piora do quadro clínico, além de uma maior disposição e motivação na realização das atividades de vida diárias, uma melhora no convívio social, mostrando a importância do trabalho com grupos.

Introdução

Os primeiros autores que fizeram referência ao conceito de promoção da saúde foram Winslow (1920) e Sigerist (1946), ambos relacionaram o termo promoção da saúde às condições de vida das populações. Mais adiante Leavell & Clark (1976) se apropriaram do conceito ao formularem o modelo da história natural da doença. Segundo os autores, a medicina preventiva compreenderia três níveis de prevenção e a promoção da saúde estaria incluída no nível primário, relacionada à saúde e ao bem-estar dos indivíduos.

O termo promoção da saúde refere-se ao envolvimento entre os diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na tentativa de buscar resoluções para os problemas de saúde da comunidade. Porém isto só se torna possível a partir de uma combinação de estratégias que incluem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos e dos sistemas de saúde (BUSS, 2003).

Na promoção da saúde o trabalho em grupo possibilita a quebra vertical que tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora de expressão das necessidades, expectativas, angustias e circunstâncias de vida que tem alguns impacto na saúde de indivíduos e de grupos (CARLOS, 1998).

Ao participar de um grupo, cada indivíduo tem a possibilidade de expressar seu pensamento, dar sua opinião, seu ponto de vista ou seu silêncio. A prevenção e o tratamento de doenças exigem infraestrutura adequada, assim como educação apropriada.

Nos últimos anos a disfunção temporomandibular (DTM), definida como um conjunto de condições dolorosas e/ou disfuncionais que envolvem os músculos da mastigação e/ou as articulação temporomandibular (ATM) (BRANCO, et al., 2008; LIMA, LIMA, REIS, 2006; OLIVEIRA, et al., 2003), passou a ser um conceito mais conhecido e discutido, principalmente pelos profissionais da área de saúde, devido ao fato de indivíduos com algum tipo de alteração na ATM, estarem cada vez mais presentes e o fato de sua sintomatologia comprometer a capacidade funcional e as atividades de vida diária (AVD) dos pacientes portadores dessa disfunção (GONZALEZ, 2005).

Estudos recentes têm demonstrado que alterações relacionadas a esse complexo sistema podem desencadear estímulos dolorosos ou alterações psicológicas e emocionais que interferem diretamente no desempenho de atividades diárias da população, seja pela morbidade provocada pela dor, desviando a atenção das pessoas no intuito de aliviar o desconforto, seja por uma dificuldade no relacionamento interpessoal pela ausência de elementos dentários (MENDONÇA et al., 2010).

Estudos estimam que 40% a 75% da população apresentem ao menos um sinal de DTM, como ruídos na ATM e 33%, pelo menos um sintoma, como dor na face ou na ATM (LEEJW, 2010).

Pela sua alta prevalência e cronicidade, a DTM tem sido considerada uma condição de saúde pública, tendo despertado o interesse entre vários profissionais e pesquisadores (JOHN;DWORKIN; MANCL, 2005)

Estudos mostram que a DTM não está relacionada apenas ao componente físico do indivíduo, seus sinais e sintomas interferem também nas atividades cotidianas. Oliveira *et al* (2003), em estudo do impacto da dor na região orofacial na vida de indivíduos portadores de DTM, afirma que a dor pode prejudicar as atividades domésticas, no trabalho e na escola em 59,09% dos pacientes, o sono em 68,18% e o apetite/alimentação em 63,64%, concluindo-se que a dor da DTM tem um impacto negativo no relacionamento familiar e consequentemente na qualidade de vida do paciente.

As desordens temporomandibulares levam a um quadro de dor crônica e, como tal, a exemplo das cefaléias e das dores nas costas, apresentam grande influência no comportamento social e no estado psicológico desses pacientes, gerando um grande impacto na sua qualidade de vida (BERNHARDT et al, 2005). Ao considerar os locais do corpo acometidos por dores crônicas, vários estudos mostram a região da cabeça como sendo uma das mais afetadas e dentre os vários distúrbios dolorosos crônicos que acometem essa região, as disfunções temporomandibulares (DTMs) e as cefaleias ocupam um lugar de destaque, com altas taxas de prevalência na população (GONÇALVES et al., 2009)

Desde a sua origem, a fisioterapia tem um caráter essencialmente curativo e reabilitador. Em decorrência das guerras e do alto índice de acidentes de trabalho, gerou-se grande número de óbitos e mutilados, em sua maioria de homens em idade produtiva, desencadeando uma baixa na força de trabalho. Essa situação fez surgir a necessidade de reinserir indivíduos lesionados e mutilados ao setor produtivo. Daí, surgiram os centros de reabilitação, com o intuito de restaurar a capacidade física dos acidentados e mutilados, e quando não mais possível restaurar a capacidade física original, desenvolver a capacidade residual, adaptando-a para outra função (NASCIMENTO et al., 2006)

O programa de Fisioterapia foi realizado através da cinesioterapia global, que é uma de exercícios físicos, que objetiva restaurar, manter e prevenir o aumento de incapacidades funcionais ou o aumento de agravos nas doenças crônicas já instaladas neste subgrupo.

Tomando como referência os campos de ação em promoção da saúde, a proposta deste trabalho é refletir sobre a atuação do fisioterapeuta no contexto da promoção da saúde em mulheres com Disfunção temporomandibular e sobre a pertinência do trabalho educativo em saúde desenvolvido com grupos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, intervencionista de abordagem qualitativa. Realizado no setor de fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), clínica escola da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Os encontros aconteceram uma vez por semana, no período da tarde, com duração de 50 minutos, no período Fevereiro a Maio de 2014.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). A amostra foi composta por 10 mulheres previamente diagnosticadas pelo serviço de Odontologia da UNIFOR com DTM articular associada ou não à dor miogênica, com idade entre 20 e 50 anos. Mulheres que faziam uso crônico, por mais de seis meses de analgésicos, anti-inflamatórios ou psicotrópicos, de placa oclusal, diagnosticados com distúrbios neurológicos centrais ou periféricos, doenças cardíacas e epilepsia, história de cirurgias e/ou de tumores ou traumas na região de cabeça e pescoço e gestantes, foram excluídas da pesquisa.

Inicialmente todas as participantes responderam a um questionário e foram examinadas para classificação segundo o *Research Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders* RDC/DTM (DWORKIN; LERESCHE, 1992), para classificação das mesmas. Em seguida todas receberam orientações sobre como prevenir e reduzir os sinais e sintomas provocados pela DTM. Foi realizada uma explanação oral englobando pontos importantes como: hábitos parafuncionais mais frequentes; importância da não automedicação e da atividade física; posturas adotadas durante as atividades de vida diária e laborais. Em seguida exercícios de auto alongamentos e massagens de liberação miofasciais eram ensinadas as participantes. Foram realizados 16 encontros, onde ao final de cada um deles as participantes relatavam dúvidas.

A avaliação dos dados constou de duas formas: a primeira, a partir de entrevista individual durante a avaliação e a segunda, na forma de grupo focal, após o término da intervenção, onde a pergunta norteadora era: Qual a sua percepção sobre os efeitos desse programa de Fisioterapia sobre a melhora ou não de suas atividades cotidianas? Os dados foram anotados no momento da entrevista, tabulados em categorias e avaliadas as falas das idosas através da análise de conteúdo de Bardin (1977).

Resultados

Discussão

Em relação às entrevistas realizadas com dez idosas sobre sua percepção de melhora nas suas atividades funcionais cotidianas e laborais, foram coletados os seguintes dados e distribuídos em categorias analíticas como:

1. Necessidade de exercício físico:

“Sinto falta de me movimentar durante a jornada de trabalho, como sou bibliotecária passo o dia inteiro sentada” (J.L.R., 45 anos)

“Sou professora de criança sabe, então preciso me exercitar para cuidar dos pequenos” (M.H.M.S, 45 anos)

A maioria reafirmaram a necessidade de exercício físico como forma de melhorar a sua saúde e seu bem estar geral, o que denota a consciência com o autocuidado. O movimento da Promoção da Saúde põe em destaque o estilo de vida valorizando comportamentos de autocuidado (CARTA de OTTAWA, 1986).

3. Como me sentia antes:

“Dra. Tenho fortes dores de cabeça quando acordo e dificuldade para mastigar alimentos duros” (A.H.C. M., 40anos)

Indivíduos com DTM, geralmente apresentam alguma limitação em suas atividades de vida diária, sendo essas limitações as grandes responsáveis pela diminuição na qualidade de vida dos mesmos (OKESON, 2000)

2. Os resultados percebidos com as orientações e os exercícios:

“Estou me sentindo muito mais aliviada das dores após as atividades” (C.M.V., 49 anos).

“Depois que comecei as atividades minhas dores de cabeça e no rosto melhoraram bastante” (J.S.V.A., 34 anos).

“Estou fazendo os exercícios que foi passado durante os encontros e me sinto bem melhor durante o dia.” (E.M.S., 55 anos)

Um estudo realizado por Troian (2005), propôs verificar o efeito de um tratamento integrado entre a fisioterapia e a odontologia no quadro algico de pacientes com disfunção do Sistema Cranio Cervico Mandibular, e após a coleta de dados, a partir de seus resultados, concluíram que o tratamento interdisciplinar apresenta melhores consequências no alívio da dor nos pacientes em estudo.

A fisioterapia vem por meio de diferentes recursos, aliviar os sintomas dolorosos e promover a recuperação da função muscular comprometida (LIMA: LIMA; REIS, 2006). Sendo assim as técnicas fisioterápicas utilizadas nos quadros de DTM constituem uma terapia coadjuvante importante dentro de um arsenal terapêutico orientado para solucionar diretamente os problemas. Seu tratamento encontra-se voltado para: alívio da dor muscular, reeducação do sistema neuromuscular, restabelecimento da posição de repouso mandibular e coordenação muscular (TEDESCHI-MARZOLA; PASQUAL-MARQUES; MARZOLA, 2002)

Devido o fato da DTM ser de etiologia multifatorial, deve-se então procurar instituir terapias menos invasivas e mais conservadoras possíveis, como a fisioterapia (VIANA, 2008)

Diante disso os programas ou atividades de promoção da saúde devem concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos, para que assim eles possam perceber sua melhora e independência nas mais simples atividades.

Conclusão

Acreditamos que esse artigo possa trazer subsídios para a reflexão acerca da importância do trabalho com grupos para a promoção da educação em saúde em mulheres com Disfunção temporomandibular.

De maneira geral, o que se pôde observar nas narrativas das participantes com DTM entrevistados é que após os trabalhos em grupo mostraram uma maior compreensão sobre sua patologia e como poderiam evitar a piora de seu quadro clínico, além de uma maior disposição na realização das suas atividades de vida diárias, uma melhora no convívio social e motivação para a realização das atividades desenvolvidas.

Os grupos permitem a troca de experiências entre os participantes, que percebem suas limitações e possibilidades no contexto coletivo a partir de propostas conjuntas com indivíduos que vivenciam experiências similares.

Referências

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. ANTERO, L; PINHEIRO, A. tradutores. São Paulo: LTDA, 1977. Presses Universitaires de France.

BRANCO, R. S.; BRANCO, C. S.; TESCH, R. S.; RAPOPORT, A. Frequência de relatos de parafunções nos subgrupos diagnósticos de DTM de acordo com os critérios diagnósticos para pesquisa em disfunções temporomandibulares (RDC/TMD). **Rev. Dent. Press Ortodon. Ortop. Facial** v.13 n.2 Maringá Mar.\Apr. 2008.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466, de 12 de Dezembro de 2012, **Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF. Presidente do Conselho Nacional de Saúde e Ministro de Estado da Saúde Alexandre Rocha Santos Padilha. D.O.U. nº 12 de 13 de Junho de 2013, secção 1, p.59.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BERNHARDT, O.; GESCH, D.; SCHWAN, C.; MACK, F.; MEYER, G.; JOHN, U. et al. Risk factors for headache, including TMD signs and symptoms, and their impact on quality of life; results of the studies of health in Pomerania (SHIP). **Quintessence International**. v. 36, n. 1, p. 55-64, 2005.

BUSS, PM. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 176p. p.18-37, 2003.

CARLOS, AS. O processo grupal. In: Jaques MGC, Strey MN, Bernardes NMG, Guareschi PA, Carlos SSA, Fonseca TMG. **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. 2ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 262p.; p. 199-206, 1998

CARTA de Ottawa. Canadá: **Organização Mundial de Saúde**, 1986.

DWORKIN, SF.; LERESCHE, L. Research diagnostic criteria for temporomandibular disorders: Review, criteria, examinations and specifications, critique. **J CraniomandibDisord Facial Oral Pain**, Lombard, v. 6, n. 4, p. 301-355, fall.1992.

GONÇALVES, DA, et al. Temporomandibular symptoms, migraine and chronic daily headaches in the population. **Neurology**. Aug. V. 25;73, n.8, p.645-6., 2009.

GONZALEZ, D. A. B. **Abordagem interdisciplinar das disfunções temporomandibulares**, São Paulo: Manole, 2005. p.1-32.

JOHN, MT; DWORKIN, SF; MANCL, LA. Reliability of clinical temporomandibular disorder diagnoses. **Pain**. v.118, n. 1-2, p.61-69. Nov. 2005

Leavell S, Clark EG. **Medicina preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

LEEUEW, R. **Dor orofacial**: guia de avaliação, diagnóstico e tratamento. 4ª ed. São Paulo: Quintessence; 2010.

LIMA, E. C. B.; LIMA, E. A. B.; REIS, A.C. Eficácia no tratamento de disfunção temporomandibular com integração interdisciplinar (caso clínico). **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v. 19, n. 3, p. 91-99, jul/set, 2006.

NASCIMENTO, MC. et al. A profissionalização da fisioterapia em Minas Gerais. **Rev Bras Fisioter** n.10, v.2, p.241-247, 2006.

OKESON, J.P. **Tratamento das desordens temporomandibulares e oclusão**. 4ª ed., São Paulo: Artes Médicas, 2000.

OLIVEIRA, A. S. et al. Avaliação multidimensional da dor em portadores de desordem temporomandibular utilizando uma versão brasileira do Questionário McGill de dor. **Rev. Bras. Fisioterapia**, v. 7, n. 2, p. 151-8, 2003.

SIGERIST, H, editor. **The university at the crossroad**. Nova York: Henry Schumann Publisher; 1946.

TEDESCHI-MARZOLA, F; PASQUAL-MARQUES. A; MARZOLA, C. Contribuição da Fisioterapia para a Odontologia nas disfunções da articulação temporomandibular. **Rev. Odonto e Ciência- Fac. Odonto – PUCRS**, v. 17, n. 36, p.119-34, abr/jun. 2002.

TROIAN, M. A. Tratamento interdisciplinar entre a fisioterapia e odontologia na redução da dor em pacientes com disfunção do sistema craniocervicomandibular. **Reabilitar**, São Paulo; v. 26, n.7, p. 29-38, 2005.

VIANA, M. O. **A Influência da Fisioterapia na Promoção da Qualidade de Vida em Pacientes com Disfunção Temporomandibular**. 2008, 76f. Dissertação – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008

WINSLOW, CEA. The untilled fields of public health. **Science** 1920; 51:23.

Agradecimentos

Aos participantes e pesquisadores envolvidos no estudo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO

Ingrid Natacha Rodrigues da Silva – Universidade de Fortaleza. ingridnatrs@gmail.com

Isadora Silva César – Universidade de Fortaleza.

Lais Lopes Martins – Universidade de Fortaleza.

Regina Celia Carvalho da Silva – Universidade de Fortaleza.

Mirna Albuquerque Frota – Universidade de Fortaleza.

Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermagem. Atenção básica.

Resumo

O estudo objetivou revisar a literatura nacional publicada acerca da atuação da enfermagem nas ações de educação em saúde desenvolvidas na atenção básica, ratificando a importância das ações educativas para satisfazer as necessidades da população que procura o serviço. Trata-se de uma revisão de literatura, com busca nas bases de dados: Scientific Electronic Library Online e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, mediante os descritores: “educação em saúde”; “enfermagem”; “atenção básica”. A questão que norteou o estudo foi: quais as evidências da literatura científica acerca da atuação do enfermeiro nas ações de educação em saúde desenvolvidas na atenção básica? Da análise dos resultados dos estudos selecionados, emergiram temas que se apresentaram com maior regularidade discriminando assim categorias: Contribuições da equipe de enfermagem nas ações de educação em saúde; Educação em saúde com grupos específicos. Por meio da revisão foi possível revisar a literatura acerca da atuação do enfermeiro como educador em saúde, principalmente na atenção básica, assim como as ações promovidas pela equipe de enfermagem com grupos específicos, visando a construção do conhecimento por meio do conhecimento popular aliado ao técnico.

Introdução

A promoção da saúde emergiu como marco norteador da Saúde Pública a partir dos anos 70 e, desde então, evolui e consolida-se como modelo das ações de saúde (RIOS; VIEIRA, 2007). Os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), após a reorganização do modelo assistencial, foram seguidos através da Atenção Primária à Saúde. No Brasil, esse modelo é chamado de Atenção Básica e compreende uma ideia de sistema universal e integrado de ação à saúde (FRACOLLI, CASTRO, 2012).

A promoção da saúde é definida como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo (RIOS; VIEIRA, 2007). Nesse contexto, a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações, individuais e coletivas, que mantêm estreito o contato entre população e os serviços de saúde e que constituem diversos aspectos, tais como: promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, manutenção da saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação (FRACOLLI, CASTRO, 2012). Configura-se então um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas de educação em saúde.

Rios e Vieira (2007) afirmam que a dimensão educativa é um aspecto inovador que objetiva instigar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e promover mudanças para solução de seus problemas. Desse modo, como um dos componentes das ações básicas de saúde, a educação deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo contato entre a equipe assistencial e a clientela.

Segundo Pinheiro e Karina (2011), a educação em saúde está inserida na atuação da Enfermagem como meio para o estabelecimento da relação diálogo-reflexivo entre o enfermeiro e o cliente, em que a missão do enfermeiro é fazer com que o cliente reflita sobre a sua situação saúde-doença e que este se perceba como sujeito de transformação da própria vida, ou seja, envolve o empoderamento dos usuários.

A educação e a saúde são dois meios de atuação em que os profissionais de qualquer nível da saúde, exercem o papel de educador em saúde e agem no desenvolvimento humano. As práticas da educação na área da saúde visam ao desenvolvimento de habilidades individuais de autocuidado e coletivas, visando a melhoria da qualidade de vida da população (BARROS; CARNEIRO; SANTOS, 2011).

O profissional de saúde deve ser um mediador para que o cliente desenvolva a autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e de crise e tornando-se capaz de tomar decisões acerca da própria vida e saúde (RIOS, VIEIRA, 2007). Portanto, o objetivo do estudo é revisar a literatura nacional publicada acerca da atuação da enfermagem nas ações de educação em saúde desenvolvidas na atenção básica, ratificando a importância das ações educativas para satisfazer as necessidades da população que procura o serviço.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura, no qual o caminho metodológico adotado foi a pesquisa bibliográfica. Utilizaram-se as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), o acesso foi por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Estabeleceu-se a seguinte questão norteadora para esta revisão: quais as evidências da literatura científica acerca da atuação do enfermeiro nas ações de educação em saúde desenvolvidas na atenção básica?

Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS), sendo eles: “educação em saúde”; “enfermagem”; “atenção básica”. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos *online* disponíveis na íntegra, que abordassem a temática, publicados a partir do ano 2009, no idioma português. A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva dos conteúdos. Para a realização desta pesquisa, após aplicação dos critérios de inclusão, foi selecionada a amostra do estudo, que foi composta por 12 artigos.

Resultados

Da análise dos artigos selecionados, emergiram temas que se apresentaram com maior regularidade, discriminando as seguintes categorias: Contribuições da equipe de enfermagem nas ações de educação em saúde; Educação em saúde com grupos específicos.

Contribuições da equipe de enfermagem nas ações de educação em saúde

De acordo com Fracoli e Castro (2012) a atuação do enfermeiro na Atenção Básica é um de suas atribuições que constitui um diferencial na sua prática do dia-a-dia. Estes profissionais assumem função primordial em um sistema de saúde, pois tem como algumas de suas competências específicas: atuar com autonomia, coordenar a equipe de enfermagem, planejar e sistematizar a equipe, implantar a educação em saúde e coordená-la na sua prática cotidiana para a comunidade, atuar na promoção da saúde, realizar educação continuada e permanente, e ter capacidade de realizar o acolhimento adequado.

A educação em saúde visa o envolvimento e participação de toda a população, e não apenas das pessoas em situação de risco, visto que engloba a busca do bem-estar físico, psicológico, ambiental, social e pessoal e promove melhorias na qualidade de vida (MACHADO et al, 2007). Segundo David e Acioli (2010) a dimensão educativa é observada na atuação e assistência da enfermagem de forma mais significativa em comparação a outras profissões. O enfermeiro ao promover ações de educação em saúde visando a

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

transformação da realidade da clientela, também transforma a si próprio, pela ampliação da sua consciência crítica sobre o próprio processo de trabalho como educador. Neste contexto, os profissionais de saúde atuam na integração de novas formas de produzir e agir em seu espaço, para corroborar com a melhora da saúde da população (MACHADO et al, 2007).

Para Abrahão e Garcia (2009), a ação educativa não pode ser puramente instintiva e sim pautada em abordagens pedagógicas, ou seja, deve-se pensar sobre esse processo. Portanto, visando a máxima eficiência da educação em saúde, o enfermeiro diante do seu papel de educador deve refletir acerca das transformações possíveis de alcanças por meio das intervenções, bem como acerca da constituição do processo pedagógico e das limitações da população alvo.

Os autores ainda ressaltam que a educação em saúde é fundamental como elemento presente nas ações do enfermeiro, principalmente para a saúde coletiva, e que é uma prática inerente a profissão e vinculada a prevenção de agravos e promoção da saúde (ABRAHÃO; GARCIA, 2009).

Educação em saúde com grupos específicos

As estratégias educativas direcionadas para grupos específicos tem caráter fundamentalmente informativas, por meio da prestação de esclarecimentos acerca da doença ou do agravo, ou seja, as ações normalmente são centralizadas na doença. Dessa forma trabalhos com grupos na rede básica objetivam a redução e o controle dos riscos de agravos por parte dos profissionais de saúde, em contrapartida, por parte dos usuários tais atividades objetivam a resolução dos problemas de saúde de forma geral (ABRAHÃO; FREITAS, 2009).

Diversos estudo analisados apontaram ações educativas de enfermeiros por meio de trabalhos com grupos específicos, como grupo de atenção a gestante, ao idoso, ao hipertenso (SILVA; COSTA; FERMINO, 2008; ALVES; BOEHS; HEIDEMANN, 2012; SANTOS; PENNA, 2009). Segundo Barros, Carneiro e Santos (2011), estas atividades são uma excelente ferramenta para a educação em saúde, além de favorecer a relação entre a equipe de saúde e os pacientes e suas famílias, demonstrando resultados positivos no auxílio do paciente ao enfrentamento de sua doença de forma mais adequada e a possibilitar o seu autocuidado.

Na atenção básica, o enfermeiro também atua no controle de endemias que pode ser realizado através de ações educativas. Para melhoria e promoção das condições ambientais da população a equipe de enfermagem deve realizar atividades educativas e de mobilização social, assim como orientar o paciente quanto a necessidade de completar o tratamento e a retornar para a unidade após a conclusão do tratamento (BRAGA et al, 2011).

A educação em saúde, quando colocada em prática, além de ser constituída por um espaço de prestação de cuidados, integra a reflexão e a ação, baseada em conhecimentos técnicos–científicos–populares, que ajudam na implementação de políticas públicas e transformam a sociedade, mostrando a população formas de se ter uma vida saudável. (MACHADO et al, 2007).

Conclusão

Por meio do estudo foi possível revisar a literatura acerca da atuação do enfermeiro como educador em saúde, principalmente na atenção básica, visto que a equipe de enfermagem assume diversas funções, dentre elas a de educador se destaca. Foram evidenciadas, por meio da revisão, as ações promovidas pela equipe de enfermagem com grupos específicos, visando a construção do conhecimento por meio do conhecimento popular aliado ao técnico. Desse modo, torna-se relevante a reflexão acerca da pratica educativa como transformadora de contextos sociais, mediante o empoderamento da população e com a problematização do contexto na qual está inserida.

Referências

- ABRAHÃO, A.L.; FREITAS, C.S.F. Modos de cuidar em saúde pública: o trabalho grupal na rede básica de saúde. **Rev. enferm. UERJ.**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.436-441, 2009.
- ABRAHÃO, A.L.; GARCIA, A. L. S. Sobre o exercício da educação em saúde: um estudo bibliográfico da prática em enfermagem. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 6, n. 31, p.155-162, 2009.
- ALVES, L.H.S.; BOEHS, A.E.; HEIDEMANN, I.T.S.B. A percepção dos profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre os grupos de promoção da saúde. **Texto contexto – enferm.**, Florianópolis, v.21, n.2, 2012.
- BARROS, A.L.B.L.; CARNEIRO, C.S.; SANTOS, V.B. A educação em saúde: um campo de atuação clinica e de pesquisa na enfermagem. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v.24, n.2, 2011 .
- BRAGA, A.L.S. et al. Actuación del enfermero en el control de endemias. **Enferm. glob.**, Murcia, v.10, n.23, 2011.
- DAVID, H.M.S.L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.63, n.1, 2010.
- FRACOLLI, L.A; CASTRO, D.F.A. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.36, n.3, p.427-432, 2012.
- MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007.
- PINHEIRO, B.; KARINA, A. Enfermagem e práticas de educação em saúde. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 2, p.225-225, 2011.
- RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.2, 2007.
- SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.18, n.4, 2009.
- SILVA, R.V.; COSTA, P.P.; FERMINO, J.S. Vivência de educação em saúde: o grupo enquanto proposta de atuação. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n.3, 2008.

Agradecimentos

A Deus, por nos conceder força e motivação para a realização desse trabalho. A professora Camila, por sempre está disposta a nos ajudar e retirar nossas duvidas, contribuindo para a excelência do trabalho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SALA DE ESPERA DO PROGRAMA DE PUERICULTURA: UMA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL

Isadora Magalhães Macêdo Ramos - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral-CE; e mail: dorinha_008@hotmail.com

Aline Albuquerque Marques - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral-CE;

Andressa Lima Ramos - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral-CE;

Camila de Sousa Vidal - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral-CE;

Rosa Renata Araújo Dias - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral-CE;

Francisco Gilmaríio Rebouças Junior – Escola de Formação em Saúde da Família / Universidade Federal do Ceará, Sobral-CE

Palavras-chave:

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional, da utilização da sala de espera das consultas de puericultura para realizar atividades de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. O seguinte estudo consiste em um relato de experiência de abordagens de educação em saúde voltadas para o público da sala de espera de puericultura do Centro de Saúde da Família do Bairro Alto da Brasília em Sobral, Ceará. Essas atividades de educação em saúde foram iniciadas em maio de 2014 pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família (RMSF) e equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); utilizando o método participativo para orientar mães e responsáveis de crianças de até dois anos de idade as quais estavam presentes na sala de espera do CSF, onde aguardavam para serem atendidas pelo médico ou enfermeiro, na consulta de puericultura. Levando em consideração as especificidades de cada faixa, foram confeccionados álbuns seriados, abordando temas como alimentação, vacinação, prevenção de acidentes e estímulos para o desenvolvimento psicomotor, buscando esclarecer dúvidas quanto ao cuidado da criança e desconstruir mitos referentes a esse processo. Durante os encontros realizados identificamos a importância de se utilizar da sala de espera como uma ferramenta para trabalhar educação em saúde, ressaltando a relevância da equipe multiprofissional, a qual permite uma atenção holística e integral à saúde da criança, através do entrelaçamento das competências diversas, estimulando a busca constante de ações inovadoras de educação.

Introdução

Promover e recuperar a saúde e o bem-estar da criança é prioridade na assistência à saúde infantil, a fim de garantir crescimento e desenvolvimento adequados nos aspectos físico, emocional e social da criança. Para tanto, a consulta de puericultura tem o papel de acompanhar a criança saudável na expectativa de reduzir a incidência de enfermidades, levando em consideração o ambiente familiar e o contexto socioeconômicos em que a criança está inserida (DEL CIAMPO et al., 2006).

São preconizadas sete consultas durante o primeiro ano de vida, duas consultas dos 12 aos 24 meses e uma consulta anual dos 36 aos 72 meses. O profissional responsável pela puericultura, sendo ele o médico ou o enfermeiro, de acordo com a frequência das consultas e necessidade dos casos, realiza atividades voltadas para acompanhamento e avaliação da criança com subsequente orientação às mães/familiares, com vistas aos seguintes focos de atenção (BRASIL, 2012).

Acreditamos que para prestar o cuidado em saúde, devemos ter uma visão integral do ser humano em todas as suas faixas etárias, estando o cuidado aliado ao acolhimento, vínculo, responsabilização e implantações das ações de saúde, para que, desta forma seja prestada uma atenção qualificada e com resolutividade frente à população.

Uma estratégia fundamental no processo de promoção em saúde é a educação, partindo do ponto que conhecimento é imprescindível, para motivar o poder do autocuidado, possibilitando melhoria nas suas condicionalidades onde as mesmas possam desenvolver seu pensamento crítico e capacidade de intervenção sobre suas vidas e sobre o ambiente com o qual interagem (RUI; LIMA; MACHADO, 2004).

Nesse sentido, buscando compreender e contemplar a necessidade das mães, além de aproximar comunidade e o serviço de saúde, entende-se que o espaço de sala de espera é um momento oportuno para desenvolver atividades que ampliam o cuidado, promovendo educação em saúde, auxiliando na prevenção e na promoção, além de melhorar a qualidade do serviço, estimulando os usuários a autonomia do cuidado.

Segundo Veríssimo e Valle (2006) as atividades de sala de espera são caracterizadas como uma forma produtiva de ocupar um tempo ocioso, com a transformação do período de espera pelas consultas médicas em momento de trabalho; um espaço público, onde os clientes transitam e aguardam atendimento. Espaço onde as pessoas conversam, trocam experiências entre si, observam, emocionam-se e expressam-se, esse cenário é propício, para o desenvolvimento de processos educativos e de troca de experiências comuns entre os usuários, possibilitando a interação do conhecimento popular com os saberes dos profissionais de saúde.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional, da utilização da sala de espera das consultas de puericultura para realizar atividades de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência de abordagens de educação em saúde que ocorreram através de rodas de conversa com a utilização de álbuns seriados, voltadas para o público da sala de espera de puericultura do Centro de Saúde da Família do Bairro Alto da Brasília em Sobral, Ceará.

O Álbum Seriado foi utilizado como recurso didático-pedagógico de acordo com a metodologia participativa. Os autores desse material constataram que essa metodologia, facilita a sistematização da ação educativa, a organização conceitual, o diálogo e a interação entre profissionais e população (ALVES, 2004).

Essas ações foram iniciadas em maio de 2014 pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família e equipe do NASF; utilizando o método participativo para orientar mães e responsáveis de crianças de até dois anos de idade as quais estavam presentes na sala de espera das ESF, onde aguardavam para serem atendidas pelo médico ou enfermeiro, na consulta de puericultura.

Resultados

A proposta surgiu no intuito de realizar educação em saúde e otimizar o tempo de sala de espera para o atendimento da puericultura, visto que durante a consulta há uma grande quantidade de formulários a serem preenchidos o que causa a inquietação de algumas crianças e acaba levando a distração das mães e a perda de algumas informações.

O planejamento das atividades se deu em um momento de reunião com a participação da gerente da Unidade de Saúde, alguns membros do NASF e a equipe de RMSF, sendo organizado um cronograma de acordo com o atendimento da médica e das enfermeiras, onde os mesmos dividiram-se de acordo com a idade, seguindo a faixa etária de 15 dias a 2 meses, 6 meses, 1 ano e 2 anos – os quais são atendidos pela médica - e as faixas etárias de 4 a 9 meses, e de 3 a 5 anos que realizam puericultura com as enfermeiras.

O trabalho interdisciplinar possibilita na prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, ambos sendo transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos. Assim, essas multiplicidades de olhares configurariam uma nova lógica no agir de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

cada profissional, na forma como se produz o cuidado com o usuário, princípios da promoção da saúde.

Após a divisão da faixa etária das crianças que seguem no acompanhamento da puericultura, cada profissional foi escalado de acordo com suas respectivas agendas, fazendo com que todos participassem de modo que contemplasse os turnos de puericultura.

Moreira Jr. (2001) ressalta que a sala de espera se mostra como um processo de construção de espaços de conversação, reflexão e troca de experiências entre os usuários destaca-se o ato de “conversar junto”, portanto trata-se de favorecer o encontro entre pessoas vivenciando conflitos e ansiedades semelhantes mediado por profissionais da área da saúde, para, assim, poderem pensar formas de se viver melhor uma determinada situação.

A sala de espera também é caracterizada como uma forma produtiva de ocupar um espaço e tempo ociosos nas instituições, com a transformação do período de espera pelas consultas em momento de trabalho (SOUZA, FRAGA; BRAGA, 2000).

Os álbuns seriados foram utilizados como recurso visual, buscando atrair as pessoas para a captação das informações, assim como a melhor compreensão por meio de ilustrações e informações numa linguagem clara e objetiva, a fim de sensibilizar as mães ou cuidadores das crianças, alinhando as informações, facilitando também o atendimento, visto que essas informações seriam passadas pela enfermeira ou médica durante a consulta de puericultura.

Essa metodologia apresenta ainda um enfoque na pesquisa-ação e na abordagem qualitativa, despertando o potencial de participação dos indivíduos; é uma ferramenta que busca conhecer e intervir em uma realidade que unifique proponente e beneficiário das propostas, considerando os aspectos históricos, éticos, políticos e socioculturais do conhecimento (VASCONCELOS, 1998).

Os álbuns seriados foram confeccionados levando em consideração as especificidades de cada faixa etária, seguindo o protocolo de puericultura, abordando temas como alimentação, vacinação, prevenção de acidentes e estímulos para o desenvolvimento psicomotor, buscando esclarecer dúvidas quanto ao cuidado da criança e desconstruir mitos referentes a esse processo.

Para a execução das atividades, dois profissionais de categorias diferentes, ficaram responsáveis pelo momento da sala de espera, seguindo o cronograma previamente realizado. Durante o momento houve a participação ativa dos usuários, onde os mesmos tiraram dúvidas e também trouxeram informações, assim, gerando um momento de diálogo, onde os profissionais procuraram ser bem acessíveis para que o público se sentisse a vontade a qualquer questionamento, surgindo assim um momento de troca de experiência.

No decorrer das atividades na sala de espera, percebeu-se a baixa frequência de crianças maiores de 2 anos, na puericultura. Mediante esta situação traçamos como estratégia, a busca ativa a esse público, através do agente comunitário de saúde (ACS) o qual se caracteriza como a principal ponte entre o serviço de saúde e a população. Entretanto, quando ainda existia resistência, foi realizado intervisita domiciliar.

Outros desafios desse processo foi o espaço da sala de espera, que é caracterizado pelo fluxo intenso de pessoas que transitam no corredor provocando os ruídos. Porém, ainda assim, os profissionais obtiveram êxito, conseguindo atrair a atenção das mães no decorrer do processo educativo.

Assim, compreendeu-se a relevância dessas atividades, na proporção em que a prática do cuidado às crianças era realizada pelas mães de forma mais efetiva, ressaltando a importância da equipe multiprofissional nesse processo oportuno de sala de espera.

Conclusão

Identificou-se a importância de se utilizar da sala de espera como uma ferramenta para trabalhar educação em saúde, através da capacidade de interação das mães que aguardavam para a consulta de puericultura, ao mesmo tempo em que adquiriam conhecimentos indispensáveis para o bom desenvolvimento de seus filhos, esclarecendo dúvidas, fazendo desse espaço um momento de troca de experiência e de aprendizagem, além de preencher o tempo ocioso durante a espera.

Além disso, a atuação conjunta da equipe multiprofissional permite uma atenção holística e integral à saúde da criança, através do entrelaçamento das competências diversas, estimulando a busca constante de ações inovadoras de educação, tornando o serviço de saúde mais dinâmico e atualizado, assim como proporcionando a comunidade um atendimento de qualidade que irá repercutir diretamente na saúde da população.

Referências

ALVES VS. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa de saúde da família [dissertação].Bahia: **Instituto de Saúde Coletiva**; 2004.

BRASIL. **MINISTÉRIO DA SAÚDE** (BR). Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília(DF); 2012.

DEL CIAMPO LA, RICCO RG, DANELUZZI JC, DEL CIAMPO IRL, FERRAZ IS, ALMEIDA CAN. O Programa de Saúde da Família e a puericultura. **Cienc Saude Colet**. 2006; 11(3): 739-43.

MOREIRA JR., C. S. Grupo de sala de espera em ambulatório de geriatria: a produção de sentidos sobre o envelhecimento humano. Dissertação (Mestrado), **Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto**, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RUI V. R.; LIMA . R.; MACHADO A. R. Educação em saúde para portadores de doença mental: relato de experiência. **Rev Esc Enferm USP** 2004; 38(2):190-6.

SOUZA, A. M.; FRAGA, M. M.; BRAGA, V. A. Grupo de sala de espera: uma abordagem didática. In: LUIS, M. A.; SANTOS, M. A. (Orgs). **Saúde mental: prevenção e tratamento**. Ribeirão Preto: FIERP – EERP – USP / FAPESP, 2000.

VASCONCELLOS, HSRA. Pesquisa-ação em projetos de educação ambiental. In: Pedrini, AG. (Org). **Educação ambiental**: reflexões e práticas contemporâneas. Petrópolis: Vozes, 1998.

VERISSIMO, D. S; VALLE, E.R.M. **A experiência vivida por pessoas com tumor cerebral e por seus familiares**. Psicologia Argumenta/pontifícia Universidade do Paraná. Curitiba: Champagana – v. 24. n. 45, Junho de 2006.

Agradecimentos

A equipe 15 (Andressa Lima, Camila Vidal, Rosa Renata e Aline Albuquerque) da XI turma da Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola Visconde de Sabóia, Sobral-Ce, pelo companheirismo e o esforço na ajuda da construção deste trabalho, agradeço também ao nosso Tutor, Gilmário Rebouças, quem nos tem dado todo apoio nessa caminhada pela busca do conhecimento.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PERCEPÇÃO DO GRUPO DE MULHERES DO BAIRRO DOM JOSÉ I DE SOBRAL/CE

Itamárcia Oliveira de Melo - Universidade Estadual do Ceará – UECE – itamarciaom@gmail.com

Antônia Natália Ferreira Costa - Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Aline Lima Torres - Universidade Estadual do Ceará – UECE

Mabelle Maia Mota - Universidade Estadual do Ceará – UECE

Bruna Oliveira Alves - Universidade Estadual do Ceará – UECE

Heraldo Simões Ferreira - Universidade Estadual do Ceará – UECE

Palavras-chave: Mulheres. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Qualidade de Vida.

Resumo

Este estudo trata-se de um relato de experiência que surge a partir de vivências no Pet-Saúde (Programa de Educação Pelo Trabalho para a Saúde). O objetivo é descrever a percepção das mulheres que participam do grupo de educação em saúde. Trata-se de um estudo descritivo, com natureza qualitativa e do tipo relato de experiência. Para tanto, realizou-se um roteiro de entrevista. Os encontros aconteceram no período de agosto a novembro, na Associação do Bairro Dom José I (Sobral), na qual participaram 15 mulheres de 28 a 68 anos que frequentavam o Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro. Foi encontrado como conclusão, que as atividades desenvolvidas no grupo têm como foco principal a Educação em Saúde e vem contribuindo através de ações que potencializam a promoção de saúde e que, consequentemente, melhora da qualidade de vida das participantes.

Introdução

A educação em saúde valoriza os contextos sociais, econômicos e culturais da comunidade, aliados ao processo de promoção da saúde (CERVERA, PARRERA, GOULART, 2011). Mialhe e Silva (2011) complementam que é um instrumento importante para promover a participação ativa das pessoas na conquista de sua autonomia. A Educação em Saúde apresenta-se como uma maneira de se obter mudanças de algumas características individuais e de grupos. Como exemplo podemos citar: a falta de higiene, alimentação inadequada enfim, a não obediência aos cuidados preventivos importantes e necessários para a promoção da saúde (LIMA, 1996).

Há várias definições para promoção da saúde, neste sentido a Carta de Ottawa define como um processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para melhorar sua qualidade de vida, dominando esse processo e sabendo identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar o meio ambiente de maneira que ele lhes possa ser favorável (BRASIL, 2002).

Entretanto Buss (2009) e Verdi; Caponi (2005) relacionam o tema da promoção da saúde em dois enfoques. O primeiro seria o comportamental e o outro pela concepção de qualidade de vida. No comportamental, o foco são os hábitos e estilo de vida (CUNHA et al., 2009; SOARES; CEZAR-VAZ; SANT'ANA, 2011). Na concepção de qualidade de vida é direcionado aos determinantes gerais das condições de vida e saúde da sociedade (SETTI; BOGUS, 2010; AZEVEDO; PELICIONI, 2011).

O conceito de promoção da saúde vem se modificando e hoje, está associado à vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, dentre outros. Inclui uma combinação de estratégias com finalidade de uma responsabilidade mútua pela saúde, tais como atuação do Estado, ações da comunidade e parcerias de vários setores (BUSS, 2009).

A qualidade de vida pode ser entendida como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (KLUTHCOVSKY; TAKAYANAGUI, 2007). Especificamente na área de saúde, a melhoria da qualidade de vida passou a ser obtida através das práticas assistenciais, bem como nas políticas públicas e nas ações de promoção à saúde e de prevenção de doenças (WHOQOL GROUP, 1994).

Vários estudos constatarem a eficiência e a importância da educação em saúde como recurso eficaz na promoção da saúde e melhor qualidade de vida dos indivíduos (OLIVEIRA et al, 2013; MELO et al., 2009; PATROCINIO, TORRES, GUARIENTO, 2013).

As ações de educação em saúde possibilitariam recriar momentos participativos, interativos, cooperativos e inclusivos; suscitar desdobramentos sócio-afetivos e compromissos sociopolíticos; aproximar e humanizar as relações interpessoais; garantir acesso às medidas de prevenção, bem como auxiliar a produção de cuidados integrais capazes de promover saúde (PEREIRA; VIEIRA; AMÂNCIO FILHO, 2011).

Os grupos educativos favorecem aprendizagem significativa do usuário, propiciando mudanças nos hábitos de vida, no exercício da autonomia e na responsabilização pela saúde (FIGUEIREDO; RODRIGUES NETO; LEITE, 2012).

Através dos estudos podemos perceber a significância de grupos de educação em saúde para a população. Reportando para nossa realidade, através da monitoria no PET-Saúde podemos descrever a percepção das mulheres que participam de um grupo de educação em saúde.

Metodologia

O estudo é descritivo, de natureza qualitativa e do tipo relato de experiência. A população da pesquisa consta de 25 mulheres de 20 até 76 anos. A amostra compreendeu 15 mulheres de 28 a 68 anos do bairro Dom José I, cadastradas no Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro, da Cidade de Sobral/CE, situado no bairro da Coelce. Os critérios de inclusão eram: estar cadastrada no Centro de Saúde da Família; frequentar o grupo no dia e nas semanas que aconteciam as atividades e ter no mínimo 25% de faltas durante os últimos 12 meses.

A pesquisa aconteceu durante o período de agosto a novembro na Associação do bairro Dom José I, às segundas-feiras, das 15 às 17 horas, respectivamente, dia e horário dos encontros do grupo de educação em saúde.

A coleta de dados foi realizada através um roteiro de entrevista de autoria própria, no qual estava anexado um termo de consentimento livre. Para uma melhor compreensão da percepção das mulheres a respeito do grupo de educação em saúde o roteiro de entrevista constava:

Identificação, idade, escolaridade, estado civil e profissão.

Qual sua motivação para frequentar o grupo? Na qual a pergunta era aberta e respondiam da maneira delas.

Os dados foram analisados através da leitura das falas das participantes do estudo, detendo-se a uma análise mais imediata do pontos em comum e diferentes questões do discurso. E para finalizar constituição dos tópicos.

Resultados

No que diz respeito ao nível de escolaridade demonstraram que 2 mulheres (13,33%) possuem segundo grau, e 13 mulheres (86,66%) não concluíram o ensino fundamental. Com relação ao estado civil, 11 (73,33%) casadas e 4 (26,66%) solteiras. As respostas do item profissão foi quase unânime pois apenas uma (6,66%) é auxiliar de serviços gerais e as demais 14 (93,33%) donas de casas.

Foi realizado um roteiro de entrevista que constava uma pergunta "Qual sua motivação para frequentar o grupo?". Após as análises das falas podemos dividir em três tópicos.

Aprender mais através das oficinas e palestras

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

É pertinente ressaltar que as mulheres participantes do grupo buscavam aprender com as palestras e assim aplicar seus conhecimentos das mais diversas maneiras, sejam através de repassar para os vizinhos ou utilizando nelas ou na família. Entretanto o foco maior estava nas oficinas que aconteciam que para algumas era um meio de ter um rendimento, pois a maioria era somente donas de casas. Os resultados obtidos corroboram com os encontrados por Figueiredo; Rodrigues-Neto; Leite (2012). O referido estudo mostrou a educação em saúde como meio de aprendizagem significativa, de maneira que os conhecimentos construídos durante as atividades contribuíam para a mudança da prática dos usuários quanto ao cuidado com a sua saúde. Acrescenta-se que o sujeito ao transformar a sua prática, também modifica o meio em que vive e se torna um disseminador dos conhecimentos adquiridos, transformando-se em um agente de mudança social.

Maior interação e aumento do ciclo de amizades

Podemos mencionar que no grupo de educação em saúde, as mulheres indicaram a interação e um ciclo maior de amizades como um dos fatores de motivação para que frequentassem o grupo. Desse modo, acreditamos que melhorou a qualidade de vida dos participantes. A qualidade de vida é uma representação eminentemente humana, com aspectos relacionados: a satisfação familiar, no amoroso, no social e ambiental e às imagens existenciais (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000; CIESLAK et al, 2012).

Preencher o tempo ocioso por considerar uma verdadeira descontração

Segundo Membrive (2011) a qualidade de vida é influenciada de forma complexa por vários fatores, dentre eles: o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as características do ambiente e a saúde física. Dessa maneira percebemos que por meio das atividades do grupo proporcionamos bem-estar.

Os temas das oficinas e palestras eram discutidos e decididos entre todas as participantes e cuidadoras do grupo (agentes comunitárias de saúde e enfermeiros).

Na educação em saúde, as relações entre as equipes de saúde e os usuários dos serviços de saúde são aceitas como uma ação de aprendizagem recíproca, que envolve crenças, valores e percepções de mundo (ALVES; AERTES, 2011).

Pérez-Escamilla et al. (2008) considera os agentes comunitários de saúde admiráveis educadores, já que são membros da comunidade e servem como conectores entre o serviço de saúde e os usuários para promoção da saúde, apresentando, geralmente, experiências sociais e culturais similares às da população a qual trabalha.

O Grupo de educação em saúde tinham parcerias com diversas instituições que as beneficiam através de oficinas (pinturas, crochê, artesanato), palestras (medicamentos, plantas medicinais, alimentação, prática de exercício físico e saúde bucal) nas mais diversas áreas (enfermagem, farmácia, profissional de educação física, nutricionista, dentista) trabalhando com interdisciplinaridade.

Muitas equipes interdisciplinares desenvolvem atividades de educação em saúde para a população. Favorecem a autonomia e o conhecimento de todos no auxílio que recebem. A equipe multidisciplinar reconhece a consequente exigência interna de um olhar não mais individual, e sim plural, direcionado para encontrar soluções (BARROS; CARNEIRO; SANTOS, 2011).

Existem poucos estudos a respeito da percepção de mulheres ou usuários das Unidades de Saúde que participam de grupos de educação em saúde. Desse modo recomendamos mais pesquisas para que possamos conhecer as diferentes realidades e assim e contribuir com a comunidade acadêmica e população.

Conclusão

Através do presente estudo concluímos que as ações de educação em saúde são fatores importantes na promoção da saúde, interação, socialização, preenchimento do tempo ocioso, aprendizagem, aprender uma profissão e melhoria da qualidade de vida para o grupo de mulheres. Na qual as mesmas repassam os conhecimentos adquiridos nas oficinas aos demais vizinhos, amigos e familiares, contribuindo de maneira geral para a aprendizagem de ambas as partes. É nessa perspectiva com integração envolvendo profissionais em um trabalho interdisciplinar, complementar e cooperativo que entendemos a percepção das mulheres que frequentavam o grupo de educação em saúde.

Espera-se que este trabalho possa contribuir de maneira significativa no meio acadêmico provocando reflexões e que surjam estudos posteriores a respeito da percepção dos usuários dos serviços de saúde no contexto da educação em saúde.

Referências

ALVES, G. G.; AERTES, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. Ciênc. saúde coletiva vol.16 n.1 Rio de Janeiro Jan. 2011
AZEVEDO, E.; PELICIONI, M.C.F. Promoção da saúde, sustentabilidade e agroecologia: uma discussão intersetorial. *Saúde e Sociedade*, v.20, n.3, p.715-29, 2011.
BARROS, L. B. L.; CARNEIRO, C.S. ; SANTOS, V. B. A educação em saúde: um campo de atuação clínica e de pesquisa na enfermagem. *Acta paul. enferm.* vol.24 no.2 São Paulo 2011. Editorial]
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.
BUSS, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M.de (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.19-42.
CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG) . *Ciênc. saúde coletiva*; 16(1); 1547-1554; 2011.

CIESLAK, F.; CAVAZZA, J. F.; LAZAROTTO, L.; TITSKI, A. C. K.; STEFANELLO, J. M. F.; LEITE, N. Análise da qualidade de vida e do nível de atividade física em universitários. **Rev. Educ. Fis/UEM**. Vol.23(2), p. 251-260, 2012.

CUNHA, R.R. et al. Promoção da saúde no contexto Paroara: possibilidade de cuidado de enfermagem. *Texto Contexto & Enfermagem*, v.18, n.1, p.170-6, 2009.

FIGUEIREDO, M.F.S.; RODRIGUES NETO, J.F.; LEITE, M.T.S. Educação em saúde no contexto da Saúde da Família na perspectiva do usuário. *Interface (Botucatu)* vol.16 no.41 Botucatu Apr./June 2012

KLUTHCOVSKY A.C.G.C.; TAKAYANAGUI A.M.M. Qualidade de vida: aspectos conceituais. *Rev Salus*.;1(1):13-5, 2007.

LIMA, M. A. D. S. Educação em Saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre. V.17, n.2, p. 87-91, jul. 1996.

MELO, M.C.; SOUZA, A.L.; LEANDRO, E.L.; MAURICIO, H.A.; IÊDO, D.S.; OLIVEIRA, M.O.O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. *Ciênc. saúde coletiva* vol.14 suppl.1 Rio de Janeiro Sep./Oct. 2009

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 5(1), p.7-18, 2000.

MEMBRIVE, J. M. ; GRANERO-MOLINA ,J.; MARIA JOSÉ, S. S.; CAYETANO, F. S; LOPEZ, C. M. R. L; TESIFÓN, P. C. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; 19(6); 1314-1321; 2011-12.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

OLIVEIRA, T. L.; MIRANDA, L.P.; FERNANDES, P.S.; CALDEIRA, A. P. Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta paul. enferm. vol.26 no.2 São Paulo, 2013.

PATRICIO, W.P.; TORRES, S.V.S.; GUARIENTO, M.E. Programa de educação popular em saúde: hábitos de vida e sintomas depressivos em idosos Popular health education program: lifestyle and depressivesymptoms. Rev. bras. geriatr. gerontol. vol.16 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2013.

PEREIRA.A.V.; VIEIRA, A.L.S.; AMÂNCIO FILHO, A. Grupos de educação em saúde: aprendizagem permanente com pessoas soropositivas para o HIV Trab. educ. saúde. vol.9 no.1 Rio de Janeiro Mar./June 2011

PÉREZ-ESCAMILLA, R. et al. Impact of peer nutrition education on dietary behaviors and health outcomes among Latinos: a systematic literature review. J. Nutr. Educ. Behav., v.40, n.4, p. 208-25, 2008.

SETTI, A.F.F.; BOGUS, C.M. Participação comunitária em um programa de intervenção em área de proteção ambiental. *Saúde e Sociedade*, v.19, n.4, p.946-60, 2010.

SILVA, C. M.C.; MIALHE, F. L. M. A educação em saúde e suas representações entre alunos de um curso de odontologia.Ciênc. saúde coletiva vol.16 suppl.1 Rio de Jan. 2011

SOARES, J.F.S.; CEZAR-VAZ, M.R.; SANT'ANNA, C.F. Prevenção de agravos e promoção da saúde: um estudo com trabalhadores portuários. *Texto & Contexto Enfermagem*, v.20, n.3, p.225-34, 2011.

THE WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W, editors. Quality of life assessment: international perspectives. Heidelberg: Springer Verlag; 1994. p.41-60.

VERDI, M., CAPONI, S. Reflexões sobre promoção da saúde numa perspectiva bioética. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 828.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO PARA O TRÂNSITO COM ESCOLARES: PREVENÇÃO PARA OS ACIDENTES DE TRÂNSITO EM ARAPIRACA-AL

Autora Mayara Pryscilla Santos Silva – Universidade Federal de Alagoas (UFAL); Email: mayara.enfermagem.ufal@gmail.com

Autora Ana Paula Nogueira de Magalhães – Universidade Federal de Alagoas (UFAL).

Palavras-chave: Educação em saúde. Acidentes de trânsito. Prevenção de acidentes.

Resumo

Os acidentes de trânsito representam um grande problema para todos os setores da sociedade. Em Arapiraca, Alagoas, os acidentes se tornaram um dos principais problemas de saúde vivenciados pela população, envolvendo especialmente os motociclistas. Atitudes relacionadas à prevenção são importantes, uma vez que a maior parte desses eventos pode ser evitado. Nesse contexto, as ações educativas são instrumentos fundamentais na atuação de prevenção de acidentes de trânsito que tanto acometem a população. A escola se apresenta como um importante espaço social para a realização de ações educativas e de saúde voltadas à redução dos acidentes de trânsito. Diante disso, esse trabalho tem como finalidade apresentar as ações socioeducativas de prevenção aos acidentes de trânsito, em três escolas de ensino fundamental, que ocorreram durante o projeto PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência. Durante as ações realizadas, os estudantes refletiram sobre os comportamentos de risco para os acidentes de trânsito e foram estimulados a multiplicar o conhecimento adquirido com seus familiares e amigos.

Introdução

Os acidentes de trânsito se constituem como uma epidemia mundial, com grandes repercussões nos países em desenvolvimento. Em Arapiraca, Alagoas, os acidentes se tornaram um dos principais problemas de saúde vivenciados pela população, envolvendo especialmente os motociclistas. Para Mendes (2008), a aquisição da motocicleta está ligada a necessidade de se locomover com rapidez, a dificuldade de acesso ao transporte público e as facilidades oferecidas na aquisição desse veículo.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), estima-se que anualmente em todo o mundo, 50 milhões de pessoas são vítimas de acidentes de trânsito sendo que destas, aproximadamente 1,2 milhão morre. Os acidentes são responsáveis por 12% do total de mortes no planeta (SOUZA; MORTEAN; MENDONÇA, 2010).

Observa-se que em especial nos países emergentes, diante da alteração do perfil de morbimortalidade nessas nações, os acidentes de trânsito exercem importantes implicações sociais, econômicas, entre outras, tornando-se relevantes, uma vez que predominam em populações jovens e economicamente ativas, com elevado custo ao sistema de saúde e previdenciário (MAGALHÃES et al., 2008).

Tem-se evidenciado que os acidentes de trânsito são fonte de consequências de natureza diversa, envolvendo os campos físico, psicológico, econômico, político, social, cultural, todos eles repercutindo intensamente sobre a vida dos acidentados. Causam imenso número de óbitos, incapacidades permanentes e temporárias, alto dispêndio de recursos financeiros, problemas psicológicos e pessoais, além de dor e sofrimento das vítimas, de suas famílias e de outros indivíduos que convivam com este tipo de fatalidade. Entretanto, apesar da gravidade, eles são passíveis de prevenção, o que torna ainda mais importante o estudo destes problemas (FILHO, 2012).

Sobre o setor Saúde recai a maior carga de todas as consequências dos acidentes, pois é ele quem cuida dos feridos, contabiliza as mortes e arca com os aspectos ligados às sequelas, não poucas vezes irreversíveis. As implicações dos acidentes de trânsito medidas em mortes, em demanda à atenção pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação, assim como as incapacidades geradas, os anos potenciais de vida perdidos, e o impacto nas famílias das vítimas e na sociedade em geral, têm levado instituições estrangeiras e nacionais a reconhecerem a sobrecarga que esses eventos produzem nos sistemas de saúde e o significativo custo social e econômico que representam (ALMEIDA et al., 2013).

A Educação em Saúde pode ser definida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Uma ferramenta na qual o conhecimento científico produzido na área da saúde pelos profissionais que ali atuam alcança a vida diária das pessoas por meio da apreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, contribuindo para a adoção de novos hábitos a saúde (JOMAR et al., 2011). Nesse contexto, as ações educativas são instrumentos fundamentais na atuação de prevenção de acidentes de trânsito que tanto acometem a população brasileira. Essas ações devem começar desde a infância, uma vez que estamos inseridos no trânsito desde o nascimento. Os pais ou responsáveis devem dar exemplo a fim de que seus filhos imitem suas atitudes, maneira pela qual a criança começa a aprender (LIBERAL et al., 2005).

Posteriormente, a criança passa a aprender contextos de ação educativa, visando à promoção a saúde, na escola, pois corresponde ao meio social onde a criança passa mais tempo. Desta forma, o Ministério da Saúde recomenda que as atividades de educação em saúde estejam presentes no âmbito escolar, uma vez que é nesta parte do desenvolvimento que muitas atitudes e hábitos do indivíduo são construídos e consolidados (MENDES, 2008).

Aliado às diretrizes de promoção da saúde surge o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), que consiste em uma ação proposta pelos Ministérios da Saúde e da Educação para promover a integração ensino-serviço-comunidade no sistema público de saúde (BRASIL, 2008). Em Arapiraca- AL, por meio de uma parceria entre a Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca (UFAL) e a Secretaria Municipal de Saúde do município, fundou-se o PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência, onde preceptores e discentes, sob orientação de uma tutora, são alocados em comunidades diferentes, onde desenvolvem ações de ensino, pesquisa e extensão.

Dentre os problemas de saúde vivenciados pela população desse município, destacam-se os acidentes de trânsito. Diante disso, surgiu a necessidade de desenvolver o PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência, conforme falado anteriormente, com o intuito de promover ações de promoção da saúde e de redução da morbimortalidade ocasionada por esses acidentes. O mesmo é composto por estudantes dos cursos de Enfermagem, Educação Física, Psicologia e Serviço Social, tendo como preceptoras profissionais Enfermeiras, Educadora Física, Psicóloga e Assistente Social. É dividido em pequenos grupos, compostos por um preceptor e três a quatro discentes, alocados em comunidades distintas do município de Arapiraca – AL, onde desempenham ações de prevenção aos acidentes no trânsito e violências, como também, outras temáticas a partir das necessidades das comunidades envolvidas.

Dessa forma, o presente relato tem como finalidade apresentar as ações socioeducativas de prevenção aos acidentes de trânsito, realizadas em três escolas que ocorreram durante as atividades de um grupo do PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência.

Metodologia

Este trabalho se constitui de um relato de experiência de caráter descritivo, sobre as práticas socioeducativas realizadas em três escolas de ensino fundamental sobre a prevenção de acidentes de trânsito por discentes de Enfermagem e de Serviço Social e por uma

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

preceptora Assistente Social, de um dos grupos do PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência da Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca no Município de Arapiraca, Alagoas.

Os encontros educativos nas escolas ocorreram posteriormente à reunião com os diretores das mesmas, onde informávamos o motivo das ações e como estas ocorreriam. Posteriormente, marcávamos uma data para a realização da educação em saúde. Foram três tardes de ações de prevenção aos acidentes de trânsito, ou seja, uma tarde de ação para cada escola, todas situadas no Município de Arapiraca-AL. Nas três escolas abordou-se a temática de prevenção aos acidentes de trânsito. Ensinamos sobre as leis no trânsito, sobre as sinalizações e como praticar o trânsito seguro, onde abordamos o que se pode e o que não se pode fazer para evitar esses acidentes.

Na escola de Ensino Fundamental Jesus Redentor, foram utilizados como metodologia vídeos em forma de desenhos animados com histórias, outros com musicais, abordando esse tema afim de chamar a atenção dos alunos. Fizemos um jogo de perguntas e respostas abordando situações seguras e de risco referentes ao trânsito. Dentre uma dessas situações, vestimos uns carrinhos de madeira e encenamos uma ação de colisão de veículos.

Já na escola de 30 de Outubro, fizemos uma roda de conversa sobre a temática, como também contamos com a participação de um grupo teatral da Secretaria do Município, que encenaram uma peça mostrando as consequências da não obediência às leis de trânsito.

Por último, encerramos a ação de prevenção de acidentes de trânsito em escolas, na escola Multivisão. Ao chegarmos, conversamos com as crianças para saber o que elas sabiam a respeito da temática, depois realizamos uma dinâmica com perguntas referentes a situações ocorridas no trânsito para que os alunos dissessem se concordavam ou não e o porquê. Nesse mesmo encontro, montamos uma pista de trânsito no pátio da escola, e vestíamos as crianças com uns carrinhos de madeira que confeccionamos, para que as mesmas percorressem a pista, como se elas estivessem mesmo dentro de um veículo, obedecendo às leis de trânsito que haviam em todo o percurso.

Resultados

e

Discussão

Os acidentes de trânsito mantêm-se como importante problema da saúde pública no Brasil e requerem diferentes abordagens em ações de prevenção. A dinâmica desse fenômeno, multicausal em sua gênese, atinge suas vítimas com distintos graus de severidade segundo tipo de acidente (atropelamento, com motocicleta e outros tipos de acidentes com veículo a motor) e atributos demográficos (sexo, idade, cor, estado civil e grau de instrução). Possui distribuição mensal diferenciada dos dias da semana e dos horários de ocorrência. Mostram-se relevantes para a reorientação das ações que buscam a redução da gravidade dos acidentes, pesquisas que utilizam técnicas de análise para compreensão desses atributos. Os fatores presentes, implícita ou explicitamente, que podem contribuir com as causas dos acidentes de trânsito em maior ou menor grau, são: homem; veículo; via e meio ambiente; e os referentes à legislação e seu cumprimento. A desagregação desses fatores e o estudo de suas associações são necessários para compreender e melhor intervir no fenômeno do acidente de trânsito. Isso porque sua combinação pode aumentar a probabilidade de ocorrência de acidentes de forma diferenciada em determinados locais (ALMEIDA et al., 2013).

Como proposta de prevenção dos acidentes de trânsito, têm-se as atividades de educação em saúde, onde abordaremos a seguir os resultados de nossas intervenções.

As reuniões com diretores evidenciaram o grande interesse desses indivíduos no tocante ao tema do trabalho, bem como à metodologia dinâmica das ações.

A análise das atividades realizadas com os escolares demonstra que as estratégias usadas foram lúdicas, o que possibilitou a aproximação de todos os participantes envolvidos no trabalho com a realidade no trânsito na cidade de Arapiraca. Destacando-se a interatividade que ocorreu entre as crianças participantes que relataram espontaneamente experiências de seus pais ou de amigos da família sobre o trânsito, o que tornou as dinâmicas mais interessantes e próximas da realidade. Diante das atividades realizadas, os estudantes refletiram sobre os comportamentos de risco para os acidentes de trânsito e foram estimulados a multiplicar o conhecimento adquirido com seus familiares e amigos

Conclusão

Os acidentes de trânsito representam um sério problema de saúde pública, tanto por ser uma importante causa de morte da população mundial como também pelas consequências que a maioria das vítimas adquire. Em Arapiraca, os acidentes de trânsito são responsáveis, dentre as causas externas, pelo maior número de internações hospitalares e sequelas graves, representando grande sofrimento para as vítimas e seus familiares, demonstrando o significativo peso econômico e social desse problema. Diante disso, torna-se necessário o desenvolvimento de ações de extensão para a reversão desta realidade, como proposto pelo PET-Saúde Rede de Urgência e Emergência. Com o desenvolvimento dessas ações intervencionistas, a Universidade possibilitou aos alunos o papel de agentes ativos na promoção da saúde e na prevenção de acidentes.

Evidencia-se que a escola se apresenta como um importante espaço social para a realização de ações educativas e de saúde voltadas à redução dos acidentes de trânsito, pois é o meio social em que a criança aprende e adquire valores, conhecimentos e habilidades que poderão ser passadas para seus pais, um amigo ou outra pessoa, como também serão acompanhados por estas por todas as suas vidas.

Referências

ALMEIDA, R.L.F. et al. Via, homem e veículo: fatores de risco associados à gravidade dos acidentes de trânsito. **Rev Saúde Pública**, v. 47, n. 4, p.718-31, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.802, de 26 de agosto de 2008 Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde – PET -Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

FILHO, M.M. Acidentes de trânsito: as consequências visíveis e invisíveis à saúde da população. **RevistaEspaço Acadêmico**, n. 128, Janeiro de 2012.

JOMAR, R.T. et al. Educação em saúde no trânsito para adolescentes estudantes do ensino médio. **Esc Anna Nery (impr.)**,v. 15, n.1, p. 186-189, jan-mar. 2011.

LIBERAL, E.F. et al. Escola segura. **J Pediatr (Rio J)**, v.81, n. 5, p, 155-163, 2005.

MAGALHÃES, A.F. et al. Prevalência de acidentes de trânsito auto-referidos em Rio Branco, Acre. **RevSaúde Pública**, v. 45, n. 4, p. 738-44, 2011.

MENDES, E.O. Educação para o trânsito no ensino fundamental e médio: prevenção para os acidentes de trânsito em Uberlândia. **Olhares e Trilhas**, v. 9, n. 9, p. 41-50, 2008.

SOUZA, A.P.; MORTEAN, E.C.M.; MENDONÇA, F.F. Caracterização dos acidentes de trânsito e de suas vítimas em Campo Mourão, Paraná, Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 12, n. 1, p. 16-22, dez. 2010.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

Quero agradecer a Deus, por sempre por todo o discernimento e ajuda a mim concedida em minhas atividades diárias;

Ao Ministério da Saúde e ao Ministério da Educação, por criarem o PET-Saúde Redes, o que permitiu a realização desse trabalho;

À Universidade Federal de Alagoas, que permitiu a construção e o funcionamento desse Projeto de Extensão;

À Professora Ana Paula Nogueira de Magalhães, pois sempre está disposta e me orienta para submissões de trabalhos em eventos acadêmicos;

E por fim, aos diretores, professores e a todos os funcionários das escolas que abriram as portas e permitiram o desenvolvimento desse trabalho;

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

**EDUCAÇÃO PARA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: AÇÕES DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS COM ADOLESCENTES
NO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA**

Agnes Caroline Souza Pinto (apresentador) – Universidade Federal do Ceará – agnespinto@hotmail.com

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO PERMANENTE COMO FERRAMENTA PARA TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS DE SAÚDE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA DO MONITORES DO PET-SAÚDE PSE

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA – romualdocrca@hotmail.com

Iara Martins Melo – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Francisco Gilmário Rebouças Júnior Secretaria de Saúde de Sobral - CE

Francisca Dulcinalda de Paulo Braga – Secretaria de Saúde de Sobral - CE

Maria Socorro de Araújo Dias - Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Palavras-chave: Educação continuada. Saúde do adolescente. Promoção da Saúde.

Resumo

O Programa Saúde na Escola (PSE) visa à integração e a articulação entre a educação e a saúde, contribuindo para a formação integral dos estudantes mediante ações de promoção, prevenção e atenção à saúde enfrentando as suscetibilidades que acometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. A educação permanente (EP) consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, além do aperfeiçoamento das próprias instituições que produzem EP; tem por finalidade promover a capacitação técnica específica do sujeito juntamente com a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, por isso a EP é ampla, pois se fundamenta na formação do sujeito, levando a revitalização e superação pessoal e profissional. Os momentos de EP foram implementados a partir do momento que sentimo-nos desprovidos dos conhecimentos necessários para o desenvolvimento das oficinas, pois a EP torna-se uma necessidade na formação do sujeito, visto que requer dele novos conhecimentos que o façam ‘saber fazer’, de maneira que seja autônomo e capaz de aprender constantemente, além de relacionar teoria e prática e vice-versa, além do mais, a EP é intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência, é o aprender constante em todas as relações do sujeito; porquanto, é elaborada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que cada qual leva consigo.

Introdução

A atenção básica se caracteriza como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde os quais são regidos pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2010). A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável, dentro dessa perspectiva está a atenção à saúde do adolescente com O Programa Saúde na Escola (PSE). O PSE busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que objetivam avançar na constituição de um Sistema de Saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção de saúde e da intersetorialidade. As políticas de saúde reconhecem o espaço escolar como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para a saúde. O PSE aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia que visa à integração e a articulação entre a educação e a saúde, contribuindo para a formação integral dos estudantes mediante ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, enfrentando as suscetibilidades que acometem o desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino. A partir desse pressuposto, o Programa em Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-saúde) tem como propósito superar a dicotomia entre teorias e práticas e consolidar a integração ensino/serviço/comunidade, referenciados fortemente nas Diretrizes Curriculares do Ensino de Graduação para os cursos da saúde, inserindo os acadêmicos nas vivências do PSE. A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (EPS) lançada pelo Ministério da Saúde através da Portaria 198, de fevereiro de 2004, possibilita a identificação das necessidades de formação e de desenvolvimento de trabalhadores da área da saúde e a construção de estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social com o objetivo de produzir um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva da população. A discussão sobre a educação permanente dos profissionais passa a ser fundamental e estratégica para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). O plano de reordenação política de recursos humanos no SUS preconiza a educação permanente no trabalho visando alcançar perfis profissionais orientados pelas necessidades da população, em cada realidade regional e em cada nível de complexidade. Aponta que esta qualificação se dá frente a ações concretas do mundo do trabalho. A educação permanente parte do pressuposto da aprendizagem significativa. Os processos de capacitação do pessoal da saúde devem ser estruturados a partir da problematização do processo de trabalho, visando à transformação das práticas profissionais e a organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e o controle social em saúde (TAVARES, 2006). A educação permanente (EP) consiste no desenvolvimento pessoal que deve ser potencializado, além do aperfeiçoamento das próprias instituições que produzem EP; tem por finalidade promover a capacitação técnica específica do sujeito juntamente com a aquisição de novos conhecimentos, conceitos e atitudes, por isso a EP é ampla, pois se fundamenta na formação do sujeito, levando a revitalização e superação pessoal e profissional. Esse estudo **objetivou** relatar a vivência dos acadêmicos do PET-Saúde PSE nos momentos de educação permanente.

Metodologia

Estudo de caráter descritivo, do tipo relato de experiência, realizado durante as atividades do PET-Saúde no Centro de Ciências da Saúde (CCS), Sobral-Ce, no período de agosto/novembro de 2013. O estudo foi desenvolvido quinzenalmente através da observação participante, desenvolvimento de dinâmicas e exposição dialogada, seguindo de debate crítico dos assuntos. Momentos realizados/direcionados pelos monitores e preceptores, por vezes especialistas eram solicitados para ajudar no esclarecimento dos assuntos. Cada EP teve duração de aproximadamente duas horas, entre 17h e 19h, envolvendo aproximadamente 15 participantes, seguindo os princípios éticos da resolução N° 466/12 do CNS.

Resultados

Os momentos de EP foram implementados a partir do momento que sentimo-nos desprovidos dos conhecimentos necessários para o desenvolvimento das oficinas, pois a EP torna-se uma necessidade na formação do sujeito, visto que requer dele novos conhecimentos que o façam ‘saber fazer’, de maneira que seja autônomo e capaz de aprender constantemente, além de relacionar teoria e prática e vice-versa, além do mais, a EP é intrínseca, uma capacidade a ser desenvolvida, uma competência, é o aprender constante em todas

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

as relações do sujeito; porquanto, é elaborada a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que cada qual leva consigo. Os temas tratados foram: a) alimentação saudável e prática de atividade física, uma vez que esses dois temas estão fortemente entrelaçados, associamos e abordamos ambos em uma mesma EP, um dos tópicos abordados foi o uso indiscriminado de suplementos e anabolizantes, pois é perceptível o aumento no número de adolescentes em busca do corpo 'sarado', e para isso, utilizam fins inapropriados, deste modo é preciso estar apto a tratar sobre o tema e saber abordá-lo dinamicamente; b) sexualidade, esse encontro foi um dos mais discutidos, visto que essa fase caracteriza-se por diversas transições, sendo a sexualidade a de maior repercussão; o aprendizado da sexualidade, contudo, não se restringe àquele da genitalidade, tampouco ao acontecimento da primeira relação sexual, trata-se de processo de experimentação pessoal e de outros conhecimentos vindos da cultura sexual do grupo, que se acelera na adolescência e na juventude, a partir desse momento, um dos problemas enfrentados pelo adolescente é o de estender para alguém fora do círculo familiar os novos sentimentos; c) DST/AIDS, segundo Brêtas (2009) a grande maioria dos adolescentes inicia sua vida sexual cada vez mais cedo, os jovens que estão vivenciando essa fase caracterizam-se também por sua vulnerabilidade à DST e ao HIV; embora o Brasil tenha um programa de AIDS considerado exitoso, em função da política de acesso universal aos medicamentos anti-retrovirais, e da parceria com a sociedade civil para o desenvolvimento de ações para diferentes públicos, a epidemia de AIDS dá visibilidade à sexualidade juvenil; d) saúde mental, esse tema foi um dos quais tivemos mais dificuldade, pois sabemos que a adolescência é tradicionalmente conhecida como uma fase de instabilidade emocional e de explosão de crescimento, com mudanças físicas e psicossociais, por conta disso, deve haver preparação para tratar com adolescentes, sabendo que cada um tem suas individualidades e, portanto, saber quais os pontos conflituosos, divergentes e duvidosos existentes no público jovem; e) SPE: prevenção de álcool e outras drogas, o assunto mencionado é bastante intrigante, Tavares (2001) relata que estudos realizados entre escolares de primeiro e segundo graus e entre estudantes universitários mostram, consistentemente, nas diversas regiões do País, que o álcool é a droga mais utilizada, seguido pelo tabaco, o CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) realiza inquéritos os quais mostram prevalências de uso de drogas (exceto tabaco e álcool) sempre maiores no sexo masculino, quando comparado ao sexo feminino. A partir desses momentos de EP passamos a tratar sobre os temas mais hábil e facilmente, percebemos que o compartilhamento de conhecimentos para os adolescentes, tornou-se dinâmica e prazerosa, além de obtermos os resultados esperados em cada ocasião e, também, adquirirmos maneiras para atrair a atenção e a presença dos adolescentes nas oficinas.

Conclusão

Ao desenvolver esse estudo constatou-se que EP é condição necessária para o desenvolvimento do indivíduo em relação ao seu auto-aprimoramento no contexto do trabalho da saúde, direcionando-o à busca da competência pessoal, profissional e social. A EP pode ser entendida como aprendizagem-trabalho, ou seja, ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, é feita a partir de problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências de cada um obtidas no decorrer da vida profissional e pessoal. Percebemos que a EP se baseia na aprendizagem significativa, na qual nós acumulamos e renovamos experiências, pois são momentos como esses que nos tornam diferenciados e futuros profissionais eficientes capazes de lidar com a promoção da saúde na integralidade do cuidado. Consideramos que a qualificação profissional dos trabalhadores do SUS é um componente fundamental no processo de transformação qualitativa dos serviços de saúde pública no Brasil, espera-se com esses momentos possamos potencializar os recursos e os interesses para resolver problemas de capacitação profissional de trabalhadores da saúde na perspectiva das práticas de saúde individual e coletiva no âmbito de SUS.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS**. Brasília-DF, Volume 2 Atenção Básica, 2010.
MINISTÉRIO DA SAÚDE, Ministério de Educação. **Passo a Passo PSE Programa Saúde na Escola Tecendo Caminhos da Intersetorialidade**. Brasília – DF, 2012.

BRÊTAS, J.R.S. e C.V. Silva (2009). **Orientação sexual para adolescentes**. Em: A.L.V. Borges e E. Fujimori (Orgs.), *Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica* (pp. 210-248). Barueri, SP: Manole.

CEBRID, Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas. Acessível em: <http://www.cebrid.epm.br/index.php>

OLIVEIRA, M.A.N. **Educação à distância como estratégia para educação permanente em saúde: possibilidades e desafios**. Revista Brasileira de Enfermagem REBEn, Brasília 2007 set-out; 60(5).

Política Nacional de Atenção Básica. Portaria GM/MS 648 de 28 de Março de 2006. Disponível em: <[HTTP://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/copasems/portaria_648.doc)>

TAVARES, C.M.M. **A educação permanente da equipe de enfermagem para o cuidado nos serviços de saúde mental**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006, abri-jun.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. U.; LIMA, M. S. **Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescentes**. Revista Saúde Pública, vol. 35 n.2, 2001.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE COM PRÁTICAS PSICOSSOCIOEDUCATIVAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE UMA UAPS EM FORTALEZA/CE.

Suyanne da Silva Sobreira Guedes – Acadêmica de Psicologia e Bolsista PET-Saúde UNIFOR (suyannepsicologia@gmail.com)

Eveline Soares Campos – Psicóloga do Serviço de Saúde e Preceptora PET-Saúde UNIFOR
Ms. Letícia Leite Bessa – Psicóloga e Professora Orientadora do Curso de Psicologia UNIFOR

Palavras-chave: Educação Permanente. Educação em Saúde. Promoção de Saúde. Práticas Psicossocioeducativas. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

O presente trabalho é resultado da experiência como estagiária de Psicologia na UAPS (Unidade de Atenção Primária à Saúde) João Hipólito de Azevedo e Sá, em Fortaleza (CE), que visava cumprir as exigências da disciplina de Estágio I em Processos Educativos Sociais, do 8º semestre, do curso de Psicologia, da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). O estudo foi realizado com a equipe dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) da unidade, com o objetivo de qualificação permanente em saúde, com práticas psicossocioeducativas, em busca de melhorias biopsicossociointelectuais. Partimos da metodologia da pesquisa-ação e da pesquisa bibliográfica sobre temas relacionados à Psicologia escolar educacional em espaços não formais de educação, à atenção básica de saúde, aos agentes comunitários de saúde, à promoção de saúde, à educação permanente e à educação em saúde. O grupo Cuidando do Cuidador, criado a partir desta experiência, proporcionou um momento de “pausa” nas atividades de trabalho dos ACSs, objetivando possíveis ressignificações sobre as questões profissionais e pessoais. Foi um passo inovador e desafiador dado pela psicologia, a fim de trazer um resultado significativo na vida profissional da equipe de ACS, e se preocupou, em especial, através de técnicas e métodos, proporcionar melhorias às questões biopsicossociointelectuais dos integrantes do grupo, que em diferentes momentos deste trabalho sinalizaram situações de fragilidade.

Introdução

A Atenção Básica à Saúde (AB) ou Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) é desenvolvida pelas Equipes de Saúde da Família (ESF), pelos [Núcleos de Apoio às equipes de saúde da Família \(NASF\)](#), pelas equipes dos [Consultórios na Rua](#) e as de [Atenção Domiciliar \(Melhor em Casa\)](#). Todas realizam a atenção de uma população específica que está em um território definido. Assumem, portanto, a responsabilidade sanitária e o cuidado destas pessoas, e trabalham considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) surgiu em 1994, como iniciativa do Ministério da Saúde, para a implementação da atenção primária em saúde e mudança do modelo assistencial vigente no país, alterando o paradigma voltado às doenças, baseado no hospital, para o de promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, baseado no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS). A ESF possui suporte de Equipes de Saúde Bucal e de Assistência Farmacêutica. As Equipes de Saúde da Família (ESF) são compostas por: médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, 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. (Ministério da Saúde, 2012)

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) foi escolhida como lócus desta experiência por ser um lugar onde o psicólogo está cada vez mais sendo chamado a desenvolver sua prática, no processo de promoção da saúde da população e da equipe de saúde. Deste modo, o psicólogo deve estar preparado para atender às demandas da comunidade, intervindo de forma interdisciplinar, para a melhoria da saúde pública, dentro das diretrizes e dos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

Dentro da UBS (Unidade Básica de Saúde) trabalhamos com a equipe de Agentes Comunitários de Saúde – ACS. Foram motivações para a escolha deste público: a baixa escolaridade; a desatualização na formação em saúde; as dificuldades dos agentes comunitários de acompanhar as mudanças ocorridas na saúde pública, em específico, na atenção primária, que vem causando falta de integralidade com as demais equipes de saúde; desmotivação, estresse e desinteresse na atuação profissional. Tudo isso, ao ser percebido pela gestão e pela psicologia do serviço, abriu a possibilidade para uma proposta de intervenção.

O ACS é um personagem muito importante no processo de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. É o membro da equipe de saúde que faz parte da comunidade, é quem está próximo dos problemas que afetam a comunidade e se destacam pela capacidade de comunicar-se com as pessoas e pela liderança natural que exercem. Assim, precisa ser cuidado em sua totalidade, para poder cuidar do outro (a comunidade).

A partir dessas demandas, o serviço de psicologia criou o grupo Cuidando do Cuidador com os ACSs, com o objetivo de qualificação permanente em saúde, com práticas psicossocioeducativas, em busca de melhorias para o bem-estar biopsicossociointelectuais dos agentes, nos processos de aprendizagem sobre promoção de saúde e prevenção de doenças e em sua atuação profissional.

A seguir apresentamos os passos metodológicos, bem como, discutimos as atividades realizadas em um movimento dialógico entre teoria e prática a fim de trazer os aspectos relevantes deste estudo/experiência de estágio. Por fim, tecemos as considerações finais.

Metodologia

A experiência de estágio, que resultou na presente pesquisa, foi realizada na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) João Hipólito de Azevedo e Sá, localizada no bairro Dias Macedo, em Fortaleza (CE). O público-alvo do trabalho foi a equipe dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS da unidade, composta por 10 pessoas.

Utilizamos a pesquisa-ação em virtude de sua flexibilidade, bem como da possibilidade de ação por parte dos pesquisadores e dos grupos interessados/envolvidos no contexto da pesquisa. A pesquisa-ação pode ser definida como:

...um tipo de pesquisa com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo (THIOLLENT, 1985 apud GIL, 1991 p. 60).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O trabalho se caracterizou inicialmente por pesquisa bibliográfica de autores que tratam sobre a psicologia no contexto Escolar Educacional e da Educação comunitária, como também em artigos científicos, manuais, cartilhas e publicações do Ministério da Saúde – MS a respeito das seguintes temáticas: Atenção Básica; Agentes Comunitários de Saúde; Promoção de Saúde; Educação em Saúde e Educação Permanente. A coleta de dados inicial foi por meio de entrevista semiestruturadas, com possibilidades de alterações mediante intervenções participativa dos integrantes do grupo.

No início do estágio foram realizados cinco encontros com a psicóloga e a gestão do serviço a fim de planejar as ações que seriam realizadas.

A partir deste momento lançamos a proposta do grupo Cuidando do Cuidador, que estaria focado nos processos de aprendizagem sobre promoção de saúde e prevenção de doenças, e na atuação profissional dos Agentes Comunitários de Saúde. O projeto foi apresentado e aceito por 10 agentes comunitários. Ao todo, realizamos dez (10) encontros, sempre às segundas-feiras, no período de fevereiro à junho de 2014, com duração de quatro (4) horas cada.

O grupo foi facilitado pela estagiária de psicologia e pela psicóloga do serviço, a partir das necessidades trazidas pela equipe de ACS. No grupo foram utilizadas práticas psicossocioeducativas, através de rodas de conversas, dinâmicas, seminários e trabalhos com cartolinas, canetinhas, lápis de cera, etc, para intervir na qualificação permanente em saúde e contamos com a participação do profissional de fisioterapia com técnicas de respiração e alongamento. Utilizamos técnicas de relaxamento, reflexões e aplicamos os testes psicológicos: **ISSL (Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp)** e a **Escala Beck** - Inventário de Ansiedade (BAI), além de leituras de artigos e materiais didáticos sobre os temas abordados em cada encontro. No decorrer do trabalho, os agentes de saúde se empoderaram das atividades e dos objetivos propostos, o que pode ser observado nos momentos em que os próprios participantes ocuparam o papel de facilitadores do grupo.

Ao final deste processo, foi realizada uma roda de conversa, a fim de compartilhar as experiências vivenciadas no grupo e coletar informações dos integrantes, sobre a contribuição do grupo para suas vidas profissional e pessoal. Disponibilizamos um momento para os ACSs darem sugestões, tirar dúvidas e fazer possíveis reclamações. O setor de psicologia entregou o resultado dos testes psicológicos e se disponibilizou posteriormente à dar uma devolutiva individual.

Resultados e Discussão

A Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) João Hipólito de Azevedo e Sá foi reinaugurada em junho de 2013, funciona das 7h às 19h e atende toda a comunidade circunscrita no bairro Dias Macedo, na região metropolitana da cidade de Fortaleza. Trata-se do principal local de atuação das equipes de Atenção Básica (eAB) que atuam com alto grau de descentralização e profunda capilaridade no território nacional, o que deixa o serviço de saúde público sempre mais próxima ao cotidiano das pessoas.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) atua dentro da UAPS com um modelo assistencial, voltado para a promoção de saúde, prevenção de doenças e cuidado às doenças crônicas, baseada no território de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS).

E os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), em que a psicologia está inserida, tem o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, aumentando sua resolutividade, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde.

Através das políticas de Atenção Primária à Saúde e das diretrizes do NASF foi que no primeiro semestre de 2014, tive a oportunidade de contribuir como estagiária de Psicologia na referida UAPS. A minha atuação esteve ancorada na premissa de que o psicólogo, no contexto da saúde pública, pautado pelas diretrizes e pelos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, deve atuar de forma multi e interdisciplinar, construir ações de promoção de saúde, amparado na ética da transformação social, com a finalidade de alterar positivamente determinada realidade individual, institucional e comunitária.

No início do estágio, na UAPS João Hipólito de Azevedo e Sá, foram realizados encontros com a psicologia e a gestão do serviço a fim de mapear e planejar ações interventivas no setor dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS que vinha apresentando maiores dificuldades.

Contudo, antes mesmo da proposta de ação ser apresentada aos agentes, eles próprios solicitaram uma reunião com a equipe do NASF, a fim de discutirem uma pauta sobre insatisfações presentes no seu dia a dia profissional. Durante esta reunião foi que explicitamos a ideia do grupo Cuidando do Cuidador e seus objetivos, o que resultou na boa aceitação pelos ACSs, bem como a participação desses na construção do cronograma e na sugestão dos temas a serem abordados no decorrer do semestre.

Nos primeiros encontros procuramos incentivar a integração da equipe objetivando a construção de um grupo coeso. Exploramos exercícios corporais, como técnicas de alongamento e relaxamento, com o intuito de deixá-los mais relaxados e seguros com as atividades que se seguiriam a cada encontro. Também destinamos espaços para o compartilhar dos acontecimentos da semana, sempre valorizando seus posicionamentos, sugestões e, principalmente, seu protagonismo, mesmo em pequenas ações, como por exemplo, quando, no primeiro encontro do grupo, discutimos o cronograma de atividades. Além de lancharmos juntos.

A educação permanente possibilita, ao mesmo tempo, o desenvolvimento pessoal daqueles que trabalham na Saúde e o desenvolvimento das instituições. Além disso, ela reforça a relação das ações de formação com a gestão do sistema e dos serviços, com o trabalho da atenção à saúde e com o controle social. (Ministério da Saúde, 2005)

Sobre este início, porém, percebemos que alguns ACSs não haviam compreendido os objetivos e a proposta do grupo. A equipe acreditava que a psicologia iria mudar os processos de trabalho da gestão pública, bem como resolver alguns descontentamento em relação à falta de integralidade dos profissionais de saúde da família e ausência de reuniões para discutir os casos de saúde da unidade (apoio matricial).

Apesar de não ser essa a nossa possibilidade de trabalho, ouvimos e acolhemos suas inquietações. Desta forma, os agentes demonstraram incômodo com as mudanças ocorridas recentemente na saúde pública; com a falta de integralidade das equipes de saúde; com a brevidade das visitas domiciliares em decorrência de uma cobrança relativa à quantidade de visitas por dia; com as demais equipes de saúde; e com desmotivação, estresse e desinteresse em sua prática profissional.

Em alguns dias, a equipe se apresentou com desinteresse em ir aos encontros, bem como desmotivação em participar das atividades do grupo. Percebemos, no entanto, que a partir do sexto encontro, a equipe começou a se perceber como agentes transformadores de mudanças. Nesse momento, vieram à tona discussões em torno da aprendizagem sobre as temáticas abordadas no grupo, sobre as experiências já obtidas durante o trabalho como ACS e, acima de tudo, o auto-conhecimento e a autorreflexão da sua atuação profissional e do seu desenvolvimento pessoal. No decorrer dos demais encontros os agentes de saúde se empoderaram das atividades e dos objetivos propostos, conduzindo, muitas vezes, as atividades do grupo.

Uma das preocupações surgidas nas falas dos agentes foi com relação ao uso de drogas entre os moradores daquela localidade, pois, segundo suas percepções, houve um aumento de usuários na comunidade, bem como do sofrimento das famílias e da violência relacionada ao uso de substâncias psicoativas. Debates no grupo sobre esse tema e a equipe de ACS revelou interesse em intervir junto

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

aos familiares dos dependentes químicos – criando um grupo de famílias dentro da Unidade de saúde. Posteriormente, disponibilizamos, a cada integrante, artigos informativos sobre a importância do envolvimento da família no tratamento do usuário de substâncias psicoativas.

Procuramos desenvolver, permanentemente, a educação em saúde, com a entrega de material informativo e discussão a respeito das doenças crônicas de diabetes e hipertensão. A escolha desta temática se deu em virtude do atual aumento do quadro de pessoas acometidas pelo diagnóstico dessas doenças crônicas, dentro do serviço de atenção primária de saúde, e a equipe sentir a necessidade de melhor se preparar para intervir de forma eficaz nesses casos.

Nos três últimos encontros, com o objetivo de ampliarmos o auto-conhecimento, bem como, auxiliarmos na compreensão dos discursos dos ACSs sobre suas ansiedades e desmotivações, aplicamos os testes psicológicos: **ISSL - Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp**, instrumento de identificação de quadros característicos do stress, que possibilita diagnosticar quadros característicos do stress em adultos e a fase em que a pessoa se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e a **Escala Beck - Inventário de Ansiedade (BAI)**, que mede a intensidade da ansiedade. Ainda nesses encontros, discutimos as temáticas psicoeducativas sobre estresse e ansiedade, com a entrega de *folder* informativo.

Ao final do nosso trabalho discutimos, em uma roda de conversa, sobre como as experiências vivenciadas no grupo contribuíram para a vida profissional e pessoal de cada integrante. Além de coletarmos as sugestões, dúvidas e reclamações referentes ao nosso trabalho. Por fim, entregamos os resultados dos testes psicológicos e nos disponibilizamos para posteriormente termos encontros individuais. Confraternizamos e comemoramos com lanche o encerramento do semestre.

Promoção de saúde inclui educar para promover, afim de que as repercussões de atitudes de prevenção não durem somente um momento, mas seja uma educação continuada com efeitos permanentes no indivíduo, família, comunidade, escola, dentre outros. A educação em saúde vem sendo analisada de modo que o seu significado possa atender aos princípios e valores inovadores do sistema de saúde, dentre outros, o conceito ampliado de saúde e a integralidade da atenção com vistas a possibilitar a atenção integral e humanizada à população brasileira (MIRANDA e BARROSO, 2004).

Conclusão

O grupo Cuidando do Cuidador foi um passo inovador e desafiador dado pela psicologia, que diante de alguns comentários desagradáveis dos próprios profissionais de saúde do serviço, continuou com afimco seu projeto de intervenção e a cada dia se motivou a fim de trazer um resultado significativo na vida profissional e pessoal da equipe de ACS, estando preocupada, em especial, em proporcionar melhorias nas questões biopsicossociointelectuais dos integrantes do grupo, respondendo as suas demandas.

Os integrantes relataram insatisfação no início do trabalho, no entanto, revelaram que, com o passar do tempo, o grupo lhes proporcionou um momento de “pausa” das atividades de trabalho para que pudessem ressignificar questões profissionais e pessoais. Segundo os ACS, o grupo deu oportunidade de integrar e conhecer mais os colegas de equipe, tarefa que estava se tornando cada dia mais difícil, devido as responsabilidades e a rotina diária de trabalho.

O psicólogo, comprometido com uma prática transformadora e promotora de saúde deve focar em ações de intervenção que vise a propagar a saúde, diferentemente do início de suas práticas psicológicas, que privilegiava o modelo clínico individual tendo como foco principal o indivíduo e seus problemas. Para isso, precisa conhecer a dinâmica da instituição/comunidade/sujeitos e suas demandas, a fim de se inteirar das problemáticas e especificidade de cada população, favorecendo a interação e valorizando as relações humanas, inaugurando projetos e ações interventivas dentro da realidade de cada comunidade.

Trata-se de um trabalho difícil, de grande responsabilidade e limitado diante do grande número de demandas e do nível de autonomia que a organização pública lhe oferece. Mesmo assim, capaz de gerar resultados satisfatórios e proveitosos, que merecem ser conhecidos e potencializados.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde: conceitos e caminhos a percorrer**. 2. ed. Brasília, DF; 2005.

MIRANDA, Karla Corrêa Lima and BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. **A contribuição de Paulo Freire à prática e educação crítica em enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2004, vol.12, n.4, pp. 631-635. ISSN 0104-1169. doi: 10.1590/S0104-11692004000400008

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez: Autores Associados, 1988.

Agradecimentos

Primeiro à Deus pela força, à prof^{ra}. Letícia Bessa pelo aprendizado e dedicação na construção desse trabalho, a psicóloga Eveline Campos pela parceria e receptividade, aos profissionais que nos receberam permitindo que fosse realizada à pesquisa e a Universidade de Fortaleza pela oportunidade de divulgar nosso estudo e incentivar à pesquisa.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO CONTEXTO DA ENFERMAGEM: REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA CIENTÍFICA

Moábia Suerle Silva Figueiredo – UFCG msuerly@hotmail.com
Daysiane Monnalise Diniz Soares Silva – UFCG
Laura Raquel Araújo de Moraes – UFCG
Samara Silva Gomes – UFCG
Thaise Tavares Gomes Oliveira – UFCG
Francisco de Sales Clementino – UFCG

Palavras-chave: Educação permanente em saúde e Enfermagem.

Resumo

Introdução: as transformações ocasionadas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem a busca de alternativas que caminhem na direção do seu fortalecimento e efetivação de suas propostas. É nesta perspectiva que a educação permanente em saúde (EPS) ocorre de uma nova política para formação e qualificação de recursos humanos em saúde. A educação no trabalho vai além do aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos-trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, valorização, bem como resgatar sua multidimensionalidade. As investigações acerca da educação permanente colaboram para seu aperfeiçoamento ao fornecer subsídios para reflexões que irão possibilitar mudanças nas práticas de atenção à saúde, com enfoque na finalidade, nos instrumentos e nos sujeitos responsáveis pelo cuidado. Dessa forma, emana o interesse pelo estudo. Objetivo: identificar e analisar qual é o estado atual da produção científica, no Brasil, acerca da educação permanente em saúde no contexto da enfermagem. Metodologia: pesquisa bibliográfica conduzida em Agosto de 2014, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Foram selecionados os trabalhos que apresentam, no título, os descritores *educação permanente em saúde* e *enfermagem*. A busca totalizou 1.346 publicações e após o refinamento de critérios de inclusão e exclusão, a amostra resultou em um total de 10 artigos. Conclusão: Considera-se que a educação permanente em saúde tem um potencial transformador e emerge como uma possibilidade para a enfermagem desenvolver suas competências de maneira qualificada. Ainda há um longo caminho a ser construído para sua consolidação, no sentido de produzir mudanças que possam fomentar o alcance ou a aproximação dos princípios do SUS e a qualificando a atenção à saúde.

Introdução

As transformações ocasionadas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) impõem a busca de alternativas que caminhem na direção do seu fortalecimento e efetivação de suas propostas. "No âmbito do trabalho em saúde, um dos aspectos cruciais frente às constantes transformações, trata-se da necessidade de investimento e valorização da formação dos profissionais para atender às necessidades de atenção à saúde da população" (SALUM; PRADO, 2014, p. 302).

De acordo com Salum e Prado (2014) a nova configuração do trabalho, antes tido como trabalho para toda vida, adquire hoje um caráter de transitoriedade que demanda de quem trabalha, além da qualificação, características como iniciativas, cooperação, domínio do processo, competência para prever e eliminar falhas, capacidade de comunicação e de interação com o próprio trabalho e com os demais profissionais e, principalmente, com os clientes.

"Para que isso aconteça, necessita-se investir na contínua educação dos sujeitos, ajudando-os no desenvolvimento de suas capacidades, para que possam tornar-se mais ativos nas instâncias sociais em que convivem" (SILVA et al., 2012, p. 497).

"A preparação de profissionais e estudantes, de acordo com os princípios do SUS, visa romper com a atual organização do trabalho desempenhado nos serviços de saúde, considerando que esse trabalho tem sido realizado de forma fragmentada" (LEITE et al., 2012, p. 595).

Dessa forma, "[...] a educação no trabalho tem sido considerada como instrumento para mudanças e transformações em uma sociedade, apontando alternativas nos modos de produzir saúde de qualidade e maior satisfação de usuários e profissionais" (SALUM; PRADO, 2014, p. 302).

Nesta perspectiva, com o intuito de alimentar os processos de mudança e promover alterações nas práticas dominantes no sistema de saúde, o Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES) adotou política de educação permanente no SUS capaz de enfrentar o desafio de constituir-se em eixo transformador, em estratégia mobilizadora de recursos e de poderes, e em recurso estruturante do fortalecimento do Sistema (BRASIL, 2004).

O conceito de educação permanente em saúde foi inicialmente trabalhado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), nas décadas de 1980 e 1990. No Brasil, foi instituída como política pública em 2004, através da Portaria 198/GM/MS, com a finalidade de formar e capacitar profissionais da saúde para atenderem às reais necessidades da população, conforme os princípios do SUS (BRASIL, 2004).

Segundo Ceccim e Ferla (2009), a EPS fundamenta-se no ensino problematizador e na aprendizagem significativa, onde os problemas presentes na realidade do dia a dia na saúde são o objeto de discussão, análise, reflexão e para os quais se buscam soluções, mudanças, respostas e produção de conhecimento, levando em consideração as experiências, as vivências e os conhecimentos anteriores para a construção de novos conhecimentos.

De acordo com Silva et al. (2012), a educação permanente propõe transformar o profissional em sujeito, colocando-o no centro do processo ensino- aprendizagem. Dessa forma, o conhecimento construído ganha significado para aqueles que atuam nos serviços de saúde, despertando novos conhecimentos, de acordo com as necessidades pessoais e institucionais.

Desse modo, em todas as áreas da saúde, inclusive na enfermagem, o processo de educação permanente em saúde transcende ao aperfeiçoamento técnico, ao possibilitar aos sujeitos trabalhadores buscarem sua autonomia, cidadania, bem como resgatar sua multidimensionalidade, a qual poderia constituir-se como fundamento de desalienação (SILVA et al, 2010, p. 259).

Investigações sobre a EPS têm sido elaboradas em vários contextos, colaborando para seu aperfeiçoamento ao fornecer subsídios para reflexões que irão possibilitar mudanças nas práticas de atenção à saúde, favorecendo, assim, o desenvolvimento pessoal e social dos trabalhadores da saúde.

Nesse sentido, com este estudo objetivou-se identificar e analisar qual é o estado atual da produção científica, no Brasil, acerca da educação permanente em saúde no contexto da enfermagem, disponível nas principais fontes de informação em saúde.

Metodologia

O levantamento da produção acadêmica acerca do tema investigado foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica conduzida em Agosto de 2014, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). Esse portal reúne as principais bases de dados da área da saúde (LILACS,

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

MEDLINE, COCHRANE, SciELO), configurando uma opção abrangente e prática para a pesquisa de artigos disponíveis por meio de acesso *online* e aberto ao público.

Foram selecionados os trabalhos que apresentam, no título, os descritores *educação permanente em saúde e enfermagem*. Dos trabalhos encontrados, se mantiveram apenas os artigos disponíveis como texto completo, publicados entre 2010 e 2014. Foram excluídos os editoriais, cartão ao editor, artigos repetidos em mais de uma base de dados e que não atenderam aos critérios de inclusão. A busca totalizou 1.346 publicações e após o refinamento de critérios de inclusão e exclusão, a amostra resultou em um total de 10 artigos. O processo analítico foi composto, então, por leitura exploratória, seletiva e analítica dos artigos.

Resultados

Discussão

Após a análise dos 10 artigos, foi evidenciado que os mesmos foram publicados em oito revistas científicas da área da saúde, sendo cinco em 2010, nos periódicos a seguir: Revista Trabalho, Educação e Saúde; Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste; Revista da Escola de Enfermagem da USP; Revista Gaúcha de Enfermagem e Revista Brasileira de Enfermagem. Foi publicado um artigo no ano de 2011 na Revista da Escola de Enfermagem da USP, um em 2013 na Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental online e dois em 2014 nas Revistas Texto e Contexto Enfermagem e Mineira de Enfermagem.

Quanto ao enfoque metodológico, todos os arquivos da amostra adotaram uma abordagem qualitativa.

Em relação ao campo de estudo, foi observado que 70% (sete artigos) tiveram suas pesquisas realizadas em contexto hospitalar. 30% (três artigos) com ênfase na atenção básica ou no campo da saúde em geral. Esse percentual ressalta a necessidade de se pensar a educação permanente no ambiente hospitalar. De acordo com Souza et al., (2010) as instituições hospitalares devem buscar a capacitação e o desenvolvimento de seus recursos humanos, pois se observa que o contraste entre necessidades e realidade é bastante acentuado. Nesse contexto, “[...] a Educação Permanente em Saúde apresenta-se como objeto de transformação do processo de trabalho, sendo referida como educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diversos serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população” (BALBINO et al., 2010, p. 250).

No que tange aos temas tratados, os artigos foram categorizados de acordo com os assuntos norteadores. Destacou-se como predominante, nas produções científicas analisadas, a educação permanente como estratégia de promover mudanças no processo de trabalho em saúde. Segundo Salum e Prado (2010) a EPS fundamenta-se em uma das alternativas viáveis de mudanças no espaço de trabalho, em razão de refletir formas diferenciadas de educar e aprender. Os autores ainda acrescentam que no início as capacitações eram centradas unicamente no desenvolvimento de competências técnicas e, recentemente, essa lacuna vem sendo preenchida em decorrência da educação no trabalho enfatizando as capacitações mais problematizadoras e abrangentes, que englobam as demais dimensões, como as competências relacionais/comunicacionais e éticas/políticas.

A percepção dos profissionais de enfermagem acerca da educação permanente em saúde foi a segunda categoria de tema abordado nos artigos analisados. Essa abordagem é relevante porque permite identificar demandas, expectativas e limitações de trabalhadores de enfermagem quanto à realização da EPS e sua eficácia nas instituições prestadoras de serviços de saúde. Balbino et al., (2010) expõe que para a enfermagem, a EPS tem íntima relação com a construção de conhecimentos e atualização, agregando o saber científico àquele que trás consigo a vivência no ambiente de trabalho, componentes necessários para garantir a identidade, tanto do profissional quanto da sua própria profissão.

A terceira categoria de tema observado na amostra trata-se da avaliação de processos de educação permanente em saúde. Segundo Pereira, Barbosa e Vernasque (2014), percebe-se um olhar crítico e reflexivo dos participantes da EPS sobre a organização do processo de trabalho, dentre outros. Ao incorporar o conhecimento, o sujeito incorpora outras significações, ou seja, o saber cotidiano do seu grupo social.

Freire (1987) aponta que a mudança na prática é capaz de acontecer quando o homem capta e compreende a realidade e não está reduzido a um mero espectador ou se posicionando com um objeto cumpridor de ordens.

Conclusão

A Enfermagem encontra-se inserida em um contexto dinâmico na sua atuação profissional, pois são novos conhecimentos, técnicas, leis, mudanças sociais, dentre outros, que surgem a cada dia, e que geram a necessidade de se ter um espaço para refletir sobre o processo de trabalho.

Desta forma, torna-se indispensável à educação permanente em saúde como possibilidade para a enfermagem desenvolver suas competências de maneira qualificada, bem como constituir práticas técnicas críticas, éticas e humanísticas. Trata-se de uma ação estratégica que envolve o quadrilátero: ensino/ gestão setorial / práticas de atenção / controle social.

Ainda há um longo caminho a ser construído para a consolidação da educação permanente em saúde como modelo para formação e qualificação dos profissionais. A expectativa é que haja avanços na produção de conhecimentos, informações e interações na área da saúde, em particular na enfermagem, e, dessa forma, produzir mudanças que possam fomentar o alcance ou a aproximação dos objetivos de universalização, integralidade e equidade, e ao mesmo tempo qualificando a atenção à saúde.

Referências

BALBINO, Aldiana Carlos. et al. Educação permanente com os auxiliares de enfermagem da estratégia saúde da família em Sobral, Ceará. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 2, p. 249-266, jul./out.2010.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcino. Educação Permanente. In: Estágio de Vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto Princípio Educativo. Salvador, 2009.

FREIRE, Paulo. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1987.

LEITE, Maisa Tavares de Souza. et al. Perspectivas de educação permanente em saúde no norte de Minas Gerais. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, 16(4): 594-600, Out./Dez. 2012.

PEREIRA, Franciele Malavazi; BARBOSA Vanessa Baliego de Andrade; VERNASQUE Juliana Ribeiro da Silva. A experiência da educação permanente como estratégia de gestão com os auxiliares de enfermagem. **Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, 18(1): 228-235, Jan./Mar. 2014.

SALUM, Nádia Chiodelli; PRADO, Marta Lenise. A educação permanente no desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 23(2): 301-8, Abr./Jun. 2014.

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. et al. Educação permanente em saúde e no trabalho de enfermagem: perspectiva de uma práxis transformadora. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, 31(3):557-61, Set. 2010.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

SILVA, Luiz Anildo Anacleto da. et al. Desafios na construção de um projeto de educação permanente em saúde. **Rev Enferm UFSM**, Santa Maria, 2(3):496-506, Set./Dez. 2012.

SOUZA, Raquel Costa Rodrigues de. et al. Educação permanente em enfermagem e a interface com a ouvidoria hospitalar. **Rev. Rene, Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 85-94, Out./Dez. 2010.**

Agradecimentos

Ao professor orientador Francisco de Sales Clementino por sua dedicação na orientação e incentivo. Às colegas de sala que apoiaram e incentivaram a evolução da pesquisa. À Universidade Federal de Campina Grande – PB, por disponibilizar recursos materiais para resolução da pesquisa e por proporcionar saberes.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES SURDOS: experiência de acadêmicas de enfermagem em UMA INSTITUIÇÃO DE FORTALEZA

Glória Maria Almeida Oliveira (apresentador) – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC gloriaejo@hotmail.com

Maria Adriana da Silva – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Maria do Socorro Silva do Vale – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Raiza Verônica almeida Barbosa – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Thaissa Pinto Melo - UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Fabiane do Amaral Gubert (Orientador) – UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC

Palavras-chave:surdez, educação sexual, adolescentes.

Resumo

A adolescência se inicia com transformações corporais da puberdade e termina quando o seu crescimento e sua personalidade são consolidados. Um período determinado entre a infância e a vida adulta, caracterizado por mudanças físicas, mentais, emocionais, sexuais e sociais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) os limites cronológicos da adolescência são definidos entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critérios para fins estatísticos e políticos. A adolescência relaciona-se com a passagem da infância para a vida adulta, enquanto a puberdade refere-se às alterações biológicas que possibilitam o crescimento, desenvolvimento e maturação do indivíduo. O crescimento e desenvolvimento são eventos programados, da concepção ao amadurecimento completo, porém determinantes únicos de cada indivíduo e outros ambientais podem induzir modificações nesse processo. Existem poucos estudos realizados sobre sexualidade, adolescência e deficiência. Fazendo uma busca de dados, encontra-se trabalhos realizados pela professora Lorita Pagliuca, que elaborou uma “Cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos”, no estado do Ceará.

Introdução

INTRODUÇÃO: A adolescência se inicia com transformações corporais da puberdade e termina quando o seu crescimento e sua personalidade são consolidados. Um período determinado entre a infância e a vida adulta, caracterizado por mudanças físicas, mentais, emocionais, sexuais e sociais. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) os limites cronológicos da adolescência são definidos entre 10 e 19 anos e pela Organização das Nações Unidas (ONU) entre 15 e 24 anos, critérios para fins estatísticos e políticos. A adolescência relaciona-se com a passagem da infância para a vida adulta, enquanto a puberdade refere-se às alterações biológicas que possibilitam o crescimento, desenvolvimento e maturação do indivíduo. O crescimento e desenvolvimento são eventos programados, da concepção ao amadurecimento completo, porém determinantes únicos de cada indivíduo e outros ambientais podem induzir modificações nesse processo. Algumas das principais transformações da puberdade são o crescimento, as mudanças das características sexuais secundárias e a maturação sexual e as mudanças de composição corporal. A puberdade caracteriza-se pelas mudanças sexuais primárias, que nas meninas referem-se às alterações dos ovários, útero e vagina; e nos meninos, testículos, próstata e glândulas seminais. Nas mudanças sexuais secundárias, nas meninas ocorre o aumento das mamas, surgimento de pelos pubianos e axilares e nos meninos, o aumento da genitália, pênis, testículos, bolsa escrotal, além do aparecimento dos pelos pubianos, axilares, faciais e mudanças do timbre da voz. A maturação sexual ocorrida no período da adolescência é mais bem definida e avaliada por Tanner, que considera etapas do desenvolvimento de meninas e meninos. Os estágios de Tanner vão de um a cinco para avaliação do desenvolvimento das mamas nas meninas e do desenvolvimento da genitália nos meninos e o desenvolvimento de pelos pubianos em meninos e meninas. Para o sexo feminino, o marcador inicial do crescimento é o surgimento do broto mamário, já para os meninos o marcador inicial é o aumento da genitália. Diversos determinantes podem alterar a maturação sexual, alguns endógenos ou genéticos e outros exógenos ou ambientais, como o nível socioeconômico, hábitos alimentares e grau de atividade física. A resultante dessas influências determinam o período de surgimento da maturação sexual e suas variações individuais. Diante do exposto observa-se que a literatura mostra que a visão das pessoas sobre a sexualidade das pessoas com deficiência é ambígua. De um lado está a pessoa com deficiência assexuada, encarada como uma eterna criança; e de outro lado está a pessoa com deficiência hipersexuada, selvagem, e desprovida de afetividade (Giami & Dallones, 1984; Glat, 1989, 1992; Pinel, 1993). Entre as pessoas com deficiências, os surdos formam um grupo que apresenta uma característica específica com relação à comunicação. A pessoa surda, em função da necessidade do uso da Língua de Sinais para interagir comunicativamente, tem acesso mais restrito às informações culturais, já que a maior parte das mesmas é veiculada oralmente. Cursino et al. (2006) perceberam a falta de informações consistentes e a inabilidade de jovens surdos, em lidarem com as questões gerais da sexualidade, e realizaram um trabalho de orientação sexual. Foucault (1979) argumenta que saber e poder se implicam mutuamente, não existindo relação de poder sem constituição de um campo de saber; como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. A família e posteriormente a escola exercem um grande poder sobre o surdo, por deterem o saber do ouvir e do falar, em outras palavras, uma das funções destas instituições é traduzir o mundo sonoro para o surdo. O poder dos ouvintes de traduzir o mundo sonoro é, de certa maneira, incomensurável, pois podem traduzir todas as informações do mundo sonoro ou apenas aquelas que acharem convenientes ou necessárias. Como o sexo historicamente não parece ser considerado nem conveniente nem necessário, principalmente para as pessoas com deficiências, podemos imaginar então que as informações sexuais são censuradas de uma maneira mais exagerada para o surdo. Além disso, seu acesso aos meios de comunicação de massa e aprendizado incidental é mais restrito, dificultando a aquisição de informações "extra-oficiais". Com relação às famílias temos que levar em consideração também que muitas delas possuem conceitos extremamente rígidos em relação ao sexo. É comum não se falar em sexo nem com os filhos sem comprometimentos, então, não se pode exigir que essas famílias tenham "um papo aberto" sobre sexualidade com seus filhos surdos. Por um lado, muitas das famílias, como já comentado, não desenvolvem uma comunicação fluente com seus filhos, utilizando um conjunto de gestos e palavras oralizadas que não dão conta das necessidades de abstração, reflexão e construção de conhecimento. Sem contar que, pelas adversidades da vida, muitas pessoas não possuem realmente as informações adequadas para passar a seus filhos, reproduzindo apenas aquilo que aprenderam com seus pais. Esta desinformação dos pais é explicada por Mendonça(1993): Cabe, portanto, à escola ser mais propositiva com relação à orientação sexual de pessoas surdas. As propostas de orientação sexual devem levar em consideração a necessidade que pessoas surdas têm de interlocutores fluentes em Língua de Sinais e que tenham condições de discutir sexualidade numa linguagem acessível e despida de preconceitos e tabus. Como comenta Moukarzel (2003), “a fala dos alunos demonstra a necessidade de mudança de foco na propositura da educação sexual recebida, instigando as escolas ao desafio de buscar, com as famílias, novas perspectivas conceituais e científicas, recusando o sectarismo das concepções tradicionais” (p. 166).

Metodologia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Estudo descritivo, do tipo estudo de caso, realizado junto a 6 adolescentes de 12 a 16 anos, de uma escola para surdos de Fortaleza em 2013. A atividade contou com educação em saúde mediada por intérprete de línguas Libras acerca das temáticas: cuidado com o corpo, prevenção de DST Aids e uso do preservativo masculino e feminino.

Resultados

Foi realizado contato com a instituição e sua diretoria sobre a possibilidade de se realizar uma estratégia de saúde/educação, por acadêmicas de enfermagem, com alunos da mesma. Durante visita inicial também houve comunicação á professora da turma sobre nossa proposta que logo foi aceita, sendo relatado por ela a necessidade, por parte de seus alunos, de atividades como a que nos propomos a realizar. O grupo atendido foi composto por seis alunos, três meninos e três meninas, com idade entre 12 e 17 anos, surdos que se comunicam através da língua de sinais Libras. Ocorreu no período da tarde, na própria sala onde eles têm suas aulas diárias, com a participação da professora bilíngue e a colaboração de um intérprete em Língua de Sinais Libras, da própria instituição. A princípio observamos que os adolescentes se apresentavam tímidos em relação ao tema abordado pela equipe de acadêmicas de enfermagem, inclusive foi percebida essa timidez durante o desenho do corpo humano e dos órgãos genitais, onde as meninas ficaram mais retraídas que os meninos. Com o decorrer do tempo, as explicações dadas, a seriedade observada, a timidez foi se dissipando e mostraram-se receptivos às informações passadas com naturalidade por todas, e sentiram-se á vontade para tirar dúvidas que tinham ou que surgiam no processo, bem como para participarem ativamente. Com essa atividade pudemos perceber o quão se faz necessária a atuação do profissional de enfermagem na orientação e educação desses jovens, pois como nos foi passado pela professora desses alunos, eles são bastante carentes de informações sobre saúde sexual e reprodutiva. Fato evidenciado pela falta de diálogo entre os pais e os filhos, tanto pelo fato da dificuldade de comunicação, bem como pela própria falta de informações dos pais. Através de questionamentos e busca em banco de dados, pode-se perceber em um artigo os seguintes questionamentos que se aplicam bem à realidade vivida: *“os adolescentes surdos teriam um comportamento mais imaturo e problemático do que os demais adolescentes? As dificuldades dos adolescentes surdos na vivência da sexualidade seriam mais graves? Eles tem condições de compreender o que estão fazendo?”* (BISOL, 2008). Existem poucos estudos realizados sobre sexualidade, adolescência e deficiência. Fazendo uma busca de dados, encontra-se trabalhos realizados pela professora Lorita Pagliuca, que elaborou uma “Cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos”, no estado do Ceará. Em outros artigos pesquisados, pode-se comprovar a pouca preocupação com a educação da sexualidade dos jovens surdos, considerando-os como pessoas assexuadas, que não despertam tão cedo para a sua sexualidade, estigmatizados pela sua deficiência, tem-se um olhar diferenciado para eles. O que não condiz com a realidade, pois são constatados em vários estudos, que os jovens com deficiência, muitas vezes têm sua sexualidade exacerbada e aflorada, mais que os jovens sem deficiências. Em pesquisa realizada na França, pelo Instituto Nacional de Saúde e Pesquisas Médicas, se comparou o comportamento sexual de adolescentes com algum tipo de deficiência ou doença crônica e o comportamento de jovens saudáveis, e se constatou que por vezes, aqueles tem atividade sexual mais intensa que os saudáveis, fato atribuído talvez, ao desejo de ser igual aos outros.

Conclusão

Quando surgiu a oportunidade de desenvolver uma estratégia educativa com alunos surdos de uma instituição de ensino surgiram novas sensações, dúvidas e anseios do que teríamos de enfrentar, das dificuldades da linguagem e comunicação. Tínhamos em mente o que pretendíamos desenvolver, as informações que desejávamos passar para esses jovens, surgiram indagações do tipo: “Conseguiríamos passar as informações de forma que eles pudessem entender?”, “Como seria a receptividade?”, “O que poderíamos ou não passar para eles?”. Dúvidas essas devido ao fato de ninguém ter conhecimento da língua de sinais Libras, e por se perceber a necessidade do profissional de saúde necessitar desse conhecimento. Na execução da estratégia, pudemos ser auxiliadas pela professora bilíngue dos alunos e por um intérprete em Libras, que facilitou e intermediou nossa comunicação com esses alunos surdos. Ultrapassada essa barreira, a sensação de um trabalho bem desenvolvido, da mensagem passada e captada, foi nos aliviando um pouco, pois á medida que transcorria, os alunos mostravam-se receptivos e participativos, colocando para nós os conhecimentos que eles já tinham sobre o assunto, colocando suas dúvidas querendo esclarecê-las, perguntando ativamente. Quebrando o gelo inicial. Através dessa experiência, nós como acadêmicas de enfermagem e futuras profissionais, pudemos perceber o quanto é preciso desenvolver atividades para o público surdo, o quanto é necessário ter conhecimento da língua de sinais libras, para melhorar nossa comunicação e assistência em enfermagem para este grupo, sejam crianças, adolescentes, adultos, idosos. Como nossa missão é bem atender, bem cuidar, ter essa preocupação com a boa comunicação com o nosso público a ser assistido, também deve ser uma preocupação, tanto do acadêmico, quanto do profissional de enfermagem, desde os bancos da academia, pois nós não escolhemos a quem vamos prestar nossa assistência. E aí? Deixaremos de prestar um excelente serviço de enfermagem por falta de comunicação?

Referências

- ALEXANDRE, LBSP. Epidemiologia aplicada nos serviços de saúde. São Paulo, Martinari. 310p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades / Ministério da Saúde.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica. Brasília, 2003.
- BRITO A.M., CASTILHO E.A., SZWARCOWALD C.L. Aids e infecção pelo HIV no BRASIL: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 34(2); 2007-217.
- BISOL, C.A. Adolescer no contexto da surdez: questões sobre a sexualidade. [Doutorado]. Porto Alegre, 2008.
- EISENSTEIN E. Adolescência: definições, conceitos e critérios. Adolesc Saude. 2005;2(2):6-7.
- GOMES, V.L.O, AMARIJO, C.L, CAZEIRO, C.C., COSTA J.E.S. Conhecimento, acerca da consulta ginecológica para adolescentes, produzido no campo da medicina. Adolescente Saúde.Rio de Janeiro, v. 8, n. 4, p. 48-54, out/dez 2011
- LEBEDEF, T.B. Surdez e sexualidade: uma discussão sobre a necessidade de empoderamento linguístico e acesso à informática.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/>. Acesso em 8 de dez. 2013.
- ROCHA, F.S., FERREIRA, M.A.B. O que dizem sobre surdos e sexualidade.
- SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- SOUZA, Claudia Teresa Vieira de. Características sócio demográficas, comportamentais e vulnerabilidade à infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em homens que fazem sexo com homens do "projeto Rio". [Doutorado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001. 50 p.
- SOUSA, R.A., PAGLIUCA, L.M.F. Cartilha sobre saúde sexual e reprodutiva para surdos como tecnologia emancipatória: relato de experiência. Revista RENE. Fortaleza v.2, n.2, p. 80-86, jul./dez. 200.
- VIEIRA, R.B., MACHADO, M.F.A.S., BEZERRA, I.M.P. Atenção à saúde do adolescente: pouca oferta ou baixa procura? - Departamento de Enfermagem / URCA, CE, Brasil.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Gostaríamos de agradecer à instituição que nos proporcionou a oportunidade de realizar este trabalho junto de seus alunos, na pessoa da diretora e professora da turma que foram muito importantes para a concretização. Agradecemos também à nossa professora que nos orientou desde a idealização até a realização e nos condicionou a aplicarmos a teoria na prática.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCOMUNICAÇÃO SOCIOAMBIENTAL: PROMOVENDO A QUALIDADE DE VIDA E A PARTICIPAÇÃO SOCIAL.

Paula Alexandra Reis Bueno – Universidade de São Paulo, Faculdade de Educação, São Paulo (SP), Brasil. Correspondência: paula.reis@usp.br

Roberto Eduardo Bueno – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Saúde e Biociências, Curitiba (PR), Brasil.

Simone Tetu Moysés – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Escola de Saúde e Biociências, Curitiba (PR), Brasil.

Marcia Faria Westphal – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, São Paulo (SP), Brasil.

Palavras-chave: Educomunicação Socioambiental. Participação Social. Qualidade de Vida. Determinantes Socioambientais. Agenda 21.

Resumo

Objetiva-se apresentar o resultado de análises sobre o efeito de ações de Educomunicação Socioambiental, no desenvolvimento da Agenda 21, na cidade de Cascavel, no estado do Paraná, região sul do Brasil. Relataram-se algumas experiências de como essas ações aconteceram na prática cotidiana, seus impactos e dimensões socioambientais. As informações obtidas através de entrevistas semiestruturadas realizadas com pessoas envolvidas na Agenda local foram apreciadas a luz de uma análise temática. Verificaram-se aproximações com a criação de ecossistemas comunicacionais dialógicos, abertos e criativos. Reconstituindo os processos sociais e refletindo sobre os significados das experiências concretas estabelecidas com indivíduos e destes com os contextos das cidades, percebeu-se que as ações de Educomunicação Socioambiental mobilizaram a comunidade, influenciaram as redes sociais, os comportamentos assumidos, a dinâmica ambiental e a economia local, promovendo a qualidade de vida e a participação social.

Introdução

A perspectiva de um trabalho com metodologias participativas e problematizadoras está no cerne das discussões da Educomunicação Socioambiental. Esta nomenclatura foi empregada pelo Departamento de Educação Ambiental do Ministério do Meio Ambiente (DEA/MMA) quando formulou o “Programa de Educomunicação Socioambiental” inserindo as questões da relação comunicação, educação e sustentabilidade num contexto de políticas públicas (Brasil, 2005a).

Depois do “Programa de Educomunicação Socioambiental” foi implantado o “Programa Nacional de Formação de Educadoras(es) Ambientais: por um Brasil educado e educando ambientalmente para a sustentabilidade – ProFEA” (Brasil, 2005 b). A metodologia deste programa previu um conjunto de procedimentos entendidos didaticamente em 4 processos educacionais: Formação de educadores ambientais; Educomunicação socioambiental; Educação por meio de escolas e outros espaços – Estruturas Educadoras; e a Educação em foros e colegiados.

O documento técnico do ProFEA definiu educomunicação como sendo o envolvimento nas várias dimensões do contato entre educação, comunicação e cultura, favorecendo a promoção e participação de ações comunicativas e comunicadoras.

Fomentar processos de comunicação, promovendo ecossistemas comunicacionais, faz-se possível pelo acesso à informação e aos seus bens culturais aliados a participação da criação e gestão dos meios de comunicação, assim como pela interação social significativa e engajamento coletivo. Isto pode fortalecer as vias de reflexão e ação social, para a construção da cidadania rumo a uma sociedade mais saudável e sustentável, assim estimulando a participação social.

O presente texto propõe uma reflexão baseada na análise de falas de entrevistados que estiveram envolvidos no desenvolvimento do ProFEA na região da Bacia do Paraná III, mais especificamente no município paranaense de Cascavel. O objetivo deste estudo é responder às seguintes questões de pesquisa: Como foram desenvolvidas as ações relacionadas às políticas de Educomunicação Socioambiental na prática cotidiana? Quais as dimensões sociais destas ações? Quais os reflexos para a comunidade local deste tipo de abordagem político-social? Estas e outras questões emergiram num contexto onde se avaliava os resultados do processo de implantação e desenvolvimento da Agenda 21 no município de Cascavel.

Metodologia

A pesquisa multicêntrica¹ intitulada “Saúde e desenvolvimento local: progressos em relação aos objetivos do milênio relacionados à saúde, nas cidades brasileiras que desenvolvem agendas sociais” - coordenada pelo Departamento de Prática de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (USP), que teve o objetivo de identificar o quanto as agendas sociais vêm impactando as condições de vida e saúde da população em municípios brasileiros - foi o “pano de fundo” desta análise localizada no município de Cascavel. A metodologia desta pesquisa multicêntrica e avaliativa foi dividida em três fases: Fase I – mapeamento das agendas sociais; Fase II – estudo retrospectivo, comparativo com dados secundários de várias fontes; Fase III – estudo de casos, de caráter qualitativo, de municípios de diferentes portes populacionais, com agenda e com melhores resultados em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODM. (Westphal *et al.*, 2009, p. 7)

Durante a Fase III da referida pesquisa, atores envolvidos com o desenvolvimento de agendas sociais em municípios caso selecionados, foram entrevistados para verificação de quais processos, princípios e valores assumidos pela administração favoreceram o desenvolvimento local e a melhoria das condições de vida e saúde da população. A técnica utilizada foi de entrevistas individuais semiestruturadas, coleta de material documental e observações de campo.

Ao se realizarem as entrevistas com atores sociais do município de Cascavel/PR, verificou-se que a Agenda 21 constituiu-se em convergências com propostas do Programa Nacional de Formação de Educadores Ambientais (ProFEA) e foi muito recorrente afirmações de que a educomunicação causou impactos positivos na dinâmica social da cidade. Desta forma, se realizou uma análise de como a educomunicação influenciou na construção de uma sociedade saudável e sustentável em um dos municípios selecionados na fase III da pesquisa multicêntrica citada anteriormente.

Assim, a reflexão que se segue usou a metodologia da análise temática, a partir das falas de 11 entrevistados que estiveram diretamente envolvidos no desenvolvimento do ProFEA/Agenda 21 na região da Bacia do Paraná III, no município de Cascavel/PR.

Para a seleção dos sujeitos da pesquisa foi contatada a Prefeitura do município e solicitado os nomes dos responsáveis pela coordenação da Agenda 21. Os três sujeitos indicados pela prefeitura foram entrevistados e na última questão era solicitado que indicassem outro “ator-chave” no desenvolvimento da agenda local para também serem entrevistados. Com 11 entrevistas esgotaram-se os nomes indicados.

Após a transcrição das entrevistas e leitura do material empírico, verificou-se a repetição de falas na perspectiva de ações de Educomunicação Socioambiental. As falas foram organizadas em 3 unidades temáticas: a) Envolvimento dos grupos com os meios de comunicação; b) Ações promotoras de Educomunicação Socioambiental; e c) Impactos socioambientais percebidos pelos sujeitos.

Assim, buscou-se reconstruir os processos sociais e atribuir significados teóricos às experiências concretas estabelecidas com indivíduos e destes com os seus contextos de vida.

¹ A pesquisa foi financiada pelo CNPq número do processo 409821/2006-3.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados e Discussão

O engajamento com os meios de comunicação para mobilização social e educação socioambiental

A primeira unidade que se apresenta nesta análise relaciona-se à mobilização social por meio das mídias. Os 11 entrevistados citaram o chamamento público e a importância das parcerias com os meios de comunicação e informação para a mobilização de pessoas para os programas, favorecendo a participação social. A mobilização para a participação em fóruns e debates é um importante passo para fomentar a criação de ecossistemas comunicacionais. Além das mídias auxiliarem no processo de mobilização social, durante o período de desenvolvimento do ProFEA em Cascavel, houve uma abertura desses veículos para a comunidade:

(Ent. E.) ...a inserção na mídia foi assustadora... a gente colocou durante um ano, num programa de TV aberta, no horário nobre, 15 minutos de dicas ambientais por semana. Durante dois anos e meio tivemos um programa de rádio a custo zero... reportagens de jornais são mais de 50.

Os educadores ambientais conseguiram intervir na programação das mídias, por meio das produções geradas, e ao mesmo tempo, aprenderam sobre os princípios e técnicas das tecnologias da comunicação e da informação.

O Envolvimento de Redes Sociais com a Educomunicação Socioambiental

Viezzer *et al.* (2007) afirmam que no desenvolvimento do ProFEA na Bacia do Paraná III aconteceu uma oficina de educomunicação, realizada em 2007, pelo Núcleo de Comunicação e Educação (NCE), da Escola de Comunicações e Artes, da Universidade de São Paulo (ECA/USP), que orientou para a criação e alimentação de espaços e estruturas de educomunicação, como banco de dados, de imagens, videoteca, comunicação eletrônica, conexão a partir da alimentação de sites, e participação em eventos e outros meios de comunicação. Viezzer afirma que essa oficina, assim como todas as reflexões que se realizavam sobre a temática, levou o grupo a buscar formas de ocupar espaços comunicativos que potencializassem a voz de educadores ambientais, por meio das mídias, assim como a consciência do desafio de construir uma sociedade capaz de informar-se e comunicar-se na perspectiva da sustentabilidade socioambiental.

Em junho de 2006 a ONG Uru, imprimiu a primeira edição do jornal Teia Ambiental, um espaço voltado para as ações ambientais dos mais diversos segmentos. Nesta primeira edição houve matérias sobre assoreamento de lagos, reciclagem de lixo, projetos ambientais diversos que estavam acontecendo na cidade de Cascavel e uma matéria sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Em parceria com o curso de Comunicação Social da Faculdade Assis Gurgacz, a ONG Uru também criou o jornal “Eu Reciclo: Informação Sócio-Ambiental para Todos”. Segue uma fala que conta a experiência dessa gestão da tecnologia da informação:

(Ent. D.) ...os alunos fizeram cartinhas, falaram do jornal, falaram das editorias, e mandaram pro jornal, que editou respondendo, assim como outros colégios usaram do jornal como referência, assim como outras empresas... os alunos levavam pra casa, muitos agricultores, pequenos agricultores que nem sabiam ler, os filhos liam para eles...

Outra ação de educomunicação relatada nas entrevistas foi a confecção de sacolas plásticas com uma impressão para identificação do tipo de material reciclável (papel, plástico, metal, e vidro). Partindo da verificação que o município tinha a cultura de utilizar as sacolas de supermercado para descarte do lixo doméstico, a ONG Uru, em parceria com instituições diversas, lançou o projeto “Eu Reciclo”, que personalizou o verso de uma parte das sacolas dos supermercados da cidade com uma tabela onde as pessoas poderiam marcar o tipo de lixo que seria descartado em seu interior. As sacolas com essa impressão não eram recolhidas pelo caminhão de coleta comum. E na impressão também continha o telefone da associação “Adote um Catador”, que quando contatada enviava um catador de material reciclável, para recolher os resíduos domésticos.

(Ent. A.) educação ambiental através das sacolas de mercado... aqui em Cascavel é uma cultura das pessoas utilizarem a sacola de mercado pra descartar seu resíduo... houve parceria com 26 instituições a UMASSIC, CDL, OAB, SANEPAR, Defesa Civil, enfim, uma gama de universidades participou, e conseguimos desenvolver um simpósio...

Houve também a criação do site: www.ecoeducar.com.br, do grupo Ecoeducar: informação educativa, formado por alunos do Colégio Estadual Padre Carmelo Perrone. No site pode-se conhecer a história do grupo, ler artigos interessantes na área de educação ambiental, conhecer as novidades tecnológicas, ler o “jornaleco” da escola, conhecer outros projetos que estão em desenvolvimento. Muitas das ações desenvolvidas durante o programa foram apresentadas em eventos, congressos e concursos:

(Ent. S.) o projeto da horta ficou classificado entre as quatro melhores do Estado... nós mandamos nove projetos pro Cultivando Água Boa, organizado pela Itaipu, sete foram expostos...

As ações de educomunicação socioambiental que aconteceram em Cascavel envolveram também o teatro.

(Ent. N.) tem um ônibus... que leva estes teatros até as escolas, foram distribuídas mais de 20.000 cartilhas: “O Mundo Orgânico”, com uma peça de teatro: “A Matilha”...

Na metodologia utilizada pela Itaipu Binacional nos fóruns de debates para se estabelecer as metas da Agenda 21 para cada região, foi disponibilizado “O Muro das Lamentações”, que foi uma espécie de mural, com aparência de um muro de tijolos, onde as pessoas fixaram suas preocupações, percepções do que “não ia bem” no município com relação às questões ambientais. Em seguida os participantes escreveram suas expectativas futuras em relação às preocupações apresentadas, suas “esperanças” e fixaram num outro mural, que teve um formato de árvore, esta etapa foi chamada de “A Árvore da Esperança”. Finalmente foram discutidas quais estratégias seriam capazes de proporcionar o bem almejado, esta etapa chamou-se “O Caminho Adiante”. Após essas reuniões foi escrito um documento, onde as pessoas fizeram um pacto com o compromisso de realizar as ações estabelecidas nos encontros. Esse documento foi chamado “Carta do Pacto das Águas”, produzido coletivamente, com alto teor informativo, ilustrativo e educativo.

(Ent. N.) então eles fazem o muro das lamentações, a árvore da esperança, e o caminho adiante... e nesse dia foi uma grande festa aonde toda a comunidade participou, foi feito um bolo com o desenho daquela micro-bacia, então foi feito uma mística da carta terra, aonde os agricultores participaram, eles levam água da mina, da sanga ou da cabeceira, do meio, a gente vai vendo que a água vai cada vez mais suja, é ensinar a eles o valor que aquela água tem...

Neste exemplo citado verifica-se a efetivação do efeito educativo da comunicação em educação. Segundo Kenski:

O ato da comunicação em educação é um movimento entre pessoas que possuem em comum a vontade de ensinar e aprender [...] a intercomunicação humana, nos processos educacionais, podem ocorrer em qualquer lugar, a qualquer momento [...] levam as pessoas

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

a aprender não apenas conteúdos, mas valores, sensibilidades, comportamentos e práticas em múltiplos e diferenciados caminhos. (KENSKI, 2008, p. 650).

O Colégio Estadual Wilson Joffre também apresentou uma série de ações de educomunicação socioambiental. Desde a formulação da Agenda 21 escolar, com fóruns e debates, mural informativo, composição de jingle, elaboração de adesivos, folders, panfletos, pedágios informativos, entre outros.

(Ent. L.) da praça ecológica nós colocamos então os alunos para fazer um abaixo assinado e foram recolhidas mais de 3000 assinaturas, que foram encaminhadas então ao poder público para uma tomada de decisão... nós fizemos o plantio das Araucárias, elas são monitoradas on-line... e colamos adesivos nas torneiras para evitar o desperdício...

No envolvimento com as mídias os educadores ambientais exerceram criatividade, dialogaram com a comunidade para selecionar e/ou preparar as matérias, e conseguiram se inserir no contexto profissional das tecnologias de comunicação e informação. Na divulgação dos projetos buscaram formas criativas para as apresentações, exerceram a capacidade comunicativa, permitiram o diálogo por meio das perguntas e interação dos participantes. No desenvolvimento das ações criaram redes sociais e formas de se lidar com problemáticas próprias (como o caso dos catadores de materiais recicláveis), engajaram-se na gestão comunicativa com a criação do site e elaboração de peça teatral.

Os Impactos Socioambientais

A relevância das ações de educomunicação socioambiental impactou a sociedade investigada. No Colégio Estadual Wilson Joffre, por exemplo, foi montada uma estufa para produzir mudas de árvore, ela foi construída num canto onde ficavam entulhos. O local foi organizado em dois espaços: um para separação de lixo reciclável, e outro para o cultivo das mudas que, posteriormente, foram utilizadas na recuperação da mata ciliar de uma área no entorno da escola.

O projeto foi crescendo, agregando alunos. Ampliaram a estufa e em 2009 havia plantas medicinais, flores, árvores frutíferas e até plantas ameaçadas de extinção. Criaram uma área para compostagem de lixo orgânico, um museu de objetos antigos, aquecedor solar, e estão construindo uma cisterna para reaproveitamento da água da chuva. As ações do colégio envolveram toda a comunidade, o impacto socioambiental foi muito significativo, desde mudanças de comportamento com manejo mais sustentável dos recursos naturais, a organização para recebimento dos resíduos recicláveis da comunidade local.

Outra iniciativa de impacto socioambiental foi o projeto “sabão solidário” do grupo Ecoeducar, descrito no site www.ecoeducar.com.br. Além de prevenir que o ambiente fosse poluído pelo óleo de fritura, o projeto gerou renda, criou redes sociais e impactou na dinâmica da economia local.

A dimensão social dessas ações, o sentimento de conforto por pertencer a um grupo, a construção de identidade, a criação de redes sociais, também foram verificadas:

(Ent. A.) porque a gente era um grupo, mesmo que a gente pertencesse à entidade A ou B ou enfim, a gente era unido sabe, íamos junto, voltávamos junto...

Estes foram alguns dos impactos socioambientais que o município de Cascavel presenciou com o desenvolvimento do ProFEA, Agenda 21 e seus desdobramentos. Observou-se que nesse processo a Educomunicação Socioambiental teve a importante missão de fazer a ligação dos educadores com a sociedade civil, e também permeou as ações coletivas rumo à construção de uma sociedade participativa, saudável e sustentável.

Conclusão

Reconstruindo os processos sociais, e refletindo sobre os significados das experiências concretas estabelecidas com indivíduos e destes com os contextos da cidade, percebe-se que as ações de educomunicação socioambiental tiveram relevância para os sujeitos envolvidos, assim como para o fortalecimento das estruturas sociais.

A educomunicação se concretizou tanto na construção do discurso como na interpretação dele. Os indivíduos apropriaram-se de diferentes tecnologias para a transmissão de mensagens ecológicas e promoção de uma sociedade mais participativa, saudável e sustentável. Alcançaram uma penetração nas mídias e estabeleceram inter-relações com elas que permitiram o desenvolvimento da metodologia do “aprender fazendo”, ou seja, ao mesmo tempo em que intervinham nas programações midiáticas locais, aprendiam sua forma de funcionamento, os métodos e técnicas da linguagem midiática. Esta penetração também demonstrou o reconhecimento da importância dos meios na sociedade contemporânea.

Os impactos socioambientais interferiram positivamente na estrutura social da cidade. Houve interações entre órgãos, mudanças na economia local, mudanças de comportamentos em relação ao ambiente e a saúde, surgimento de projetos ambientais diversos e em espaços alternativos, surgimento e fortalecimento de redes sociais.

As dimensões sociais envolvidas na educomunicação socioambiental transitaram entre a formação e/ou fortalecimento de redes sociais, conforto de pertencimento a um grupo, e construção de identidade ética e cidadã.

Na prática cotidiana, as políticas de educomunicação socioambiental constituíram-se em articulações fundamentais para o bom funcionamento dos programas e projetos ambientais e de promoção da saúde, comprovando que a comunicação é um fator primário da existência da sociedade.

Os ecossistemas comunicacionais foram estratégias efetivas de processos sociais que modificaram situações de Controle Social e que promoveram a Qualidade de Vida dos sujeitos envolvidos. Isto fez com que as experiências vivenciadas fossem significativas, em nível individual e coletivo, influenciando positivamente na construção de uma sociedade mais cidadã, saudável e sustentável.

Referências

ÓRGÃO GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL. **Programa de educomunicação socioambiental**. Brasília: MMA, Jan/2005. Documento Técnico-2.

ÓRGÃO GESTOR DA POLÍTICA NACIONAL DE EDUCAÇÃO AMBIENTAL. **Programa Nacional de Formação de Educadoras (es) ambientais-ProFEA**. Brasília: MMA, Jun/2005. Documento Técnico-8.

KENSKI, V. M. Educação e comunicação: interconexões e convergências. **Educação & Sociedade**. Campinas, v. 29, n. 104-Especial, p. 647-665, out. 2008. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/es/v29n104/a0229104.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

SOARES, I. O. Comunicação/Educação: A emergência de um novo campo e o perfil de seus profissionais. In: **Contato**: revista brasileira de comunicação, arte e educação, Brasília, ano 1, n.2, p. 19-74, jan./mar. 1999.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

VIEZZER, M. et al. **Círculos de aprendizagem para a sustentabilidade**: caminhada do coletivo educador da bacia do Paraná III e entorno do parque nacional do Iguaçu 2005-2007. Foz do Iguaçu: ITAIPU Binacional; Ministério do Meio Ambiente, 2007.

WESTPHAL, M. F. (Cord.) et al. **Saúde e desenvolvimento local**: análise dos progressos em relação aos objetivos do milênio relacionados à saúde nas cidades brasileiras que desenvolvem agendas sociais. São Paulo: FSP/USP, jun/2009. 145 p. Relatório Técnico de Pesquisa Multicêntrica, CNPq nº 409821/2006-3.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq (Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico) pelo apoio financeiro ao projeto (processo 409821/2006-3).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EFEITO AGUDO DO EXERCÍCIO RESISTIDO ISOMÉTRICO DE SUJEITOS NORMOTENSOS ATIVOS SAUDÁVEIS

Carlos Alberto da Silva (apresentador) – Instituto de Educação Física e Esportes - IEFES, Universidade Federal do Ceará – UFC (carlosas@ymail.com)

Ricardo Pereira e Silva – Instituição

Victor Fernando Tavares Erberelli – Stúdio Master Fitness Academia

Fabiano Stefanini – Stúdio Master Fitness Academia

Marcos Rocha Lima – Stúdio Master Fitness Academia

Palavras-chave: Exercício Resistido Isométrico. Pressão Arterial. Risco Cardiovascular.

Resumo

Introduction: A doença cardiovascular é a principal causa de morbidade e mortalidade em pacientes com hipertensão arterial. O exercício físico de cardiorespiratório ou endurance e o resistido, tem feito parte do tratamento da hipertensão arterial, bem como, de outras co-morbidades. Especificamente, o exercício resistido isométrico (IRE) tem sido bastante utilizado nos dias atuais, principalmente em ambientes para a saúde, como em academias. Fato importante é se o IRE pode potencializar o aumento da pressão arterial (BP) e da frequência cardíaca (HR) agudamente, colocando-os em risco cardiovascular.

Objective: Avaliar o efeito de diferentes protocolos de IRE, na BP, em sujeitos normotensos ativos saudáveis.

Methods: Vinte e quatro sujeitos normotensos saudáveis, fisicamente ativos, realizaram uma sessão de exercício físico isométrico envolvendo três grupos com diferentes cargas de trabalho, em baixa intensidade (LI), moderada intensidade (MI) e alta intensidade (HI). Aferiu-se a frequência cardíaca continuamente com cardiofrequencímetro e a BP foi verificada ao final de cada execução e nos intervalos entre as séries por meio do método auscultatório.

Results: O efeito agudo do IRE foi consideravelmente maior na pressão arterial sistólica (SBP) quanto maior era a intensidade (LI repouso 113,1±10,6mmHg e no pico do exercício 158,1±20,2mmHg; MI repouso 122,8±13,4mmHg e no pico de exercício 181,0±20,2mmHg; HI repouso 19,0±14,3mmHg e no pico de exercício 195,0±22,8mmHg; p < 0,01).

Conclusions: IRE de alta intensidade aumenta a BP de sujeitos normotensos ativos saudáveis, comparado com IRE de baixa ou moderada intensidade.

Introdução

As doenças cardiovasculares (DCV) são as principais causas de morbidade e mortalidade (1). A hipertensão é um fator de risco estabelecido para o desenvolvimento da DCV, destacando sua incidência aumentada pela idade (2). O exercício resistido dinâmico (DRE) (3,4) ou o exercício resistido isométrico (IRE) (5-7) tem sido utilizado no tratamento da hipertensão arterial, com bons resultados como efeito crônico (a longo prazo). Embora isso, ainda não está claro o impacto de uma sessão de IRE na pressão arterial (BP), ou seja, seu efeito agudo.

Conforme Hagberg et al. (2000) a um receio de que este tipo de exercício aumente a BP, além de não ser um exercício que melhore condicionamento físico tal como o exercício de endurance aeróbia que gera um aprimoramento do sistema cardiorespiratório e reduzindo BP e heart rate (HR) de repouso. O'Hare e Murnaghan (8) destacam os riscos do IRE em sujeitos com função cardiovascular comprometida, como em idosos, ou potencialmente comprometida, como na disfunção ventricular esquerda, DCV propriamente dita, cardiomiopatia idiopática, dilatação da Aorta (Aneurisma), e outras, embora IRE diminui BP cronicamente (9).

Esse espectro torna-se mais importante segundo Chrysant (10) porque recentemente tem aumentado a busca por uma melhora no condicionamento físico pela utilização de IRE, sendo estes realizados por muitas pessoas em centros de saúde e fitness ou em casa, independentemente dos níveis de BP.

Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de diferentes protocolos de IRE, na BP de sujeitos normotensos saudáveis.

Metodologia

Sujeitos

Foram estudados 24 sujeitos saudáveis, normotensos, do sexo masculino, com idade entre 20 e 40 anos, fisicamente ativos (pelo menos 3 meses antes da intervenção), sem cafeína e álcool 12 horas antes da intervenção. Este estudo foi conduzido no Laboratório de Atividade Física e Saúde – LAFIS, do Instituto de Educação Física e Esportes – IEFES, da Universidade Federal do Ceará – UFC, Brasil. Os seguintes Critérios de Exclusão foram utilizados: DCV, hipertensão, tabagismo, osteoporose diagnosticada, problemas osteomioarticulares que o impedia de exercitar, uso de medicamentos ou drogas que estimulem o sistema cardiovascular. O recrutamento e a intervenção ocorreram na Stúdio Master Academia, localizada em Fortaleza, Ceará, Brasil. Inserirametodologia.

Protocolo

Todos os participantes do estudo passaram por exame clínico inicial com um médico cardiologista. Todos foram submetidos a uma sessão de IRE. Antes da intervenção com IRE, os sujeitos realizaram aferição da massa corpórea e da estatura. No dia anterior a intervenção, foi executado o teste de contração voluntária máxima (MVC) de 10 repetições máximas (RM) (11). Os participantes foram orientados a manter os hábitos alimentares e comportamentos originais no dia da intervenção. Após teste de MVC, os mesmos foram randomizados em 3 Grupos: (LI) baixa intensidade e baixa duração, caracterizado como de Leve Intensidade; (MI) alta intensidade e baixa duração, caracterizado como de Moderada Intensidade e; (HI) baixa intensidade e alta duração, caracterizado como de Alta Intensidade.

Exercício de Resistência Isométrico

Em ambos os programas, os participantes exercitaram-se uma única vez. Cada grupo executou um protocolo de IRE: LI (intensidade 20%, 3 séries, duração de 30seg para cada série, composição de cada série com três ações musculares de 10seg de contração em três ângulos diferentes, 1min de intervalo entre as séries, exercício Leg Press Inclinado 45°; MI (intensidade 20%, 3 séries, duração de 1min em cada série, composição de cada série com uma ação muscular de 1min de contração em um ângulo somente, 1min de intervalo entre as séries, exercício Leg Press Inclinado 45°; HI (intensidade 60%, 3 séries, duração de 30seg para cada série, composição de cada série com três ações musculares de 10seg de contração em três ângulos diferentes, 1min de intervalo entre as séries, exercício Leg Press Inclinado 45°.

Em todos os grupos foi medido a BP pós-exercício com 10min de descanso após a última série isométrica. Todos os protocolos estavam divididos em: 5 minutos de aquecimento, com exercícios balísticos dinâmicos de membros e tronco, além de aquecimento específico no próprio aparelho executando uma série dinâmica de 15 repetições com 30% de 1RM; em seguida iniciou-se o protocolo de IRE de cada grupo; e após o protocolo foi executado 5 minutos de relaxamento, com exercícios de alongamento e relaxamento. As sessões de exercício foram supervisionadas por 4 investigadores.

Teste de Contração Voluntária Máxima

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Todos os participantes foram submetidos a um Teste de contração voluntária máxima (RM), que é o número máximo de repetições por série que pode ser realizado executando corretamente a técnica, com determinada carga. Diante disso, a carga mais pesada que possa ser utilizada em uma repetição completa de um exercício é considerada 1-RM (12). A RM foi estimada a partir do número de repetições executadas com uma determinada carga submáxima até no máximo de 10 repetições, conforme equação de Brzycki (11): $1\text{-RM} = \text{Peso Levantado} / (1,0278 - [0,0278 \times \text{No. Repetições}])$.

Medidas de Massa Corpórea

Foram registrados os dados antropométricos dos participantes do estudo, como massa corporal (p), estatura (h) e, índice de massa corporal (BMI).

Medida da Frequência Cardíaca

A frequência cardíaca (HR) foi aferida nas condições de repouso e em exercício, com auxílio dos mesmos equipamentos. Em Repouso: os sujeitos permaneceram sentados por 10 minutos, onde a HR foi medida continuamente, sendo registrado o valor mais alto apresentado no último minuto, com o uso de um cardiofrequencímetro (Polar® S810, kempele, Finlândia). Em Exercício: a HR foi medida continuamente, sendo registrado o maior valor apresentado ao final da execução de cada série e intervalos entre as séries.

Medida da Pressão Arterial

A pressão arterial (BP) foi aferida nas condições de repouso e em exercício, onde o padrão de medida seguiu as recomendações de Polito et al. (14). Em Repouso: a BP foi medida no braço esquerdo por 3 vezes, considerando-se para registro a medida intermediária. Utilizou-se o método indireto auscultatório, com auxílio de um manômetro tipo coluna de mercúrio (Heidji®, São Paulo, Brasil) e um estetoscópio (Rappaport® Premium, São Paulo, Brasil). As medidas foram realizadas sempre pelo mesmo avaliador, em repouso e em exercício. Em Exercício: A abertura da válvula ocorreu antes do término da série, de forma a registrar-se o valor sistólico no final da execução. Uma aferição piloto foi feita para identificar o valor de pico da SBP, a fim de elevar a pressão do manguito a um valor aproximadamente de 30 mmHg maior antes da abertura da válvula. O esvaziamento do manguito ocorreu a uma taxa aproximada de 6 mm Hg/s. Os participantes foram orientados a não contrair o braço, mantendo o braço esquerdo utilizado para a medida na posição de supinação, com cotovelo levemente flexionado e apoiado em suporte próprio.

Análise Estatística

Todos os dados foram dados em média e desvio padrão (SD). Utilizou-se, para o pressuposto da distribuição normal dos dados o teste de *SHAPIRO-WILK'S*, enquanto o teste de esfericidade de *MAUCHLY* (*Mauchly's TEST of Sphericity*) foi realizado para testar a hipótese nula de que a matriz de covariância dos erros das variáveis dependentes transformadas e ortonormalizadas é proporcional a uma matriz de identidade. No caso de violação da pressuposição de esfericidade, a significância foi estabelecida utilizando a correção *Greenhouse-Geisser* para ajustar a probabilidade de *F*. Para a verificação das possíveis diferenças das variáveis analisadas em função dos 3 grupos, das séries e intervalos entre as séries, utilizou-se a *ANOVA* de medidas repetidas. Quando encontradas diferenças significativas entre as medidas foi realizado o teste *Post-Hoc* de *BONFERRONI* para identificação das possíveis diferenças entre as médias. O nível de significância adotado foi de 5% ($p < 0,05$).

Resultados e Discussão

Características de Base

Foram estudados 27 sujeitos. Três participantes foram excluídos do estudo (dois não completaram o protocolo por terem dores de uma antiga cirurgia de quadril não recuperada; e um após execução do protocolo confirmou que tinha ingerido substâncias ergogênicas). Vinte e quatro participantes foram aleatoriamente designados á seus grupos: oito no grupo de LI; oito no grupo de MI e; oito no grupo de HI. Conforme demonstrado na Tabela 1, os três grupos apresentaram características semelhantes. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos analisados para as variáveis idade, pressão arterial média, contração voluntária máxima, e estatura (Tabela 1).

Estudo da Frequência Cardíaca

Em todos os grupos houve aumento significativo da HR em todas as séries em relação ao período de intervalo. A figura 1 apresenta os resultados das verificações *Post Hoc* na evolução da execução do IRE nas séries, nos três protocolos. Constatou-se que somente o protocolo de HI teve uma influência do número de séries e/ou a carga de trabalho, no sentido de gerar uma resposta cardiovascular com magnitude muito elevada ($p < 0,01$), fato não ocorrido nos grupos de LI e MI.

Estudo da Pressão Arterial

Os resultados da BP como efeito de uma sessão de IRE mostraram-se mais sensíveis, conforme mostrado na Tabela 2 e Figura 2. Na pressão arterial sistólica (SBP) houve diferença significativa do grupo de LI para o de HI (1Set (série) do LI para 3Set do HI $p < 0,001$), mas não para o de MI, mostrando que treinar IRE com intensidade alta aumenta SBP. Na pressão arterial diastólica (DBP) houve diferença significativa no grupo de HI (1Set HI para o 3Set HI $p < 0,04$) e entre os grupos, indicando que nos grupos de MI e HI as pessoas estão expostos a um maior incremento na DBP (1Set LI para o 3Set MI $p < 0,04$ e do 1Set LI para o 3Set do HI $p < 0,003$). Na pressão arterial média (MBP) houve diferença significativa para os grupos de MI e HI comparado com o grupo de LI ((1Set LI para o 3Set MI $p < 0,02$ e do 1Set LI para o 3Set do HI $p < 0,01$), bem como dentro do grupo de HI (1Set HI para 3Set HI $p < 0,01$), mostrando também uma maior elevação da MBP quando praticar IRE de moderada a alta intensidade. No DP houve diferença significativa no grupo de HI (1Set do HI para o 3Set de HI $p < 0,05$) e entre os grupos de BI para o de HI (1Set de LI para o 3Set HI $p < 0,05$), mostrando também um efeito importante e parecido com a BP, deixando claro que riscos existem no DP quando executar IRE com intensidade alta.

DISCUSSÃO

O principal achado desse estudo foi mostrar que o IRE gera um aumento, progressivamente e significativamente, na BP se executado em alta intensidade (carga $< 70\%$ RM) em sujeitos normotensos saudáveis, assim como o efeito do cumulativo aumento do número de séries também pareça aumentar a BP. Embora não avaliado diretamente, mas esse aumento da BP pelo IRE pode levar a um eminente risco cardiovascular durante sua execução.

Esse aumento de BP durante a execução do IRE agudo parece ser devido, principalmente, a um aumento no débito cardíaco (CO) e não pela resistência vascular periférica (PVR) (15). Resultados semelhantes foram relatados por meta-análises recentes (16-18).

O estudo de intervenção com IRE de Nery et al. (19) mostrou que uma única sessão de IRE pode produzir um pronunciado aumento na SBP, podendo representar um risco para pessoas hipertensas ou com alguma doença desconhecida, ou ainda conforme Matsuda et al. (20) colocando-os a estarem mais propensos a hemorragia de aneurismas cerebrais comparados com pessoas normotensos. Sendo assim, na execução de IRE as respostas cardiovasculares como a BP, deve ser controlada, principalmente em pessoas com doenças ou hipertension especificamente. Estudos mostram que um melhor controle da resposta cardiovascular pode ser feito com eletromiografia (EMG) durante uma sessão de IRE (21-23).

Contrariamente, Chrysant (10) não identificou um aumento no risco cardiovascular na execução de IRE com intensidade de 40% da MVC, embora aumentando a HR, SBP e DBP, mas não significativamente. Posto isso, o mesmo autor deixa claro que há um aumento considerável da prática de IRE em Centros de Fitness ou em casa por pessoas da população em geral, independente de seus níveis de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BP ou estado geral de saúde, que possivelmente, não tenham o conhecimento real de sua condição cardiovascular. Na meta-análise de Cornelissen et al. (24) nenhum estudo relatou qualquer evento adverso em hipertensos na resposta da intervenção pelo IRE agudo, pois provavelmente os pacientes estavam bem controlados e era sabido seus estados de saúde.

Embora analisado o efeito agudo do IRE, seu efeito crônico assim como o DRE, geram impacto positivo tanto para a BP como para a saúde em geral, quando executado em baixa intensidade de esforço (30% a 40% MVC). Cornelissen et al. (24) demonstrou em sua meta-análise, que incluiu 3 estudos com handgrip, com duração de 10 semanas (efeito crônico), que o IRE de baixa intensidade (30% MVC), executados com 4 séries de 2min, bilateralmente, com 1 minuto de intervalo entre as séries, resultou em uma diminuição da SBP ($p < 0,01$) e DBP (N/S). O efeito crônico do IRE está bem claro nas revisões de Kelley & Kelley (16) e Whelton et al. (25), como no estudo de intervenção de Devereux et al. (23).

Conclusão

Quando comparado aos grupos de baixa e moderada intensidade, o grupo de alta intensidade demonstrou um maior pico de BP após execução de uma sessão de IRE, este fato pode expor pessoas da população em geral a um risco cardiovascular iminente, principalmente se estes tiverem hipertensão desconhecida. Embora isso, mais estudos de curto prazo e com desfechos clinicamente relevantes devem ser realizados, variando intensidade, tempo de duração da isometria e, tempo de intervalo de recuperação.

Referências

- Roger VL, Go AS, Lloyd-Jones DM, et al. Heart disease and stroke statistics – 2011 update: a report from the American Heart Association. *Circulation* 2011; 123(4):e18–e209.
- Standridge JB. Hypertension and atherosclerosis: clinical implications from the ALLHAT trial. *Curr Atheroscler Rep* 2005; 7(2):132–139.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, et al. Seventh report of the Joint National Committee on prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003; 42:1206-1252.
- Mancia G, Debacker G, Dominiczak A, et al. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society Cardiology (ESC). *J Hypertens* 2007; 25:1105-1187.
- Felici F, Quarsima V, Fattorini L, Sbriccoli P, Filligoi GC, Ferrari M. Biceps brachii myoelectric and oxygenation changes during static and sinusoidal isometric exercises. *J Electromyography and Kinesiology* 2009; 92:e1-e11.
- Devereux GR, Wiles JD, Swaine IL. Reductions in resting blood pressure after 4 weeks of isometric exercise training. *Eur J Appl Physiol* 2010; 109:601-606.
- Wiles JD, Coleman DA, Swaine IL. The effects of performing isometric training at two exercise intensities in healthy young males. *Eur J Appl Physiol* 2010; 108:419-428.
- O'Hare JA, Murnaghan DJ. Failure of anti-hypertensive drugs to control blood pressure rise with isometric exercise in hypertension. *Postgraduate Med J* 1981; 57:552-555.
- Millar PJ, Bray SF, McGowan CL, et al. Effects of isometric handgrip training among people medicated for hypertension: a multilevel analysis. *Blood Press Monit* 2007; 12:307-314.
- Chrysant SG. Current evidence on the hemodynamic and blood pressure effects of isometric exercise in normotensive and hypertension persons. *J Clin Hypertens* 2010; 12:721-726.
- Bryzcki M. Strength test: predicting a one-rep max from a reps-to-fatigue. *Journal of Physical Education, recreation and Dance* 1993; 64(1):88-90.
- Flecker SJ, Kraemer WJ. Designing resistance training programs. 3rd Edition. Champaign, IL, USA: Human Kinetics, 2004.
- [Laurson KR](#), [Eisenmann JC](#), [Welk GJ](#). Body Mass Index standards based on agreement with health-related body fat. [Am J Prev Med](#) 2011; 41(4 Suppl 2):S100-5.
- Polito MD, Lira VA, Nóbrega ACL, Farinatti PTV. Blood pressure assessment during resistance exercise: comparison between auscultation and Finapres. *Blood Pressure Monit* 2007; 12(2):81-6.
- Chrysant SG. Hemodynamic effects of isometric exercise in normotensive and hypertensive subjects. *Angiology* 1978; 29:379-385.
- Kelley GA, Kelley S. Progressive resistance exercise and resting blood pressure. A meta-analysis of randomized control trials. *Hypertension* 2000; 35:838-843.
- Williams MA, Haskell WL, Ades PA, et al. Resistance exercise in individuals with and without cardiovascular disease. 2007 update. *Circulation* 2007; 116:572-584.
- Cornelissen VA, Fagaro RH. Effect of resistance training on resting blood pressure, a meta-analysis of randomized controlled trials. *J Hypertension* 2005; 23:251-259.
- Nery SS, Gomides RS, Silva VG, Forjaz CM, Tinucci TMD Jr. Intra-arterial blood pressure response in hypertensive subjects during low- and high-intensity resistance exercise. *Clinics* 2010; 65:271-277.
- Matsuda M, Watanabe K, Saito A, Matsumura K, Ichikawa M. Circumstances, activities and events precipitating aneurismal subarachnoid hemorrhage. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2007; 16:25-29.
- Schibye B, Mitchell JH, Payne FC, Saltin, B. Blood pressure and heart rate response to static exercise in relation to electromyographic activity and force development. *Acta Physiol Scandinavia* 1981; 113:61–66.
- Wiles JD, Allum SR, Coleman DA, Swaine IL. The relationships between exercise intensity, heart rate, and blood pressure during an incremental isometric exercise test. *Journal of Sports Sciences* 2007; 26:155–162.
- Devereux GR, Wiles JD, Swaine I. Markers of isometric training intensity and reductions in resting blood pressure. *J of Sports Sci* 2011; 29(7):715-724.
- Cornelissen VA, Fagard RH, Coeckelberghs E, Vanhees L. Impact of resistance training on blood pressure and other cardiovascular risk factors: a meta-analysis of randomized, controlled trials. *Hypertension* 2011; 58:1-9.
- Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med* 2002; 136:493-503.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Efeito de vídeo educativo sobre o conhecimento de promoção da saúde do homem e da mulher idosa.

Vanessa Caminha Aguiar Lopes (apresentador) - Universidade Federal do Piauí (van.caminha@gmail.com)

Maria Esther Silva - Universidade Federal do Piauí - UFPI

Ruth Suelle Barros Fonseca - Universidade Federal do Piauí - UFPI

Mirtes Sousa Sá - Universidade Federal do Piauí - UFPI

Elaine Cristina Carvalho Moura (Orientador) – UFPI

Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.

Resumo

Os vídeos educativos se inserem na categoria da tecnologia leve e constituem instrumentos para atendimento das políticas públicas brasileiras no âmbito da promoção da saúde. Trata-se de um estudo descritivo comparativo do tipo antes e depois realizado com 30 idosos na área de abrangência da ESF, que objetivou avaliar os conhecimentos de idosos antes e após a aplicação de vídeo educativo visando à promoção da saúde. Predominaram idosos do sexo feminino, casados ou em união estável, procedentes de cidades interioranas, com ensino médio completo, aposentados e que ainda não haviam participado de atividades educativas com as temáticas abordadas no vídeo. Os escores totais do pré e pós-teste tiveram aumento extremamente significativo ($p < 0,01$) com redução de desvio padrão, representando maior simetria dos resultados após a intervenção educativa. As questões com maior percentual de erros abordaram Alzheimer, sexualidade e saúde reprodutiva da mulher idosa e exame do toque no homem e obtiveram aumento significativo do conhecimento ($p < 0,05$). Nas questões que compreenderam a importância e cuidados para a prática de atividade física, periodicidade do exame do toque e medidas para prevenção de quedas os idosos apresentaram um bom nível de informações. Ademais, o vídeo educativo revelou-se como efetiva intervenção que independeu do nível de escolaridade ($p > 0,05$), assim como não dependeu de outras características sociodemográficas e de saúde ($p > 0,05$). A ação educativa por meio de vídeo apresentou boa representatividade e engajamento e mostrou-se eficaz no aumento do conhecimento de idosos com vistas às práticas efetivas de promoção da saúde.

Introdução

À medida que analisamos as semelhanças identificamos as diferenças nos processos de saúde, com as perspectivas construídas e disseminadas no processo histórico e as influências dos valores e saberes predominantes na sociedade. Cabe ao profissional de saúde analisar o que é pertinente para atender às necessidades coletivas, visto que as ações e os programas propõem a abordagem integral, incluindo a educação em saúde voltada para a promoção de saúde.

Nesse contexto, as atividades educativas constituem ferramentas deste processo e são desenvolvidas em todos os ambientes voltados para a saúde. No entanto, é notável a predominância na Estratégia Saúde da Família (ESF), devendo ser realizada por qualquer profissional da equipe multidisciplinar, de modo que são, na maioria das vezes, executadas por enfermeiros.

Assim, cada tecnologia tem uma finalidade, método e grau de compreensão e o enfermeiro deve ser conhecedor das atividades que melhor se enquadram para cada objetivo educativo em saúde que deseja atingir. A tecnologia em saúde é classificada em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização de informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, estando inscrita na maneira de organizar sua atuação no processo de trabalho. A tecnologia leve produz-se no trabalho em ato, em um processo de relações entre o trabalhador em saúde e o usuário/paciente (BRASIL, 2009).

Desse modo, os vídeos educativos se inserem na categoria da tecnologia leve e constituem instrumentos para atendimento das políticas públicas brasileiras no âmbito da promoção da saúde, a partir da transmissão de informações, dinamização e ampliação das habilidades cognitivas, devido à riqueza de objetos e sujeitos com quais permitem interagir, recurso que possibilita, inclusive, a extensão da memória e de atuação em rede.

Dessa forma, é pertinente somar esforços que garantam eficiência, eficácia e efetividade às práticas de atenção à saúde como a interatividade funcional que a multimídia fornece. O presente estudo teve como objetivo avaliar os conhecimentos de idosos antes e após a aplicação de vídeo educativo visando à promoção da saúde do homem idoso e da mulher idosa.

Metodologia

Estudo descritivo comparativo do tipo antes e depois, realizado em Unidade de Saúde no nordeste do Brasil em junho de 2014. A amostra foi por conveniência e incluiu 30 indivíduos com 60 anos ou mais, que aceitaram o convite para participação da sessão de vídeo e não apresentaram limitação de deslocamento e visualização do material educativo.

O estudo consistiu na aplicação de vídeos educativos para idosos produzidos no Programa de Extensão financiado pela Secretaria de Educação Superior “Práticas de Enfermagem na promoção da saúde da criança e do idoso: arte, simulação e tecnologia”. As mídias foram desenvolvidas em um processo que envolveu um painel de especialistas e estudantes de enfermagem e medicina, com a aplicação do método do Arco de Maguerez, mediante reflexão, fundamentação científica e identificação das necessidades de saúde sentidas e não sentidas de idosos. Após capacitação por curso de teatro e roteirismo, seguiu-se com a apreciação final e os filmes foram filmados e editados.

O instrumento de coleta de dados constou de duas partes: a primeira apresentava dados sociodemográficos, clínicos e educacionais e questionava se o idoso já assistiu a palestras e/ou cursos sobre a temática do vídeo; a segunda parte continha dez afirmações com informações/conhecimentos quanto à temática do vídeo construídas sob validação aparente. Estas foram respondidas com as opções: “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”, de modo que as respostas erradas ou ditas como “não sei” foram computadas como erros e cada alternativa de resposta correta recebeu o valor igual a 1 (um) e, dessa forma, obteve-se o somatório final.

Na sessão foram apresentados dois vídeos de curta duração (máximo de 20 minutos), sobre a Promoção da saúde do homem idoso (ISBN 978-85-7463-589-7) e a Promoção da saúde da mulher idosa (ISBN 978-85-7463-604-7). Os instrumentos foram aplicados antes e após a intervenção educativa, e foram preenchidos em sua maioria pelo próprio sujeito, exceto aqueles não letrados ou em letramento que tiveram o auxílio de monitores treinados para leitura dos mesmos.

Para a análise dos dados, utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences*® versão 18.0 e cada questão foi testada quanto à normalidade de sua distribuição e foi realizado o teste t de Student de amostras dependentes para os dados paramétricos. O estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos pelo Comitê de Ética da UFPI (protocolo nº 29181014.2.0000.5214) e os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias.

Resultados

Os resultados do estudo estão apresentados em conformidade com os objetivos, apresentando-se as características sociodemográficas e clínicas dos idosos participantes e a avaliação do conhecimento sobre temáticas de promoção da saúde do homem idoso e da mulher idosa antes e após a aplicação do vídeo educativo.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Participaram do estudo 30 idosos. A maioria era do sexo feminino, representando 23 (76,7%). A idade dos idosos variou de 60 a 87 anos, com média de 70,4 ($\pm 6,4$) e, dentre os grupos etários, 14 (46,7%) encontraram-se na faixa de 60 a 69 anos, seguidos de 13 (43,3%) de idosos com idade entre 70 e 79 anos. Quanto ao estado civil, os casados ou em união estável representaram 15 (50,0%) da amostra, com uma parcela significativa de viúvos 9 (30,0%). Ao tratar-se da cidade de origem, predominaram os idosos naturais do interior do estado do Piauí 17 (56,7%), seguidos pelos nascidos em outros estados 8 (26,7%). Quanto à ocupação atual, 24 (80%) relataram ser aposentados, enquanto 2 (6,7%) não possuíam renda própria.

A distribuição dessas características confere com estudos realizados nacional e internacionalmente, onde há predominância de idosos jovens, na faixa de 60 a 69 anos, nas pesquisas de intervenção. O maior percentual de mulheres pode estar relacionado à maior longevidade destas em relação ao homem, em consonância com a feminização da velhice, que resulta da menor exposição aos fatores de riscos, relacionados ao ambiente de trabalho e estilo de vida. A maior proporção de aposentados pode ser atribuída à maior disponibilidade de tempo e ao interesse por informações que esta categoria tem em participar de atividades educativas (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011; VOLANDES *et al*, 2011).

Quanto ao nível de escolaridade, a maioria dos idosos possuía o ensino médio completo 12 (40,0%). 9 (30%) não concluíram o ensino fundamental e participaram do estudo 4 (13,3%) analfabetos. Assim, a amostra do nosso estudo foi composta por 17 (56,7%) idosos com menor escolaridade e 13 (43,3%) possuíam maior escolaridade, característica de análise predominante nos estudos de avaliação de conhecimento por estar diretamente relacionada à captação de informações científicas, além dos conhecimentos espontâneos.

Considerando as características clínicas dos idosos participantes da pesquisa, evidenciou-se que as morbidades prevalentes na amostra foram a hipertensão 20 (66,7%) e os problemas osteoarticulares 20 (66,7%) com igual predominância, seguidas de diabetes 8 (26,7%) e depressão 7 (23,3%), sendo que 3 (10,0%) afirmaram não possuir patologias e dois idosos (6,7%) referiram outras doenças.

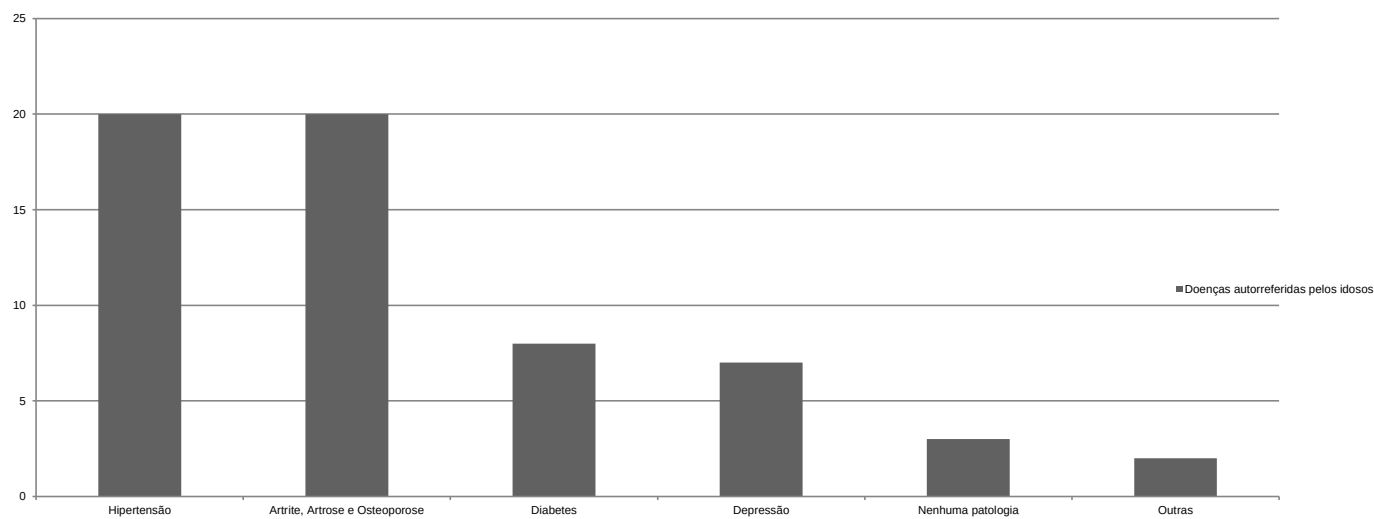


Gráfico 1 – Distribuição das doenças autorreferidas (n=60) pelos idosos (n=30) participantes da pesquisa. Teresina, Piauí, 2014.

A prevalência de hipertensão, problemas osteoarticulares, diabetes e depressão encontradas neste estudo confere com outras pesquisas, uma vez que são as patologias mais prevalentes na população que envelhece, pois a idade avançada aliada ao estilo de vida e hábitos alimentares constituem fatores de risco para o surgimento destas (PILGER; MENON; MATHIAS, 2011).

Quando questionados sobre a participação em palestras ou cursos sobre a temática do vídeo, 23 (76,7%) dos idosos afirmaram não ter participado, enquanto que apenas 7 (23,3%) tiveram resposta positiva. Este foi um dado inesperado por tratar-se de uma área de abrangência da ESF, na qual a equipe tem responsabilidade no desenvolvimento de atividades educativas na comunidade. A equipe de saúde da família diante das preconizações da Política Nacional de Promoção da Saúde deve ter habilidades para atuar no desenvolvimento do envelhecimento saudável, contribuindo assim, na melhoria da qualidade de vida da população idosa a partir de práticas de educação e promoção da saúde, especialmente por manter um contato mais próximo com o contexto no qual vivem estes idosos (BRASIL, 2010).

Em relação aos escores totais do pré e pós-teste da sessão de vídeo que continham dez afirmações sobre promoção da saúde do homem idoso e da mulher idosa, verificou-se que a média antes da aplicação do vídeo foi de 7,23 ($\pm 1,36$) e passou para 9,73 ($\pm 0,52$). A diferença entre os conhecimentos nestes momentos teve um aumento extremamente significativo ($p < 0,01$).

A análise dos percentuais por questão, antes da exibição do vídeo educativo, mostrou que as afirmativas com menores escores de acerto abordavam alterações ou sintomas relacionados ao Alzheimer e cuidados com idosos que apresentam a doença, com 17 (56,7%) e 18 (60%), respectivamente.

O conhecimento acerca do Alzheimer ainda é escasso e maioria dos estudos é voltada para os cuidadores de idosos com a doença do esquecimento. O conhecimento destes a respeito da doença é limitado e remete à necessidade de informações advindas por meio de práticas educativas na saúde. O vídeo permite a passagem de orientações quanto a intervenções importantes para a melhoria da qualidade de vida de indivíduos com características de demência (VOLANDES *et al*, 2011).

Outras temáticas que apresentaram baixo percentual de acertos tratavam da sexualidade e saúde reprodutiva da mulher idosa, 20 (66,7%) e 18 (60,0%), onde as afirmações abordavam alterações naturais nas idosas como a menor lubrificação vaginal que pode causar desconforto como dor e ardor durante a relação sexual, e informavam o cuidado em evitar relação sexual até dois dias antes da consulta para o exame de prevenção, assim como não usar duchas, óleos lubrificantes ou medicamentos vaginais. No âmbito da saúde do homem, o item que abordou o exame do toque apresentou o maior percentual de erros correspondendo a 19 (63,3%), no qual a maioria dos idosos afirmou que tal exame afeta a masculinidade do homem. Estas são temáticas estigmatizadas pelos idosos e devem ser consideradas no planejamento de atividades (SHEEHAM, 2009).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Após a aplicação, houve significativa redução do desvio padrão revelando que os idosos participantes, além de aumentarem o nível de informações ou conhecimento, se aproximaram na pontuação total, tornando a distribuição mais homogênea. Este fato remete ao equilíbrio entre o desempenho dos idosos com menor escolaridade em relação aos com maior escolaridade.

Das questões que influenciaram a média de erros antes da aplicação do vídeo houve redução, de modo que 14 (46,7%) dos idosos que compunham essa média acertaram o item que tratava do exame de toque no homem; 10 (33,3%) e 9 (30,0%) acertaram os itens que abordavam a sexualidade e saúde reprodutiva da mulher idosa. Todos os demais itens testados alcançaram 100% de acertos após a intervenção educativa, inclusive os que tratavam da temática do Alzheimer.

O teste comparativo do desempenho dos idosos antes e após a aplicação do vídeo mostrou aumento extremamente significativo nas afirmações citadas com maior percentual de erros ($p < 0,01$) e melhora nas demais. As questões que compreenderam a importância e cuidados para a prática de atividade física, periodicidade do exame do toque e medidas para prevenção de quedas não tiveram aumento estatisticamente significativo ($p > 0,05$), contudo, os poucos erros antes da sessão tornaram-se acertos.

Desse modo, o vídeo educativo aplicado com vistas à promoção da saúde mostrou-se eficaz no aumento do conhecimento de idosos sobre temáticas inseridas no contexto saúde do homem idoso e da mulher idosa. Ademais, revelou-se como uma efetiva intervenção que independeu do nível de escolaridade ($p > 0,05$), assim como não dependeu de outras características como sexo, ocupação, procedência e doenças autorreferidas ($p > 0,05$).

Conclusão

Neste estudo, as fragilidades iniciais de conhecimento encontradas concentraram-se em aspectos relacionados à sexualidade, como a prevenção do câncer de próstata por meio do exame do toque e as alterações fisiológicas da mulher idosa, as características da vivência do idoso com Alzheimer e as doenças prevalentes na população que são a hipertensão arterial e a diabetes, bem como as condições e cuidados na realização de atividade física. A aplicação de vídeos educativos se constituiu numa intervenção acessível e que estimulou a participação.

Dessa forma, a estratégia operacionalizada e desenvolvida mediante uma metodologia problematizadora favoreceu a difusão de informações considerando o aumento significativo dos escores globais de acertos após a exibição dos vídeos. A ação mostrou-se eficaz na promoção da saúde à medida que forneceu abertura a reflexões conforme as concepções e condição de vida dos idosos, respeitando sua autonomia, além de permitir a troca de vivências entre os idosos pelo desenvolvimento em grupos, o que contribuiu para o processo educativo. Por fim, a ação educativa por meio de vídeo apresentou boa representatividade e engajamento e mostrou-se eficaz na melhoria do conhecimento de idosos com vistas às práticas efetivas de promoção da saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento. **Avaliação de tecnologias em saúde: ferramentas para a gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

PILGER, C.; MENON, M.; MATHIAS, T. Características sociodemográficas e de saúde de idosos: contribuições para os serviços de saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 5, pp. 1230-1238, set-out. 2011.

SHEEHAN, C. A brief educational video about prostate cancer screening: a community intervention. **Urologic Nursing**, Pitman, v.29, n.2, pp.103-11, Mar-Apr. 2009.

VOLANDES, A. *et al.* Assessing End-of-Life Preferences for Advanced Dementia in Rural Patients Using an Educational Video: A Randomized Controlled Trial. **Journal of Palliative Medicine**, v.14, n.2, pp.169-77, fev. 2011.

Agradecimentos

Os vídeos foram financiados pela Secretária de Educação Superior do Ministério da Educação – MEC/SESu/DIFES por meio de Edital Proext, 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EFEITOS DA DRENAGEM LINFÁTICA NO TRATAMENTO DE FIBRO EDEMA GELÓIDE

EFFECTS OF LYMPH DRAINAGE IN THE TREATMENT OF EDEMA FIBRO GELOIDE

Carolina Studart²
Márcia Maria Gonçalves Felinto Chaves²

RESUMO

Um dos recursos de elevada utilização no tratamento do fibro edema gelóide, caracterizada por uma alteração do tecido conjuntivo subcutâneo, onde ocorre um desequilíbrio do metabolismo, da circulação e das fibras de sustentação, é a drenagem linfática manual, procedimento este voltado ao estímulo do sistema linfático e consequentemente a redução do excedente de fluídos. Para melhor compreensão acerca do tema, este estudo volta-se à verificação do grau de efetividade da drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide. Trata-se de uma pesquisa de cunho bibliográfica-exploratória realizada no período de agosto à novembro de 2013, mediante publicações disponibilizadas em sites de buscas (Medline, Pubmed, Scielo e Lilacs), durante os anos de 2002 a 2013, acrescentando-se que a ocorrência se deu em virtude da intenção da autora em selecionar a amostra da forma mais uniforme possível no sentido de analisar os resultados com maior precisão. Os resultados apontaram que, em linhas gerais, a DLM apresenta bons resultados enquanto tratamento do fibro edema gelóide, principalmente nos graus iniciais, resultando em atenuação da ondulação do contorno da pele em virtude da remoção do excedente de líquido presente no espaço intersticial e, quando associada a outros métodos, a exemplo do US, o sucesso é alcançado em maiores níveis de positividade.

Palavras-chave: Fibro edema geloide. Drenagem Linfática. Fisioterapia dermato funcional.

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais surgiu uma tendência de padrão de beleza, onde a população é cobrada pela sociedade, na qual a adiposidade e a irregularidade da pele são pouco aceitas e, devido a isto, principalmente as mulheres, se esforçam de várias formas fazendo dietas, exercícios e tomando medicamentos.

Nestes termos, tem-se a fisioterapia estética ou, como é mais conhecida atualmente sob a designação de dermato-funcional, consiste em uma área voltada à prevenção e tratamento dos distúrbios relacionados à pele, buscando a saúde do paciente em todos seus aspectos e, dentre tais distúrbios, merecem ressalva o linfedema, as estrias e o fibroedema gelóide (FEG), este último, popularmente conhecido como celulite e alvo da presente investigação.

Em verdade, trata-se, segundo Milani, Amado João e Farah (2006) de uma patologia de bastante incidência a qual se caracteriza por inchaço no tecido conjuntivo, na maioria das vezes, oriundo do excesso de proteoglicanas no meio extracelular ou ainda pelo excesso de adipócitos e, nestes termos, a utilização da drenagem linfática constitui-se em um recurso.

A insatisfação com o aspecto físico origina importantes frustrações e inseguranças que podem dificultar a relação com o próximo. Os comportamentos mais comuns são agressividade, depressão e isolamento do meio social.

Atualmente muitos indivíduos acometidos por fibro edema gelóide, com prevalência para o sexo feminino, têm buscado a solução para tal afecção, realidade esta que motivou o incremento da indústria de cosméticos e desenvolvimento de aparelhos voltados ao trato da estética, os quais, quando devidamente utilizados resultam na melhoria ou erradicação do problema e, consequentemente, na melhoria da satisfação e qualidade de vida.

Um dos recursos de elevada utilização no tratamento do FEG é a drenagem linfática manual, procedimento este voltado ao estímulo do sistema linfático e consequentemente a redução do excedente de fluídos. (BRANDÃO *et al* 2010)

O interesse nesse tema surgiu com a tentativa de estudar maneiras de amenizar os sinais e sintomas do FEG e, observando a grande procura de mulheres por tratamentos estéticos. Foi proposto neste trabalho o estudo bibliográfico do tratamento fisioterápico através de drenagens linfáticas manuais para verificar a eficácia da drenagem linfática manual no tratamento do FEG. Especificamente discorrer sobre as bases teóricas relacionadas ao fibro edema gelóide e drenagem linfática manual.

Portanto, a realização desta pesquisa justifica-se pela necessidade de constatar o grau de efetividade da drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide, como recurso da fisioterapia dermato funcional

2 METODOLOGIA

A presente pesquisa é do tipo bibliográfica exploratória que, segundo Gil (1991) tem como objetivo principal o aprimoramento de ideias ou a descoberta de intuições, caracterizando-se por um planejamento bastante flexível e, por ser assim, possibilita a consideração dos mais variados aspectos relativo ao fato estudado. A mesma teve como objetivo principal avaliar os efeitos da drenagem linfática no tratamento de fibro edema gelóide.

Acrescenta-se que, segundo Mattar (1996, p.20) “uma das formas mais rápidas e econômicas de se amadurecer ou aprofundar um problema de pesquisa é através do conhecimento dos trabalhos já feitos por outros, via levantamentos bibliográficos”.

Finalizando as considerações inerentes à tipologia da pesquisa, ressalta-se que, fundamentalmente, este é um trabalho descritivo, uma vez que “descreve com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade”, com apresentação de dados coletados, ordenados e classificados (TRIVIÑOS, 1997, p.110).

Sendo assim e, em atendimento ao que se propõe esta investigação, o embasamento teórico teve como suporte duas linhas de pesquisa. A primeira, constituída de livros e artigos na composição do referencial teórico, sem uma delimitação específica no que concerne ao período (data de publicação), enquanto que, para a elaboração dos resultados, priorizaram-se unicamente artigos científicos recentes, a partir de 2006 e constantes nas bases de dados Medline, Pubmed, Scielo e Lilacs.

A isto, acrescenta-se que as palavras-chaves de busca, foram, respectivamente, “drenagem linfática” e “fibro edema gelóide”, estes, totalizando 670 (seiscentos e setenta) publicações, dentre os quais, em atendimento aos critérios secundários (pesquisas realizadas no Brasil, publicação na língua portuguesa e publicados nos últimos 07 anos, 06 perfizeram tais exigências e serão utilizados na elaboração dos resultados.

² Acadêmica do curso de pós-graduação em Fisioterapia Dermatofuncional da Unichristus

² Professora orientadora do curso de pós-graduação da Unichristus.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Fibro Edema Gelóide (FEG)

3.1.1 Generalidades

De acordo com Meyer *et al* (2005), o surgimento do fibro edema gelóide (FEG), por sua alta incidência nos dias atuais, tornou-se uma afecção alvo de preocupação por profissionais da área, uma vez que o mesmo é decorrente de diversos fatores, dentre os quais, Togni (2006) *apud* Menezes, Silva e Ribeiro (2009) enumeram alguns, quais sejam: efeitos hormonais, predisposição genética, inatividade, dietas inadequadas, obesidade, distúrbios posturais, bem como o tabagismo, valendo ressaltar que o diagnóstico requer avaliação minuciosa, sendo a fisioterapia dermatofuncional, através de suas diversas técnicas, o meio utilizado enquanto prevenção e tratamento. Em verdade, trata-se de um problema de cunho estético e cuja principal característica consiste na presença de leves achatamentos na pele, com aparência conhecida por 'casca de laranja', sendo as coxas, abdômen e nádegas as áreas de maior prevalência, acometendo maior número de indivíduos do sexo feminino. (MENEZES; SILVA; RIBEIRO, 2009)

Em termos conceituais, o FEG é uma alteração do tecido conjuntivo subcutâneo, onde ocorre um desequilíbrio do metabolismo, da circulação e das fibras de sustentação (GOLIK, 1995 *apud* PSENDZIUK, 2005) ou, conforme Ciporkin e Paschoal (1992) *apud* Menezes, Silva e Ribeiro (2009, p.10), trata-se de

uma infiltração edematosa do tecido conjuntivo subcutâneo, não inflamatório, seguido de depolimerização da substância fundamental, que, infiltrando-se nas tramas, produz uma reação fibrótica consecutiva, ou seja, mucopolissacarídeos que a integram sofrem um processo de geleificação.

Popularmente conhecida pela designação de celulite, o fibro edema gelóide, em conformidade com Oenning e Braz (2002, p.2) também atende pelas denominações de "lipodistrofia localizada, infiltração celulítica, hidrolipodistrofia, infiltração celulálgica, etc".

Por sua vez, Sant'Ana, Marketil e Leite (2007, p.31) lecionam:

[...] é um distúrbio do pânículo adiposo que afeta mulheres após a puberdade³ sendo mais comum em caucasianas do que em asiáticas. O termo "celulite" foi descrito pela primeira vez na França, por volta de 1920, quando o pesquisador Paviot identificou e descreveu as alterações estéticas que ocorrem na superfície da pele. O próprio nome celulite é uma combinação do termo francês para designar célula – Cellule - e o sufixo -ite que significa inflamação⁵. Considerando que não se trata, propriamente, de uma inflamação, vários outros termos têm sido descritos incluindo dermoipodermose, lipodistrofiaginóide, paniculose, paniculopatia esclero-edematosa, fibro edema gelóide, dentre outros. O FEG se apresenta como uma alteração da pele que adquire um aspecto em forma de "casca de laranja" com depressões irregulares sendo que os locais mais afetados são as coxas e região glútea. Também são afetados em menor intensidade, a panturrilha, os braços e o abdome.

Ainda em conformidade com Sant'Ana, Marketil e Leite (2007), por volta de 1847 os estudiosos do assunto descreviam o fibro edema gelóide como sendo uma distrofia de cunho celular complexa não-inflamatória do tecido mesenquimal ocasionada por uma desordem do metabolismo dos líquidos intersticiais, decorrente de uma resposta ao trauma. Contudo, estudos mais atuais propõem tratar-se de uma fisiopatologia que abrange modificações primárias no tecido adiposo, hiperpolimerização irregular do tecido conjuntivo e variações microcirculatória.

3.1.2 Etiologia e Classificação

A etiologia do FEG, segundo Machado *et al* (2009) é multifatorial dada a presença de fatores desencadeantes (tem-se o hiperestrogenismo como principal fator), predisponentes e agravantes.

"Os fatores predisponentes são de origens genética, sexual, étnica, pelo biotipo corporal, pela distribuição de tecido adiposo e pelos receptores envolvidos" (MACHADO *et al*, 2009, p.81) ou, segundo Pravato (2007), se referem àqueles que, acrescidos de outros, maximizam a possibilidade de causar o fibro edema gelóide. Geralmente a incidência do FEG acomete a raça branca em maior proporção, bem como indivíduos do sexo feminino. A fase da puberdade, devido às alterações de cunho hormonal, é o período que a mesma começa a aparecer.

Dentre os fatores determinantes, Pravato (2007) e Machado *et al* (2009) elencam os seguintes: estresse, maus hábitos alimentares, fumo, sedentarismo, desequilíbrios e perturbações metabólicas e alterações posturais.

No que concerne à classificação, o FEG é constituído por quatro estágios, sendo a fase inicial (fase da congestão) caracterizada pela instalação da afecção, sem que a mesma possa ser visualizada uma vez que ocorre em nível interno e basicamente as alterações são de cunho circulatório. No estágio seguinte (fase exsudativa), ocorrem alterações de cunho estruturais e os primeiros sintomas (ondulações na pele) tornam-se perceptíveis através de apalpação, enquanto que no terceiro estágio (fase de reorganização fibrosa), em virtude do surgimento de nódulos e textura ácida e, muitas vezes, flácida que a pele adquire, pode-se perceber a existência do fibro edema gelóide sem a necessidade de apalpação. Por fim (fase de esclerose), a pele apresenta-se brilhante e com achatamentos acentuados, além de inchaço e desconforto nas pernas. (GUIRRO; GUIRRO, 2002)

Já Ulrich (1982) *apud* Machado *et al* (2009, p.81) propõe uma classificação baseada em três graus:

De acordo com a classificação proposta por Ulrich¹⁰, existem três graus de FEG. O grau I ou brando ocorre quando as alterações cutâneas são percebidas somente durante a compressão dos tecidos (teste de casca de laranja ou contração muscular) geralmente na posição ortostática, pois quando a pessoa está deitada frequentemente não se percebe sua presença. O grau II ou moderado apresenta as alterações cutâneas de forma espontânea, sem compressão dos tecidos, pode ser visível com a voluntária deitada e com as margens bem delimitadas. O grau III ou grave apresenta alterações cutâneas tanto em posição deitada ou em ortostatismo, ficando com a pele enrugada e flácida adquirindo a aparência do chamado saco de nozes.

Por fim, expõe-se a classificação do FEG a partir dos sinais e sintomas. A primeira classificação apontada por Corrêa (2005) é o FEG compacto ou duro, este, de maior incidência para o sexo feminino em idade jovem e praticante regular de atividade física regularmente.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Já Campos (2000) afirma ser encontrado em indivíduos com bom trofismo muscular, em atletas e grandes obesos. Em geral, constitui-se por nódulos duros e de elevada sensibilidade.

Por sua vez, o FEG edematoso, dentre os demais, é a forma mais grave, de menor frequência e acomete pessoas das mais diversas faixas de idade e peso. Já o FEG flácido ou brando é o de incidência mais frequente, não apresenta dor e geralmente acomete indivíduos sedentários e com peso abaixo do normal. (CORRÊA, 2005)

Corrêa (2005) aponta ainda a possibilidade de ocorrência de mais de um tipo de FEG em locais distintos neste caso, denominado misto. Leite (2003) *apud* Corrêa (2005) se refere ao FEG enquanto defesa do organismo em resposta às mudanças sofridas pelos adipócitos, os quais, ao sofrer aumento acabam por ter seu núcleo comprimido e, consequentemente, vindo a alterar tanto seu pH quanto as trocas metabólicas. Nestes termos, o tecido conjuntivo dilata-se comprometendo a elasticidade, valendo ressaltar também a ocorrência da ampliação da luz dos vasos sanguíneos e compressão nervosa resultando em desconforto quando apalpada a região. Frente às alterações mencionadas, “o organismo forma tramas de colágeno que irão tentar encapsular todo esse extravasamento do adipócito, dando sustentação e abrindo passagem para os vasos sanguíneos e descomprimindo as células nervosas” (p.29).

De forma geral, os vestígios nocivos da afecção de que aqui se trata, podem ser constatados por testes considerados simples e seguros, ressaltando-se que em estágios avançados a identificação de sua existência pode ser detectada visualmente. Contudo, quando da necessidade de realização de testes, o mais comumente utilizado é o chamado “teste da casca de laranja”, o qual consiste em pressionar o tecido adiposo entre os dedos polegar e indicador e, em caso positivo, a pele se mostrará com aspecto de casca de laranja (rugosa). Utiliza-se também o teste de preensão que, com o auxílio de uma tela subcutânea, realiza-se um movimento de tração e, caso resulte em sensação de dor além do considerado normal, tem-se caracterizada a ocorrência do FEG. (GUIRRO; GUIRRO, 2002)

3.1.3 Tratamentos

De acordo com Gravena (2004) ainda que atualmente as questões relacionadas às técnicas voltadas ao tratamento do FEG tenham evoluído, muitas investigações ainda devem ser efetuadas para que qualquer procedimento possa ser reconhecido como eficaz em termos clínicos.

Relevante se faz expor a observação advinda de Conrado (2004) *apud* Silva e Carvalho (2012, p.574):

Segundo Conrado, 2004, o fibro edema gelóide não tem cura, portanto devemos ter uma constante preocupação com o seu controle e manutenção, pois suas recidivas são constantes e além de promover uma melhora na estética e manutenção dos resultados, reduzindo as recidivas dos tratamentos e melhora da qualidade de vida. E tendo em vista que a porcentagem de mulheres que possuem algum grau de celulite é grande. Além dos tratamentos localizados, é preciso estar atento no controle do peso, ingerido alimentações balanceadas e praticar atividade física que fará com que ganhe massa muscular, diminuindo a quantidade de gordura corporal.

Acrescenta Gravena (2004) que para o atingimento de resultados satisfatórios no tratamento do fibro edema gelóide, necessário se faz toda uma alteração de hábitos, à exemplo da prática de atividades físicas e hábitos alimentares, bem como o tratamento dos fatores vasculares, hormonais e psicológicos. Portanto, sendo o fibro edema gelóide uma alteração de cunho multifatorial, os melhores resultados são atingidos com condutas variadas e complementares entre si.

Diversas técnicas têm sido utilizadas no tratamento dos recursos são utilizados para o tratamento do Fibro Edema Gelóide e, dentre tais recursos, merece ressalva a técnica da drenagem linfática, a qual será discutida a seguir.

3.2 Drenagem Linfática Manual

3.2.1 Histórico e Conceitos

Comenta Lessa *et al* (2011) que o procedimento de drenagem linfática manual teve como berço a Alemanha em 1932, desenvolvido por Estrid e Emil Vodder, casal de procedência dinamarquesa e, somente por volta de 1967 deu-se a criação da Sociedade de Drenagem Linfática Manual, tendo a mesma sido associada à Sociedade Alemã de Linfologia no ano de 1976.

Tal técnica baseou-se na experiência adquirida por Emil Vodder e sua esposa com técnicas de massagens em Cannes, Riviera Francesa. Eles observaram que muitas pessoas apresentavam quadros gripais crônicos nos quais se detectava um aumento dos linfonodos na região cervical e obtiveram a melhora desses quadros com determinados tipos de movimento de estimulação física (massagem) realizados na região envolvida. (LESSA *et al*, 2011, p.2)

A drenagem linfática manual consiste em um procedimento o qual, mediante utilização de manobras cinésicas específicas promove o estímulo das correntes derivativas da região afetada transportando o fluido retido em um vaso linfático e, consequentemente, estimulando uma diminuição da pressão no interior do vaso. (GODOY e col., 2004 *apud* LESSA *et al*, 2011)

Por sua vez, Leduc (2000) afirma que a drenagem linfática promove a manutenção da estabilidade hídrica dos espaços intersticiais bem como a segregação dos dejetos advindos do metabolismo celular.

Tem-se ainda, a consideração exposta por Almeida *et al* (2011, p.32), quando a mesma se refere à DLM como sendo uma técnica de “massagem terapêutica especializada e distinta que utiliza técnicas específicas, feita com pressões suaves, lentas, intermitentes e relaxantes que seguem o trajeto do sistema linfático”. A autora ressalta ainda que a mesma tem por objetivo a ampliação do transporte linfático para que o edema possa ser mobilizado e, de forma manual, proporcionar a retirada do excedente de fluido intersticial, resultando na atenuação de edemas linfáticos, linfedemas, FEG, dentre outros.

3.2.2 Efeitos Fisiológicos e Manobras da Drenagem Linfática Manual

Os principais efeitos das manobras de DLM, conforme Marcant (2007) fundamentam-se na amplitude da circulação promovida pela constrição externa dos tecidos.

As vias linfáticas da pele e do tecido subcutâneo não possuem uma direção de fluxo definida. A linfa movimenta-se devagar, mas o fluxo linfático total fica em torno de dois a quatro litros por dia. A velocidade de formação e de fluxo da linfa é variável, sendo que o conteúdo de um vaso linfático pode permanecer estagnado por longos períodos. Vários fatores influem diretamente no fluxo linfático, são eles: filtração e reabsorção nos capilares sanguíneos, pressão intersticial, bomba capilar linfática, bombeamento intrínseco pelo vaso linfático, bombeamento causado por compressão externa dos linfáticos, volume adicional de linfa processada nos linfonodos, peristaltismo intestinal, respiração. (MARCANT, 2007, p.29)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ainda sob argumentos de Marcant (2007), a lentidão e suavidade das manobras de drenagem linfática manual estimulam a melhoria da circulação localizada reduzindo a possibilidade da ocorrência de formação de fibrose em torno dos adipócitos e, conseqüentemente, o desenvolvimento de nódulos.

A DLM é de elevada representatividade no tratamento do FEG, desde que o fluxo de manobras seja realizado em conformidade à com a área alvo do tratamento e seguindo os dois princípios fundamentais que a constitui: evacuação (remoção) e captação (absorção).

Com referência à evacuação, Ribeiro (2004) comenta que o mesmo tem por finalidade contribuir na retirada da linfa dos pré-coletores e coletores linfáticos, bem como deixar livre as áreas de acesso para os linfonodos regionais, estabelecendo a possibilidade de uma aspiração da linfa em direção aferente. Nas palavras de Galvão (2005, p.70), o referido processo “consiste na evacuação, longe da região infiltrada, dos elementos recaptados pelos capilares”.

No caso da captação, segundo Ribeiro (2004), tem-se que o objetivo consiste no auxílio da absorção do excedente de líquido excedente para o interior dos capilares linfáticos terminais e a ampliação do fluxo no sentido dos linfonodos regionais e, por fim, em direção ao canal torácico e ao duto linfático direito ou, conforme Galvão (2005, p.70) “[...] é realizada pela rede de capilares linfáticos. A captação é a conseqüência do aumento local da pressão tissular. Quanto mais a pressão aumenta, maior é a recaptação pelos capilares linfáticos”.

Marcant (2007) expõe as tipologias e objetivos de manobras:

Tipos	Objetivos
Drenagem dos linfonodos	Objetiva a evacuação da linfa diretamente sobre as regiões dos gânglios
Círculos fixos	Promove a captação da linfa e é executada no percurso em na direção das vias linfáticas
Círculos alternados	Aplicadas em áreas extensas
Pressão em bracelete	Objetiva a ampliação do fluxo linfático em direção aos linfonodos regionais

Quadro 1 - Tipologias e objetivos de manobras
Fonte: Marcant, 2007

De forma ampla, pode-se afirmar que a drenagem linfática manual deve ter seu início com manobras capazes de facilitar a evacuação, realizadas nos linfonodos regionais e, em seguida, as de captação, efetuadas ao longo das vias linfáticas e nas regiões de edemas. (RIBEIRO, 2004)

3.2.3 Componentes, indicações e contra-indicações da drenagem linfática manual

Fukushima (2004) *apud* GALVÃO (2005) aponta três elementos determinantes os quais devem ser considerados no decorrer da DLM, quais sejam:

Direção: movimento acompanhando a direção do fluxo sanguíneo e linfático, com início na região proximal e, posteriormente, região distal.

Pressão: variável em conformidade com as condições do tecido na ocasião do procedimento, devendo ser satisfatório para promover de forma facilitada a reabsorção do líquido intersticial e impulsioná-lo.

Ritmo: permanente, lento e leve.

Ainda que realizada de forma lenta e leve, a DLM apresenta alguns cuidados precauções e limitações no que tange à sua utilização, a exemplo de “distúrbios do ritmo cardíaco e acidentes cardíacos recentes e hipertireoidismo”. (GALVÃO, 2005, p.74)

Outras limitações são acrescentadas por Guirro (2002) *apud* Galvão (2005), sendo elas: presença de processos infecciosos, neoplasias, trombose venosa profunda e erisipela e, enquanto contra-indicações têm-se: hipertireoidismo, asma-brônquica, insuficiência cardíaca congestiva e inflamações agudas. (IBRATE, 2003/2004 *apud* GALVÃO, 2005)

Por fim, uma ressalva de fundamental relevância apontada por Godoy (2005) *apud* Emrich (2013), é que a drenagem linfática manual deve ser aplicada por fisioterapeutas que possuam conhecimento acerca de anatomia e fisiologia do sistema linfático, bem como da técnica de drenagem a ser empregada, uma vez que, caso venha a ser aplicada de forma inadequada poderá comprometer o paciente.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Esta investigação cujo objetivo consiste em analisar o grau de efetividade da drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide contou com ampla gama de publicações, dentre as quais 03 (três) subsidiaram elaboração da metodologia, 21 (vinte e uma) a revisão de literatura e, destas, 06 (seis) foram selecionadas para compor os resultados.

Especificamente na revisão de literatura, excetuando-se as utilizadas na composição dos resultados, os períodos de publicações encontram-se entre 2002 a 2013, contando com apenas uma obra datada de 2000. Por sua vez, os artigos utilizados para atender ao objetivo geral delineado, encontram-se entre 2004-2013 acrescentando-se que a ocorrência se deu em virtude da intenção da autora em selecionar a amostra da forma mais uniforme possível no sentido de analisar os resultados com maior precisão.

Portanto, considerando a uniformidade, 06 (seis) publicações tiveram a amostra constituída por pacientes do sexo feminino, com fibro edema gelóide entre os graus I a III e submetidas à seções de drenagem linfática manual isolada ou associada ao ultrassom. Ressalta-se que todas se encontravam em idade jovem (entre 20-31 anos), exceto em uma publicação (paciente com 41 anos), opção esta intencional no sentido de compreender se os efeitos da DLM apresentam os mesmos resultados independente de idade.

Em linhas gerais, constatou-se que a DLM apresenta bons resultados enquanto tratamento do fibro edema gelóide, principalmente nos graus iniciais, resultando em atenuação da ondulação do contorno da pele em virtude da remoção do excedente de líquido presente no espaço intersticial.

Também percebeu-se melhoria no aspecto da pele “provavelmente pelo fato de a drenagem promover a remoção do excesso de líquido presente no interstício”, aduz Brandão *et al* (2019, p.622-623)

Enfatiza-se ainda, que o sucesso dos resultados da utilização da DLM no tratamento do FEG tem relação direta com o grau que a mesma se encontra, bem como com a quantidade de seções a que a paciente é submetida e no que concerne à prática de atividades físicas e hábitos alimentares, tanto que Gravena (2004, p.46) comenta:“a observação dos resultados mostrou que a drenagem linfática manual pode ser um recurso utilizado no tratamento do fibro edema gelóide com bons resultados, especialmente quando este se

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

encontra em fase inicial”, sendo, portanto, relevante a iniciação de um programa precoce não apenas como possibilidade de redução decorrentes da patologia de que aqui se trata, bem como de maximizar as melhorias dos aspectos da pele.

No estudo de Marcant (2007) o qual envolveu um programa de US e DLM foram avaliados os resultados foram satisfatórios, especificamente no que concerne à redução de medidas, bem como formato e grau do FEG.

Contudo, nos achados de Meyer *et al* (2005), os feitos do drenagem Linfática na celulite não apontaram para nenhuma alteração relevante referente ao grau de extrusão intradérmica de subdermal tecido adiposo, levando à suposição de que a DLM é mais eficaz quando associada a outro método.

Em se tratando do estudo de Galvão (2005) o qual envolveu uma paciente em idade mais avançada (41 anos) a mesma, embora não tenha apresentado agravamento no quadro do FEG, também não apresentou a melhora esperada.

Com o avançar da idade ocorrem alterações da substância fundamental e uma conseqüente alteração do meio interno, como por exemplo a diminuição de moléculas como proteoglicanas, causando modificações importantes que levam ao FEG, e que quanto mais avançada a idade, maior poderá ser o agravamento dessas condições. Tem-se consciência também de que o metabolismo corporal já não é tão eficaz conforme torna-se mais velho. (BORELLI; PELLEGRINO; MAPELI, 2004; CAMPOS, 1992 *apud* GALVÃO, 2005, p.92)

O mesmo estudo reafirma o mencionado anteriormente que o principal fator para a obtenção de resultado satisfatório é o adequado diagnóstico aliado à escolha do melhor recurso para a terapia de que aqui se trata que, no caso, envolveu a utilização do US aliado à drenagem linfática manual.

Nestes termos, comenta Bacarat (2004) *apud* Galvão (2005, p.94) que

o US é um importante recurso juntamente com a drenagem linfática manual no tratamento do FEG, e o mesmo ainda recomenda duas ou mais sessões por semana, com duração máxima de 20 minutos, no modo contínuo, na frequência de 3MHZ nas áreas acometidas, e que após cada sessão realiza-se a drenagem linfática manual objetivando aproveitar os efeitos de aumento de metabolismo local, permeabilidade das membranas e vasodilatação na eliminação do edema.

Conforme verificado na revisão de literatura, a drenagem linfática manual consiste em um método adequado enquanto estímulo do sistema linfático e, por possibilitar a redução do excedente de líquidos, tem sido bastante utilizada como tratamento do FEG e cujo sucesso é alcançado em maiores níveis de positividade, quando associado a outros métodos à exemplo do US.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste trabalho consistiu na análise dos efeitos da drenagem linfática no tratamento de fibro edema gelóide. Em atendimento ao mesmo, buscou-se junto às publicações especializadas subsídios para o embasamento teórico e, mais especificamente, para a composição dos resultados e discussões. A revisão de literatura apontou para a relevância assumida pela fisioterapia dermatofuncional enquanto área direcionada à prevenção e tratamento das alterações relacionadas à pele, dentre as quais encontra-se inserido o fibroedema gelóide (FEG). Nestes termos, um dos tratamentos de grande procura tem sido a drenagem linfática manual a qual consiste em uma massagem realizada com pressões suaves, lentas, intermitentes e relaxantes que seguem o trajeto do sistema linfático. De forma ampla, a observação dos resultados dos estudos acerca da DLM no tratamento do FEG de forma isolada ou associada, apontaram para resultados satisfatórios, principalmente se a mesma apresentar-se em fase inicial. Por fim, sugerem-se novos estudos os quais contemplem uma amostra composta também por pacientes em idades mais avançadas bem um acompanhamento por um tempo maior, no sentido de averiguar os efeitos a longo prazo.

ABSTRACT

One of the features of high use in the treatment of fibro geloid edema, characterized by a change in the subcutaneous tissue, where there is an imbalance of metabolism, circulation and fibers sustentação is manual lymphatic drainage, a procedure aimed at the stimulation system lymphatic and thus the reduction of excess fluid. For better understanding of the topic, this study turns to check the degree of effectiveness of manual lymph drainage in the treatment of edema geloid fibro. This is a survey of literature and exploratory nature conducted from August to November 2013, through publications available on sites search (Medline, Pubmed, Lilacs and SciELO), during the years 2002 to 2013, adding that the occurrence was due to the author's intent in selecting the sample as evenly as possible in order to analyze the results more accurately. The results showed that, in general, the MLD shows good results while treating fibro geloid edema, especially in the early grades, resulting in attenuation of ripple contour of the skin due to the removal of excess fluid in the interstitial space, and when associated with other methods, such as the U.S., success is achieved at higher levels of positivity.

Keywords: Fibro geloid edema. Lymphatic Drainage. Physiotherapy dermatofunctional.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. F.; BRANDÃO, D. S.; SILVA, J. C.; OLIVEIRA, R. G.; ARAÚJO, R. C.; PITANGUI, A. C. **Avaliação do efeito da drenagem linfática manual e do ultrassom no fibroedema gelóide.** Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/1368/1023>. Acesso em: 03 nov, 2013.

BRANDÃO, D. S.; ALMEIDA, A. F.; SILVA, J. C.; CÂNDIDA, R. G.; ARAÚJO, R. C.; PITANGUI, A. C. **Avaliação da técnica de drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide em mulheres.** Disponível em: <<http://www4.uninove.br/ojs/index.php/saude/article/viewFile/2446/1837>>. Acesso em: 02 nov. 2013.

CAMPOS, M. S. P. de. **Curso de fisioterapia estética corporal.** [s. l.], set. 2000. (Apostila).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CÔRREA, M. **Efeitos obtidos com a aplicação do ultra-som associado a fonoforese no tratamento do fibro edema gelóide.** Monografia. Universidade do Sul de Santa Catarina. Tubarão, 2005.

GALVÃO, M. M. M. **Drenagem linfática manual e ultra-som no tratamento do fibro edema gelóide em região glútea:** um estudo de caso. Disponível em: <http://www.fag.edu.br/tcc/2005/Fisioterapia/drenagem_linfatica_manual_e_ultra_som_no_tratamento_do_fibro_edema_geloide_em_regiao_glutea_um_estudo_de_caso.pdf>. Acesso em: 21 out. 2013.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GRAVENA, B. **Massagem de drenagem linfática no tratamento do fibro edema gelóide em mulheres jovens.** Monografia. Universidade Estadual do Oeste do Paraná. Cascavel, 2004.

GUIRRO, E; GUIRRO, R. **Fisioterapia dermatofuncional:** fundamentos, recursos e patologias. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002.

EMRICH, M. L. **Drenagem linfática manual em gestantes:** uma revisão da literatura.

LEDUC, A.; LEDUC, O. **Drenagem Linfática:** teoria e prática. São Paulo: Manole, 2000

LESSA, L. B.; SILVA, M. N.; DINIZ, J. S.; HERRERA, S. D. C. A drenagem linfática manual no tratamento do fibro edema gelóide: uma revisão literária. **Revista Cereus** nº.6, online – dez/ 2011-jun 2012.

MACHADO, A. F. P.; TACANI, R. E.; SCHWARTZ, J.; LIEBANO, R. E.; RAMOS, J. L. A.; FRARE, T. Incidência de fibro edema gelóide em mulheres caucasianas jovens. **Arq Bras Ciên Saúde, Santo André**, v.34, n.2, p.80-6, Mai/Ago 2009. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PPqFmvl4wNoJ:files.bvs.br/upload/S/1983-2451/2009/v34n2/a005.pdf+&cd=11&hl=pt-BR&ct=clink&gl=br>>. Acesso em: 21 out. 2013.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing.** São Paulo: Atlas, 1996.

MARCANT, S. M. **Análise da associação das técnicas de drenagem linfática manual e aplicação de ultra-som 3 mhz no tratamento do fibro edema gelóide.** Disponível em: <<http://ged.feevale.br/bibvirtual/monografia/MonografiaSilviaMarcant.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

MENEZES R.C.; SILVA, S.G.; RIBEIRO, E. R. Ultra-som no tratamento do fibro edema gelóide. Disponível em: <http://www.inspirar.com.br/revista/wp-content/uploads/2010/04/revista_cientifica_inspirar_edicao_1_2009.pdf#page=11>. Acesso em 02 set 2013.

MEYER, P. F.; LISBOA, F. L.; ALVES, M. C.; AVELINO, M. B. Desenvolvimento e aplicação de um protocolo de avaliação fisioterapêutica em pacientes com fibro edema gelóide. **Fisioterapia em Movimento**, Curitiba, v.18, n.1, p. 75-83, jan./mar., 2005.

MILANI, G. B.; AMADO JOÃO, S. M.; FARAH, E. A. **Fundamentos da fisioterapia dermatofuncional:** revisão de literatura. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:hXiibMBOzWgJ:scholar.google.com/+drenagem+linf%C3%A1tica+%C3%A9+de+finida&hl=pt-BR&as_sdt=0,5>. Acesso em: 19 set. 2013.

OENNING E. P.; BRAZ, M. M. **Efeitos obtidos com a aplicação do ultra-som no tratamento do fibro edema gelóide – feg (celulite).** Disponível em: <<http://www.fisio-tb.unisul.br/Tccs/02b/elaine/artigoelainepickleroening.pdf>>. Acesso em: 29 out. 2013.

PRAVATO, M. **Efeitos do ultra-som terapêutico 3mhz associado à endermoterapia no tratamento do fibro edema gelóide e da gordura localizada.** Disponível em: <<http://www.pergamum.udesc.br/dados-bu/000000/0000000000008/000008C9.pdf>>. Acesso em: 23 out 2013.

PSENDZIUK, C. **Acupuntura Estética Corporal.** São Paulo: Revista Personalité, ed. 45, 2005.

RIBEIRO, D. R. **Drenagem linfática manual corporal.** São Paulo: Ed. Senac, 2004.

SANT'ANA, E. M. C.; MARQUETTI, R. C.; LEITE, V. L. **Fibro edema gelóide (celulite):** fisiopatologia e tratamento com endermologia. Fisioterapia Especialidades - Volume 1 - Numero 1 - outubro / dezembro de 2007. Disponível em: <http://scholar.googleusercontent.com/scholar?q=cache:pUyzi0rrQFgJ:scholar.google.com/+fibro+edema+gel%C3%B3ide+uma+revis%C3%A3o+bibliogr%C3%A1fica&hl=pt-BR&as_sdt=0,5&as_vis=1>. Acesso em: 17 out. 2013.

SILVA, J. A.; CARVALHO, R. A. **Análise do efeito da terapia de infra-vermelho longo associada a drenagem linfática no tratamento do fibro-edema gelóide.** Disponível em: <<http://terapeuticnet.blogspot.com.br/2012/12/analise-de-terapeutica-do-uso-de-roupas.html>>. Acesso em 01 nov. 2013.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1997.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Efeitos de um programa de fisioterapia como promotor de saúde em indivíduos com dor crônica na coluna vertebral

Maíra de Oliveira Viana – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – FMRP/USP – maira.ov@gmail.com

Natália Bitar da Cunha Olegário – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Rinna Rocha Lopes – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

José Nilson Rodrigues Menezes – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Hermano Gurgel Batista – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Aline Sousa Gomes – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Palavras-chave: Promoção da saúde. Fisioterapia. Dor. Coluna vertebral.

Resumo

Estima-se que mais de um terço da população brasileira julga que a dor crônica, seja lombar ou cervical, compromete as atividades habituais e mais de três quartos considera que a dor crônica é limitante para as atividades recreacionais, relações sociais e familiares. O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos de um programa de Fisioterapia como promotor de saúde em indivíduos com dor crônica na coluna vertebral e sua relação ao desempenho das atividades funcionais e influência na qualidade de vida. Trata-se de um estudo descritivo, intervencionista com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada no Núcleo de Atenção Médica Integrada, durante os meses de Agosto a Dezembro de 2010 com encontros quinzenais, em indivíduos com dor crônica na coluna vertebral. O programa foi desenvolvido em 2 etapas, iniciando com uma palestra educativa seguida de dinâmicas integrativas através de exercícios individuais e em grupo com 20 participantes independente do sexo na faixa etária de 20 a 60 anos. Como instrumento utilizou-se um questionários elaborado pelas pesquisadoras com perguntas referentes a intensidade, local e tempo de dor e qualidade de vida. Após a realização do programa, 60% dos participantes relataram que seu nível de dor de acordo com a escala analógica de dor diminuíram, 100% acharam que o programa contribuiu para melhora na qualidade de vida e julgaram claras as informações obtidas nas palestras. Conclui-se que o programa de fisioterapia realizado, foi eficaz para propiciar uma melhora significativa no desempenho das atividades funcionais e qualidade de vida dos participantes.

Introdução

O termo promoção da saúde refere-se ao envolvimento entre os diversos setores da sociedade, os quais devem realizar parcerias na tentativa de buscar soluções para os problemas de saúde da comunidade. Porém isto só se torna possível a partir de uma combinação de estratégias que incluem as ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos e dos sistemas de saúde (BUSS, 2003).

Na promoção da saúde o trabalho em grupo possibilita a quebra vertical que tradicionalmente existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora de expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida que tem alguns impacto na saúde de indivíduos e de grupos (CARLOS, 1998).

A Sociedade Internacional para Estudo da Dor, em 1979, conceituou dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável que é descrita em termos de lesões teciduais, reais ou potenciais. A dor é sempre subjetiva e cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências traumáticas" (PIMENTA, 2000). A dor crônica é hoje conceituada como um fenômeno complexo e multifatorial, que envolve aspectos orgânicos e psicossociais.

O tratamento neurofisiológico e neurofarmacológico são considerados eficazes, mas a abordagem multidisciplinar, que surgiu na década de 80, a psico-oncologia, tem importância ímpar para a qualidade de vida desses indivíduos (SILVA, 2001). Mais especificamente, a dor lombar (lombalgia) é considerada como um quadro de desconforto, fadiga ou rigidez muscular localizada no terço inferior da coluna, onde 50-90% dos adultos apresentam-na (IMAMURA, KAZIYAMA, IMAMURA, 2000; REINEHR, CARPES, MOTA, 2008). De acordo com França et al (2008), a sintomatologia supracitada é uma das causas mais frequentes de atendimento médico e a segunda de afastamento do trabalho.

Enquanto que a cervicalgia crônica representa na população um percentual em torno de 12% das mulheres e 9% dos homens ; o manejo destes pacientes é desafiador (TEIXEIRA et al., 2001, SALOMÃO et al., 2004). Situações emocionais e interesse em afastamento para tratamento de saúde e / ou aposentadoria por invalidez podem interferir na evolução do quadro (KRAYCHETE et al., 2003), doenças como ansiedade e depressão podem dificultar o manejo e a evolução das situações que levam a cervicalgia crônica. Além disso, o descondicionamento físico, alterações da marcha, quedas, o processo de reabilitação lento, polifarmácia, disfunção cognitiva e desnutrição crônica estão entre as muitas condições geriátricas comuns que podem ser pioradas pela presença da dor e/ou pelos efeitos adversos desencadeados pelo tratamento medicamentoso da dor (SANTOS et al., 2006).

De acordo com Salmória (2008), uma das possibilidades que o fisioterapeuta tem em atuar com a equipe de Saúde é no trabalho com a coletividade, lugar em que ele deve ser abrangente em sua participação com a comunidade/grupo para qual trabalha, bem como para com a equipe à qual faz parte.

Onde este se define por uma intervenção sistemática planejada com o objetivo de atingir uma mudança na realidade social. Por exemplo, um programa para diminuir o consumo de drogas ou para diminuir o número de acidentes de trânsito. Num programa social sempre existe um antes e um depois, que devem ser comparados para comprovar se o programa obteve ou não o efeito pretendido (CANO, 2004).

Neste contexto, o papel do profissional de saúde não é mais o de detentor do conhecimento e do poder, é agir sobre o outro que se coloca a seu cuidado, principalmente ajudando-o a se ajudar, estimulando a capacidade das pessoas de enfrentar problemas a partir de suas condições concretas de vida. Para isto, é necessário envolver os pacientes, famílias e a comunidade na produção de sua própria saúde. Estimular o autocuidado, valer-se da educação em saúde para aumentar a capacidade das pessoas serem terapeutas de si mesmas. Considerar cada grupo como agente de saúde de sua própria família e de sua própria comunidade. Compartilhar conhecimentos de saúde com os pacientes e grupos, estimulando posturas saudáveis (LEITE e FARANY, 2003).

Com a nova definição de saúde e das ações relativas ao profissional de saúde, é necessária uma redefinição do papel do fisioterapeuta: não basta mais a este profissional um pleno domínio das técnicas; este agora precisa de uma série de habilidades e competências que o instrumentalizem a promover um bem-estar duradouro junto à população. O fisioterapeuta passa a ter, então, um papel social, além daquele de utilizar o conhecimento científico especializado, sendo seu papel não apenas recuperar, reabilitar e minimizar o sofrimento, mas também o de prevenir doenças e, mais do que isto, promover a saúde da população (LEITE e FARANY, 2003).

O programa de Fisioterapia foi realizado através da cinesioterapia global, que é uma de exercícios físicos, que objetiva restaurar, manter e prevenir o aumento de incapacidades funcionais ou o aumento de agravos nas doenças crônicas já instaladas neste subgrupo.

O objetivo deste estudo foi analisar os efeitos de um programa de Fisioterapia como promotor de saúde em indivíduos com dor crônica na coluna vertebral e sua relação ao desempenho das atividades funcionais e influência na qualidade de vida.

Metodologia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Trata-se de um estudo descritivo, intervencionista de abordagem qualitativa. Realizado no setor de fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), clínica escola da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Os encontros aconteceram quinzenalmente, no período da tarde, com duração de 2 horas, no período Agosto a Dezembro de 2010.

A pesquisa seguiu os preceitos éticos do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos, atendendo à Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A amostra foi composta por 20 indivíduos independente do sexo previamente diagnosticadas com dor crônica, com idade entre 20 e 60 anos. Indivíduos que faziam uso crônico, por mais de seis meses de analgésicos, anti-inflamatórios ou psicotrópicos, diagnosticados com distúrbios neurológicos centrais ou periféricos, doenças cardíacas e epilepsia e gestantes, foram excluídas da pesquisa.

Inicialmente todas as participantes responderam a um questionário elaborado pelos pesquisadores com perguntas objetivas que abordavam sobre a intensidade, tempo e local da dor; sobre atividades de vida diárias e qualidade de vida. Foi realizada uma explanação oral englobando pontos importantes como: posturas adotadas durante as atividades de vida diária e laborais, importância da não automedicação, atividade física e alimentação. Em seguida exercícios de auto alongamentos e massagens de liberação miofasciais eram ensinadas as participantes. Foram realizados 10 encontros, onde ao final de cada um deles as participantes relatavam dúvidas.

Os questionários foram respondidos em dois momentos: antes e após o programa de fisioterapia. Os participantes não relataram dúvidas para responder o questionário e realizavam sua entrega em aproximadamente 10 minutos.

Os dados foram analisados no programa Microsoft Excel versão 10.0 e os resultados foram expressos em forma de gráficos e tabelas.

Resultados

e

Discussão

Fizeram parte do programa de fisioterapia (n= 20) indivíduos com idade entre 20 a 60 anos, no qual (n=17) eram do sexo feminino e (n=3) do masculino. As regiões mais dolorosas da coluna vertebral foram a região cervical 50% e a região lombar 50%, nenhum participante relatou dores na região dorsal.

A lombalgia é responsável por um expressivo impacto socioeconômico negativo pelos casos de incapacidade física (temporária ou não) gerando perda de dinheiro devido ao afastamento dos empregados do trabalho, além de gastos com seguros e tratamentos. Estima-se que sua prevalência esteja entre 65 e 80%, acometa 25% da população entre 30 e 50 anos de idade e represente a principal causa de incapacidade nas faixas etárias abaixo de 45 anos. Já a cervicalgia pode ter várias origens. Alterações posturais, traumas mecânicos, retificações, compressões articulares, entre outras (FERREIRA, 2001).

A cervicalgia acomete um número considerável de indivíduos, com uma média de 12% e 34% de uma população adulta em alguma fase da vida, com maior incidência no sexo feminino, trazendo prejuízos nas suas atividades de vida diária (TEIXERA, 2001; SALOMÃO, 2004).

O programa de fisioterapia constou de exercícios de cinesioterapia (fortalecimento e alongamento muscular), massagens e liberação de fáscia. A maioria reafirmaram a necessidade de exercício físico como forma de melhorar a sua saúde e seu bem estar geral, o que denota a consciência com o autocuidado. O movimento da Promoção da Saúde põe em destaque o estilo de vida valorizando comportamentos de autocuidado (CARTA de OTTAWA, 1986).

Observou-se que 60% dos participantes relataram que seu nível de dor de acordo com a escala analógica de dor (EVA) diminuíram, 60% não deixavam de realizar nenhuma atividade física ou laboral em decorrência do quadro algico, 100% melhoraram muito a participação no programa.

No que diz respeito à dor, a Fisioterapia tem um importante papel na melhora do controle desta e no aumento ou manutenção das habilidades funcionais do paciente em casa ou no trabalho, assim como na redução de outros sintomas que lhe causam sofrimento (MARQUES et al., 2002). Este papel gira em função de fornecer melhor qualidade de vida ao paciente diante da patologia e conseqüentemente da dor. Diante deste importante papel os fisioterapeutas vêm conquistando seu espaço na saúde pública, promovendo atenção específica na sua área, mas também agindo como educador e promotor de ideias e ações que contribuam para o controle e prevenção das enfermidades.

Verificou-se que 60% dos participantes apresentavam dor somente uma vez por semana após a participação no programa, 100% dos participantes acharam que o programa contribuiu muito para melhora na sua capacidade funcional e conseqüentemente em sua qualidade de vida.

De acordo com análises de programas que priorizam a evolução da capacidade funcional foi encontrado que 50% das mulheres e 42% dos homens com maior nível de atividade física possuem melhor saúde e maior habilidade funcional do que comparados aos sedentários da mesma idade (LEE *et al*, 2000).

Diante disso os programas ou atividades de promoção da saúde devem concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos, para que assim eles possam perceber sua melhora e independência nas mais simples atividades.

Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo permitem concluir que o programa de fisioterapia proposto, foi eficaz para melhorar as posturas errôneas adotadas durante as atividades laborais e diárias dos participantes que possuem dores crônicas na coluna vertebral. O enfoque do programa de fisioterapia foi orientar, valorizar e praticar o exercício físico ou a cinesioterapia para melhorar a capacidade funcional e conseqüentemente a qualidade de vida de indivíduos com dor crônica na coluna.

Os parâmetros avaliados apresentaram resultado satisfatório após análise pois houve melhora do quadro algico e maior funcionalidade por parte dos participantes.

O estudo permitiu aceitar a suposição inicial, que um programa de fisioterapia é eficaz na prevenção de aumento de incapacidades funcionais ou mesmo de agravos, pois durante o período do programa nenhum participante relatou piora do quadro e/ou crise algica.

O programa proporcionou uma melhor condição de saúde e qualidade de vida dos participantes, apesar de ser necessário uma equipe multidisciplinar para que se possa atender prontamente a todas as necessidades específicas.

Referências

BRASIL. Resolução CNS n.º 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 201, p. 21 082, 16 out. 1996. Seção 1.

BUSS, PM. **Uma introdução ao conceito de promoção da saúde**. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 176p. p.18-37, 2003.

CANO, I. **Introdução à avaliação de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2 Ed, 2004, 120 p.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CARLOS, AS. O processo grupal. In: Jaques MGC, Strey MN, Bernardes NMG, Guareschi PA, Carlos SSA, Fonseca TMG. **Psicologia social contemporânea**: livro-texto. 2ªed. Petrópolis (RJ): Vozes; 262p.; p. 199-206, 1998

CARTA de Ottawa. Canadá: **Organização Mundial de Saúde**, 1986.

FERREIRA P. **Dor crônica, avaliação e tratamento oncológico**. In: Andrade Filho ACC. Dor, diagnóstico e tratamento. São Paulo: Roca; 2001

FRANÇA,F.J.R.; BURKE,T.N.; CLARET,D.C.; MARQUES,A.P.Estabilização Segmentar da Coluna nas Lombalgias: uma revisão bibliográfica e um programa de exercícios.**Fisioterapia e Pesquisa**.15(2); São Paulo, 2008

KRAYCHETE, D.C.; SAKATA, R.K.; TANAJURA, D.; GUIMARÃES, A.C.; ANGELIM, M. *Perfil clínico de pacientes com dor crônica do ambulatório de dor do hospital universitário Professor Edgar Santos – UFBA*. **Rev. Baiana de saúde pública**. (Salvador). V27, n2, p 185-195, jul/dez. 2003.

LEE, I.M, PAFFENBARGER, R.S; BARGER. Associations of light, moderate, and vigorous intensity physical activity with longevity. **J. american Epidemiology**, V. 151, p.293-299, 2000.

LEITE, F.A.; FARANY, M.I.S. O fisioterapeuta na atenção primária: uma atuação nos bastidores? FísioBrasil Atualização Científica, Rio de Janeiro, n. 61, p. 11-13, set./out. 2003

MARQUES, A. P.; MATSUTANI,L. A.; FERREIRA E. A. G.; MENDONÇA L.L. F. A fisioterapia no tratamento de pacientes com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**.v.12,n.1,2002.

REINECHR,F.B.; CARPES,F.P.; MOTA,C.B. Influência do Treinamento de Estabilização Central Sobre a Dor e Estabilidade Lombar.**Fisioterapia em Movimento**.21(1);123-129, 2008.

SALOMÃO JUNIOR, J.C.; ZARDO, E.A.; SERDEIRA, A.; PAGLIOLI, E. *Cervicobraquialgia*. **Acta médica** (Porto Alegre). P26-37. 2004.

TEIXEIRA, JM, BARROS FILHO T, Lin TY, HAMANI C, TEIXEIRA WGJ. Cervicalgias. **Rev Med**. 2001;80(Pt 2):307-16

TOSCANO, J. J. de O.; EGYPTO, E. P. do. A influência do sedentarismo na prevalência de lombalgia. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 7, n. 4, ago. 2001

Agradecimentos

Aos participantes e pesquisadores envolvidos no estudo

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EFEITOS EMOCIONAIS ENFRENTADOS PELA MULHER E SEUS FAMILIARES FRENTE AO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA

Thamires Lunguinho Cavalcante - thamiresl.cavalcante@hotmail.com Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Wdyane Layane da Costa Rodrigues - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Cícera Luciana da Silva Sobreira - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Cássia Rodrigues Vieira - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Charles Jerfesson Rodrigues Bezerra- Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Woneska Rodrigues Pinheiro – Faculdade de Medicina do ABC

Palavras-chave: *Câncer de mama. Reações das mulheres ao receberem o diagnóstico. Enfrentamento familiar.*

Resumo

Atualmente o número de mulheres portadoras de câncer de mama no mundo aumentou assustadoramente. Por se tratar de uma doença de abrangência mundial, têm-se a necessidade de avaliar qual o impacto na perspectiva da paciente e sua família. Trata-se de um tema que provoca curiosidade não só nas mulheres, como também na sociedade atual. Almeja-se, assim, contribuir para uma nova visão dos efeitos emocionais enfrentados pelas mulheres e seus familiares, realizando captação de informações que ajudem a compreender um processo tão evidente nos dias de hoje. Objetivou-se conhecer, a luz da literatura, os efeitos emocionais vivenciados pelos familiares e pelas mulheres com câncer de mama, com suas adaptações e mudanças. Nos resultados evidenciou-se que o câncer de mama é visto como um momento amedrontador, em que a mulher ao ser diagnosticada passa por sentimentos que expressam pesar, raiva e medo intenso. A família sofre principalmente pela mudança da rotina familiar, mais constitui a principal ferramenta de suporte que a portadora dispõe no que diz respeito a encorajamento e suporte no tratamento. Contudo, torna evidente a importância da família durante o processo, e entender os sentimentos negativos enfrentados pela mulher, sendo necessário para a prática profissional em saúde o conhecimento para a prestação de uma assistência integral.

Introdução

Atualmente o número de mulheres portadoras de câncer de mama no mundo aumentou assustadoramente. Segundo Gonçalves *et al.* (2009) e Primo *et al.* (2010) a cada ano cerca de 22% dos novos casos de câncer no sexo feminino são de mama, segundo dados de 2008 foram registrados no Brasil cerca de 49.400 novos casos de câncer de mama, com risco estimado de 51 casos para cada 100 mil mulheres. A detecção precoce é a principal ferramenta para diminuir suas taxas de morbimortalidade, sendo utilizados os métodos de rastreamento da neoplasia mamária: o exame clínico das mamas (ECM), o autoexame das mamas (AEM) e a mamografia. Camargo e Souza (2003) lembram que o câncer de mama tem um típico e, por vezes, complexo impacto psicológico. Assim, para minimizar os efeitos danosos do diagnóstico e tratamento cada vez mais os cirurgiões estão optando pela utilização da cirurgia conservadora (onde não há extirpação completa da mama) o que favorece a redução do efeito negativo na auto imagem e da própria visão corporal das mulheres afetadas pela doença. Por se tratar de uma doença que atinge muitas mulheres no mundo têm-se a necessidade de se avaliar como acontece esse impacto no seio familiar. Dessa forma, trata-se de um tema que provoca curiosidade não só nas mulheres, mas em toda sociedade. Almeja-se contribuir para uma nova visão dos efeitos emocionais enfrentados pelas mulheres e seus familiares na captação de informações que possam esclarecer dúvidas, assim como, se torna uma forma oportuna de divulgar a importância do autoexame e do diagnóstico precoce.

Objetivou-se, portanto, conhecer à luz da literatura, os efeitos emocionais vivenciados pelos familiares e pelas mulheres com câncer de mama, com suas adaptações e mudanças.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica da literatura nacional, de caráter descritivo. A pesquisa é resultado de buscas em literaturas disponíveis na Biblioteca Virtual da Saúde, e que tratam dos efeitos emocionais vivenciados pelos familiares e pelas mulheres com câncer de mama, com suas adaptações e mudanças.

Após a análise do material, foi possível dispor em categorias determinadas pelo teor do conteúdo: O câncer de mama; Reações das mulheres ao receberem o diagnóstico e o Enfrentamento familiar.

Resultados

e

Discussão

Nos resultados evidenciou-se que o câncer de mama é visto como um momento amedrontador, em que a mulher ao ser diagnóstico passa por sentimentos de pesar, raiva e medo intenso. Deve-se, a trajetória da doença, que pode levar a mulher a vivenciar situações que tanto levam a ameaça a sua integridade psicossocial, quanto a se defrontar com a possibilidade de recorrência da doença e da morte.

De acordo com Bergamasco e Ângelo (2001) e Camargo e Souza (2003), Fernandes *et al.* (2012) as reações e sentimentos das mulheres durante o período de diagnóstico são relativas, podendo variar de indiferença até um medo real. Aliado ao diagnóstico a reação ao câncer de mama traz um forte impacto psicológico sobre o indivíduo e sua família, que produz sentimentos como medo, ansiedade, dúvidas, raiva e sofrimento emocional desde o momento do diagnóstico.

Para Vieira, Lopes e Shimo (2005) o diagnóstico do câncer afeta tanto a paciente quanto a família, trazendo efeitos como angústia e mudanças de humor, provavelmente atribuída à dependência da mulher, que se encontra fragilizada, devido à patologia. Ao receberem o diagnóstico muitas mulheres acabam se sentindo como quem recebeu uma sentença de morte e tornam-se deprimidas. Em alguns momentos do tratamento, a família acaba desmotivada, gerando um sentimento de angústia e incapacidade que acaba influenciando diretamente a cliente.

Venâncio (2004) afirma esta opinião no momento e que aponta que a eclosão do câncer de mama na vida da mulher acarreta efeitos traumáticos, para além da própria enfermidade, visto que ela se depara com a iminência da perda de um órgão investido de representações. Fernandes *et al.* (2012) lembram, ainda, que o câncer de mama pode representar para a mulher não apenas uma doença mamária, que será acompanhada de tratamento, por vezes mutiladora e traumatizante, mas também um somatório de situações conflituosas e avassaladoras dos efeitos causados pela doença, como: mudanças corporais, insatisfação sexual, além da variabilidade do humor e da instabilidade emocional. Isso implica em uma grande instabilidade emocional para a cliente, seus familiares e amigos, e todos os profissionais envolvidos no seu tratamento.

O medo de enfrentar a doença pode estar presente dificultando o tratamento e, de certa forma, promovendo a perda da autoestima. No início, a mulher sente-se um pouco desequilibrada com a nova situação que lhe foi imposta e algumas se tornam tão inseguras que

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

mudam o comportamento com familiares, parceiro e amigos. Camargo e Souza (2003) lembram que, ao contrário de outros tratamentos para doenças crônicas, o contra o câncer são vistos como mais tóxicos e intensos, o que resulta num desgaste tanto físico quanto psicológico para sobreviver e vivenciar a doença.

Quanto à família da portadora, literatura dispõe sobre a criação de um sentimento de responsabilidade e condescendência, que pode modificar o cenário na vida cotidiana, fazendo com que a família da portadora procura se adaptar a nova rotina de tratamento e reabilitação (BERGAMASCO E ÂNGELO, 2001). Seguindo nessa linha, Gianini (2007), relata que a reação frente ao problema deve ser encarada de maneira benéfica no qual diz respeito ao encorajamento da mulher por parte dos familiares, pois o enfrentamento da doença, do tratamento, das mudanças de vida, passa a ser uma realidade vivenciada em conjunto, o que fortalece o vínculo familiar.

Conclusão

O câncer de mama altera toda a dinâmica familiar, o que por vezes se não for adequado dificultará o suporte emocional à mulher. Diante do diagnóstico e do tratamento antineoplásico percebe-se a grande responsabilidade que a família exerce em prover suporte emocional de que a mulher necessita para uma atitude positiva.

Assim, o desenvolvimento de pesquisas que envolvam a mulher e suas famílias, como foco no cuidado domiciliar, com o intuito de preparar os profissionais enfermeiros para reconhecerem esses familiares como aliados ao tratamento e à recuperação da mulher com câncer de mama, torna-se fundamental diante da gama que envolve esse tratamento.

De tal modo, além da necessidade de se conhecer os significados construídos pelas famílias acerca do cuidado que prestam à mulher com câncer de mama, deve-se entender a dinâmica que envolve a família e a própria percepção que a mulher tem de si, possibilitando que essa compreensão de suas atitudes e desses familiares ajude a orientar melhor a prática do profissional enfermeiro.

Referências

BERGAMASCO, R. B; ANGELO, M. **O sofrimento de descobrir-se com, câncer de mama:** como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista Brasileira de Cancerologia, 47(3): 277-82; 2001.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. **Atenção à mulher mastectomizada:** discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III¹. Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.11 no.5 Ribeirão Preto Sept ./Oct. 2003.

CONDE, D. M.; PINTO-NETO, A. M.; FREITAS JÚNIOR, R.; ALDRIGHI, J. M. **Qualidade de vida das mulheres com câncer de mama.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet. Rio de Janeiro, vol.28 nº.3; 2006.

CORBELLINE, V. L. **Câncer de mama:** encontro solitário como temor do desconhecido. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.22, n.1, p.42-68, jan. 2001.

FERNANDES, A. F. C.; BONFIM, I. M.; ARAÚJO, I. M.A.; SILVA, R. M.; BARBOSA, I. C. F. J.; SANTOS, M. C. L. **Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada.** **Esc Anna Nery.** jan-mar; 16 (1):27-33; 2012.

GIANINI, Marcelo Márcio Siqueira. **CÂNCER E GÊNERO:** ENFRENTAMENTO DA DOENÇA. 2007. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2007.

GONÇALVES, L. L. C.; LIMA, A. V.; BRITO, E. S.; OLIVEIRA, M. M.; REZENDE DE OLIVEIRA, L. A.; ABUD, A. C. F.; DALTRO, A. S. T.; BARROS, A. M. M. S.; GUIMARÃES, U. V. **MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA:** CONHECIMENTO E ACESSO ÀS MEDIDAS DE DETECÇÃO PRECOCE. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul/set; 17(3): 362-7; 2009.

PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; SIPIONI, R. M.; SANTOS, S. H. **Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas**^{*}. Acta paul. enferm. São Paulo; vol.23 nº.6; 2010.

SPEECHLEY, V.; ROSENFELD, M. **O que é o câncer** In: _____ Tudo sobre câncer respostas as suas dúvidas. São Paulo. Ed. Andrei. 2000

VENÂNCIO, J. L.; **Importância do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia; 50(1): 55-63; 2004.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. **Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama.** Rev. esc. enferm. USP, São Paulo vol. 41, nº.2, 2007.

VIEIRA, S. C.; LUSTOSA, A. M. L.; BARBOSA, C. N. B.; TEIXEIRA, J. M. R.; BRITO, L. X. E.; SOARES, L. F. M.; FERREIRA, M. A. T. **Oncologia Básica.** 1^a. ed. Teresina, PI: Fundação Quixote, 2012.

Agradecimentos

Aos meus mestres, que mostram a cada dia o prazer de se caminhar rumo ao conhecimento.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Adna de Araújo Silva – Universidade Federal do Ceará
Ligia Fernandes Scopacasa – Universidade Federal do Ceará
Fabiane do Amaral Gubert – Universidade Federal do Ceará
Neiva Francenely Cunha Vieira – Universidade Federal do Ceará
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave:Saúde Sexual e Reprodutiva. Educação em Saúde. Saúde Escolar. Enfermagem em Saúde Pública. Avaliação em Saúde.

Resumo

Objetivou-se identificar as ações realizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família voltadas à Educação para Saúde Sexual e Reprodutiva com adolescentes no Programa Saúde na Escola. Estudo do tipo pesquisa de avaliação, com abordagem quantitativa. Os sujeitos da pesquisa foram setenta e oito enfermeiros de Fortaleza-Ceará. A coleta de dados foi realizada a partir de março de 2013, utilizando como instrumento o *checklist* que versava sobre as atividades a serem realizadas na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Os dados foram submetidos à análise estatística descritiva por meio do *software Excel*, sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Verificou-se que a maioria dos pesquisados afirmou não ter realizado encontros de mobilização e sensibilização nessa área temática, como por exemplo, sobre sexualidade e desconstrução de mitos (67,9%). A minoria utilizou metodologias participativas com os adolescentes, como é o caso de oficinas temáticas, realizadas por apenas 33,3% dos pesquisados. No tocante ao desenvolvimento de ações que envolvessem os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades, 70,5% afirmaram que não realizaram este tipo de ação. Ampla maioria dos enfermeiros, ou seja, 83,3% também relataram a não realização de debates sobre a importância da participação juvenil. Conclui-se que as atividades voltadas à Educação para Saúde Sexual e Reprodutiva não foram realizadas pelos enfermeiros conforme preconiza o programa, o que sugere a necessidade de modificações urgentes nessa área de atuação do PSE.

Introdução

O Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Federal nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, tem como finalidade contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de Educação Básica, por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2008).

O programa está dividido em quatro blocos de ações, sendo um deles, o bloco da *Promoção da Saúde e Prevenção*, onde os profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) devem levar informação de qualidade e incentivo aos estudantes à adoção de práticas de alimentação saudável e de atividades físicas, conscientização da responsabilidade e das consequências do uso de álcool e outras drogas, e do uso da violência, além da educação para a saúde sexual e reprodutiva, com enfoque à prevenção da Aids, hepatites virais e outras DST (BRASIL, 2008).

Com relação a este último tópico, o PSE prevê uma série de ações a serem desenvolvidas pelos profissionais na área, que vão desde a realização de processos de formação, bem como de encontros de mobilização e sensibilização com os estudantes em temas como sexualidade e desconstrução de mitos, apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids, hepatites virais e gravidez na adolescência, além da discussão sobre os marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens (BRASIL, 2011).

O programa propõe, ainda, que tais atividades sejam realizadas por meio de metodologias participativas, com o envolvimento dos educandos em todas as etapas, ou seja, com a participação destes nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades desenvolvidas. (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, objetivou-se identificar as ações realizadas pelos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família voltadas à Educação para Saúde Sexual e Reprodutiva com adolescentes no Programa Saúde na Escola.

Metodologia

Estudo do tipo pesquisa de avaliação, com abordagem quantitativa. O foco essencial deste tipo de investigação reside em avaliar um programa, uma prática ou intervenção presente no contexto de uma organização ou de uma política pública, obtendo informações fundamentais para decisão pela adoção, pela modificação ou pelo abandono da prática ou programa. (POLIT; BECK, 2011).

A investigação foi conduzida no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. A coleta de dados ocorreu nas Unidades de Atenção Primária à Saúde - UAPS localizadas nas seis diferentes Secretarias Regionais (SR).

Os sujeitos da pesquisa foram enfermeiros, tendo em vista a sua relevância nesta área de atuação. Estes atenderam aos seguintes critérios de inclusão: servidores públicos pertencentes à ESF, atuantes na ESF da UAPS, vinculados à escola do PSE há mais de um ano e a apenas uma escola para realização das atividades do PSE. Os critérios de exclusão para estes foram: recusa em participar do estudo, não comparecimento ao local da pesquisa, no caso de terem sido previamente acordado entre pesquisador e pesquisado, e afastamento das suas atividades por motivo de férias ou licenças.

Nesse sentido, cento e oito enfermeiros atenderam aos critérios de inclusão. Todavia, devido aos critérios de exclusão, setenta e oito participaram do estudo. O estudo foi desenvolvido de janeiro a novembro de 2013, cuja coleta de dados foi realizada a partir de março de 2013.

Como instrumento de coleta de dados, foi adotado o *checklist* que foi aplicado com os enfermeiros nas UAPS, por ser este o espaço em que atuavam na maior parte do tempo. O *checklist* é uma lista de verificação que varia conforme o setor no qual é utilizada, podendo ser elaborada para verificar as atividades já efetuadas ou ainda a serem feitas, permitindo avaliar e registrar o desempenho global da competência ou atividade (BOSSEMEYER; MOURA, 2006).

Desse modo, o *checklist* continha uma lista de questões fechadas, que foi preenchido pelos pesquisados, com respostas do tipo SIM ou NÃO, tratando das ações que foram realizadas na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais, conforme estabelece o Ministério da Saúde na publicação Instrutivo PSE – Passo a Passo PSE (BRASIL, 2011).

Para análise dos dados, estes foram tabulados e submetidos à análise estatística descritiva por meio do *software Excel*, sendo organizados na forma de tabela, por meio de frequências absolutas e percentuais e dos seus respectivos intervalos de confiança.

O projeto de pesquisa foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará (UFC), sendo a pesquisa iniciada após o deferimento deste, por meio do Parecer Consubstanciado de Nº 209.337 de 28/02/2013.

Resultados

Discussão

Tabela 1 - Ações desenvolvidas pelos enfermeiros da ESF que atuavam no PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais. Fortaleza, 2013.

Ações	SIM	IC	NÃO	IC
-------	-----	----	-----	----

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

	n	%	Inf	Sup	n	%	Inf	Sup
1. Realização de encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades nos temas:								
-sexualidade e a desconstrução de mitos	25	32,1	26,8	37,3	53	67,9	62,7	73,2
-apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais	22	28,2	23,1	33,3	56	71,8	66,7	76,9
-apresentação de dados sobre gravidez na adolescência	24	30,8	25,5	36,0	54	69,2	64,0	74,5
-discussão sobre os marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens	10	12,8	9,0	16,6	68	87,2	83,4	91,0
2. Desenvolvimento de atividades que utilizassem metodologias participativas, como:								
-oficinas temáticas	26	33,3	28,0	38,7	52	66,7	61,3	72,0
-vídeo de debates	25	32,1	26,8	37,3	53	67,9	62,7	73,2
-gincanas	4	5,1	2,6	7,6	74	94,9	92,4	97,4
-rodas de conversa	35	44,9	39,2	50,5	43	55,1	49,5	60,8
-debates a partir de expressões artísticas	7	9,0	5,7	12,2	71	91,0	87,8	94,3
-intervenção na comunidade	10	12,8	9,0	16,6	68	87,2	83,4	91,0
3. Realização de processos de formação de estudantes nos temas:								
-sexualidade	16	20,5	15,9	25,1	62	79,5	74,9	84,1
-promoção da saúde	28	35,9	30,5	41,3	50	64,1	58,7	69,5
-prevenção das DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais	27	34,6	29,2	40,0	51	65,4	60,0	70,8
-saúde sexual e saúde reprodutiva para atuarem na perspectiva da educação entre pares	11	14,1	10,2	18,0	67	85,9	82,0	89,8
4. Realização de atividades que envolvessem os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades	23	29,5	24,3	34,7	55	70,5	65,3	75,7
5. Realização de debates com toda a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil	13	16,7	12,4	20,9	65	83,3	79,1	86,7

Fonte: Checklist aplicado com enfermeiros participantes do estudo. Fortaleza, 2013

De acordo com a tabela 1, que versa sobre as ações desenvolvidas pelos enfermeiros com adolescentes assistidos pelo PSE na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais, verificamos que a maioria dos pesquisados afirmou não ter realizado encontros de mobilização e sensibilização sobre a importância de implementar, de forma contínua, atividades nessa área temática.

Assim, 67,9% (IC Inferior = 62,7 e IC Superior = 73,2) não realizaram encontros de mobilização e sensibilização, de forma contínua, acerca dos temas sexualidade e desconstrução de mitos, 71,8% (IC Inferior = 66,7 e IC Superior = 76,9) não realizaram com a apresentação de dados epidemiológicos sobre DST/HIV/Aids e/ou hepatites virais, 69,2% (IC Inferior = 64,0 e IC Superior = 74,5) sem apresentação de dados sobre gravidez na adolescência e 87,2% (IC Inferior = 83,4 e IC Superior = 91,0) sem os marcos legais sobre direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e jovens.

Tal achado é preocupante, uma vez que desde o ano de 2003, com a implantação do projeto SPE, o Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação estabeleceram que devem ser realizadas, de forma contínua, atividades abordando as temáticas de saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids e hepatites virais no cotidiano das escolas (BRASIL, 2011).

Com relação ao desenvolvimento de atividades por meio de metodologias participativas com os adolescentes no PSE, nesta mesma linha de ação, apenas 33,3% em suas atividades (IC Inferior = 28,0 e IC Superior = 38,7) realizaram oficinas temáticas, 32,1% (IC Inferior = 26,8 e IC Superior = 37,3) vídeos de debates, 5,1% (IC Inferior = 2,6 e IC Superior = 7,6) gincanas, 44,9% (IC Inferior = 39,2 e IC Superior = 50,5) rodas de conversa, 9% (IC Inferior = 5,7 e IC Superior = 12,2) debates a partir de expressões artísticas e 12,8% (IC Inferior = 9,0 e IC Superior = 16,6) alguma intervenção na comunidade.

É notório que os enfermeiros, de um modo geral, não têm utilizado abordagens diferenciadas para o trabalho a ser desenvolvido com adolescentes. Destacamos que em manual confeccionado com o objetivo de capacitar profissionais na área da saúde e da educação sobre novas estratégias a serem utilizadas na área da prevenção de DST/Aids no projeto SPE, o Ministério da Saúde adverte sobre a necessidade dos profissionais reavaliarem constantemente as potencialidades e os limites da educação preventiva, questionando profundamente seus objetivos e buscando referenciais mais eficazes e éticos para realizar a prevenção e a Educação em Saúde (BRASIL, 2006a).

Para tanto, incentiva a adoção de metodologias participativas e inclusivas entre todos os sujeitos envolvidos nas ações, a fim de que educandos possam realizar escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria de sua qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Quanto à realização de processo de formação de estudantes, a fim de que estes atuassem na perspectiva da educação entre pares, a maioria dos sujeitos do estudo também informou não ter sido realizado esta ação. Deste modo, 79,5% (IC Inferior = 74,9 e IC Superior =

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

84,1) dos enfermeiros expressaram não ter sido realizado processo de formação de adolescentes/jovens em sexualidade, 64,1% (IC Inferior = 58,7 e IC Superior = 69,5) em promoção da saúde, 65,4% (IC Inferior = 60,0 e IC Superior = 70,8) em prevenção das DST/HIV/AIDS e/ou hepatites virais e 85,9% (IC Inferior = 82,0 e IC Superior = 89,8) em saúde sexual e reprodutiva.

Todavia, a formação diz respeito ao bloco III do PSE e estabelece que todos os envolvidos com o programa devem receber formação permanente e contínua. No caso de jovens e adolescentes, estes devem receber a Formação de Jovens Protagonistas para o PSE/SPE, por meio da metodologia de educação de pares, buscando-se a valorização do jovem como protagonista na defesa dos direitos à saúde (BRASIL, 2011).

No tocante ao desenvolvimento de ações que envolvessem os educandos nos processos de planejamento, execução e avaliação das atividades sobre promoção da saúde sexual e reprodutiva e prevenção de DST/Aids e hepatites virais, 70,5% (IC Inferior = 65,3 e IC Superior = 75,7) afirmaram que não realizaram este tipo de ação.

Oportuno considerar que para o alcance de resultados positivos nesse campo, faz-se necessário diminuir a verticalização e imposição unilateral das ações, sendo imprescindível a participação dos envolvidos na construção de todas as etapas das atividades.

Assim, segundo o Ministério da Saúde, o planejamento e a realização das atividades devem considerar uma diversidade de abordagens pedagógicas que respeitem os adolescentes e jovens, favorecendo a participação destes e o exercício da cidadania em todas as etapas de implantação e implementação do projeto (BRASIL, 2006b).

Ampla maioria dos enfermeiros, ou seja, 83,3% (IC Inferior = 79,1 e IC Superior = 86,7) também relataram a não realização de debates com a comunidade escolar sobre a importância da participação juvenil nas questões sobre a prevenção das DST/Aids e hepatites virais e sobre a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

Oportunizar a participação ativa de diversos interlocutores/sujeitos nas práticas cotidianas escolares significa vislumbrar uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade (BRASIL, 2011).

Com isso, construir espaços de diálogo entre adolescentes, jovens, professores, profissionais de saúde e comunidade é, comprovadamente, um importante dispositivo para construir resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade às DST, à infecção pelo HIV, à Aids e à gravidez não planejada (BRASIL, 2006b).

A participação juvenil, portanto, torna-se fundamental para que adolescentes e jovens venham a atuar como sujeitos transformadores da realidade, sendo uma estratégia eficaz de promoção do desenvolvimento, uma vez que fortalece a auto-estima, a assertividade e a construção de projetos de vida por este público (BRASIL, 2005).

Conclusão

Sendo a avaliação a emissão de um juízo de valor a respeito de uma intervenção, é possível afirmar que as atividades na linha de ação: Educação para Saúde Sexual, Saúde Reprodutiva e Prevenção das DST/Aids e de Hepatites Virais não foram realizadas pelos enfermeiros da ESF conforme preconiza o PSE, o que sugere a necessidade de modificações urgentes nessa área de atuação do programa em nossa capital.

Tendo em vista a alta magnitude dos casos de DST/HIV em jovens e adolescentes, faz-se necessário que os serviços de saúde ampliem seus esforços para realizarem ações no campo da promoção da saúde. É imprescindível que jovens e adolescentes adquiram conhecimentos sólidos sobre infecções sexualmente transmissíveis, intensificando, assim, a capacidade de fazer escolhas mais saudáveis e adotar comportamentos mais seguros.

Assim, diante dos resultados encontrados no estudo, faz-se fundamental que os profissionais tenham o entendimento acima e com isso priorizem atividades educativas voltadas para a prevenção de DST/Aids de maneira contínua junto aos adolescentes, utilizando-se de abordagens diferenciadas, participativas e inclusivas que sejam capazes de agregar o conhecimento científico e popular, gerando maior relação entre o saber e as práticas e maior apropriação crítica da realidade, capaz de colaborar, de fato, com a promoção da saúde sexual e reprodutiva de jovens e adolescentes.

Referências

BOSSEMEYER, D.; MOURA, E. R. F. **Formação de formadores**: manual de referência. Baltimore: JHPIEGO/Johns Hopkins University, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Instrutivo PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens**: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Agradecimentos

A minha orientadora, Prof. Dra. Patrícia Neyva da Costa Pinheiro.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (Nível Mestrado).

Aos enfermeiros sujeitos do estudo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: DESENVOLVENDO CAPACIDADES, OU VEICULANDO IDEOLOGIA DOMINANTE?

July Grassiely de Oliveira Branco. UNIFOR. julybranco.upa@gmail.com
Paulo Leonardo Ponte Marques. UNIFOR
Maria Vieira de Lima Saintrain- UNIFOR
Karyne Barreto Gonçalves Marques- UNIFOR
Mirna Albuquerque Frota- UNIFOR
Fátima Luna Pinheiro Landim- UNIFOR
Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.

Resumo

INTRODUÇÃO: Integrando a educação com a saúde realizam-se as práticas educativas em saúde. Destarte, como a “educação” dentro dos discursos filosóficos, essa práticas tem se destacado por um viés seu de transmissão das ideologias dominantes. Estudo qualitativo realizado no município de Acaraú-Ceará. **OBJETIVO:** Objetivou-se: analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004. **MÉTODO:** Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir em espaço no trabalho de campo. Responderam a entrevista semiestruturada os alunos entre 11 e 12 anos de uma sala de aula em cada escola participante, média de vinte por turma. **RESULTADOS:** Os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. O reconhecimento da doença cárie, assim como a dor consequente, está presente no imaginário dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas. **CONCLUSÃO:** A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessário uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar.

Introdução

A saúde bucal, como componente inseparável da saúde geral dos indivíduos, está relacionada com as condições sociais, de educação e de representação do povo acerca do que é “vida saudável” (SANTOS, 2010). De outro lado, a cárie é reconhecida como a doença bucal mais comum entre os populares, sendo lembrada por uma associação com as odontalgias e as “arranções”.

Integrando a educação com a saúde realizam-se as práticas educativas em saúde. Voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, tais práticas visam a munir pessoas comuns com um conhecimento que promova mudanças comportamentais, com consequente melhoria nos padrões e na qualidade de vida.

Essa perspectiva de transformação, ou mudança, somente se concretiza com o reconhecimento e compreensão de que a educação deve ocupar uma posição de destaque nas ações de saúde que visam a “desenvolver capacidades”. No caso específico da odontologia, trata-se de promover autonomia de decisões pautadas em conhecimentos técnico-científicos transmitidos com pertinência e exatidão.

Destarte, a “educação em saúde”, como a “educação” dentro dos discursos filosóficos, tem se destacado por um viés seu de transmissão das ideologias dominantes. Nas práticas educativas realizadas por profissionais dentistas junto a escolares, ela pode sofrer ainda de uma certa “infantilização” dos discursos. No contexto das estratégias “educativas”, ao mundo mágico da criança – já povoado por “monstro do armário”, “bicho que mora em baixo da cama”, o “velho do saco que carrega crianças desobedientes” etc... – acrescenta-se o “bicho da cárie”, que destrói o dente e traz outras consequências para crianças que comem mal ou não escovam os seus dentes.

A inserção dos trabalhadores de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou o campo de práticas. A atuação destes profissionais antes se concentravam no curativismo, inexistindo os procedimentos coletivos nas comunidades, dentre os quais se encontram as atividades de educação em saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Incorporada nas ações dos trabalhadores de saúde, a educação torna-se um grande instrumento capaz de levar os sujeitos ao conhecimento e à consciência de sua participação nos estados bons da própria saúde. De acordo com as concepções freirianas os sujeitos podem de “posse” desses conhecimentos, passar a ter a opção de agir modificando seu cotidiano na busca por melhores condições de saúde e de vida (FREIRE, 2011).

Com a implantação da ESB no Sistema Único de Saúde -SUS- o acesso às informações e a troca de experiências relativas à saúde bucal passou a acontecer principalmente com escolares. A atuação deixou de ser esporádica para ser sistemática, programada, de forma que obtivesse efetivas alterações no cotidiano dos sujeitos sociais participantes de um processo. Ao considerar que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e que na adolescência ela representa um bom indicador de saúde individual (WASHINGTON, 2010), cada vez mais se torna importante introduzir ações de cunho educativo para este grupo populacional.

Ao tomar por base as necessidades dos usuários do sistema de saúde, necessário se faz procurar saber se os conhecimentos e a compreensão que os participantes adquirem passam a contribuir sobre o entendimento do processo saúde-doença. Assim sendo, decidiu-se realizar junto à escolares adolescentes uma série de atividades educativas, de forma problematizadora, abordando diversos temas relativos à saúde bucal, seguida por uma avaliação da aprendizagem dessas ações educativas.

O objetivo da pesquisa foi analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa observacional com abordagem qualitativa realizada no município de Acaraú- Ceará. Este município, distante 235 km da capital cearense, consta como sendo um dos mais antigos redutos dos tempos coloniais. Emancipado como município em 1849, seu nome é uma palavra de origem tupi que significa “Terra do Rio das Garças”, designada pela grande quantidade dessas aves que havia nas margens do rio que limita a cidade pelo Oeste, o rio Acaraú. Com área de 842Km² e população de 57.551 habitantes, o município é sede da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CEARÁ, 2000:32; ACARAÚ, 2004:04; IBGE, 2013).

Este município iniciou suas atividades de saúde bucal na ESF em 2002, desenvolvendo atividades clínicas individuais e atividades coletivas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Entre as atividades coletivas realizadas se encontram as de educação em saúde, realizadas principalmente nas escolas.

Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir espaço no trabalho de campo: uma no distrito de Aranaú, duas em Celsolândia, e uma em Juritinha. Os participantes foram alunos, média de vinte por turma, que estiveram presentes em atividades educativas nas áreas abrangidas pelas equipes da ESF. Neste contexto, Minayo (2008) enfatiza que na pesquisa qualitativa busca-se privilegiar os sujeitos detentores dos atributos sociais que o investigador pretende conhecer. Portanto, utilizaram-se como critérios de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

inclusão: crianças com idade entre 11 e 12 anos; estudar em escola com abrangência de equipe de saúde bucal da ESF; e participação mínima de duas atividades educativas por ano, realizadas entre 2002 e 2004. A referência inicial atrelou ao fato de que somente a partir do mês de 2002 passou a haver um registro diário das atividades educativas que eram realizadas.

A opção por essa idade deveu-se também ao fato de que estes se encontram no final da fase operatório-concreto e iniciam a sua abstração, o pensar, possibilitando maior resposta aos questionamentos. De acordo com os pressupostos de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo, a pessoa neste estágio operacional já se mostra capaz de raciocinar indutivamente, não tratando cada experiência como algo isolado e sim como parte de um todo (BEE, 1986).

Para a seleção dos escolares utilizou-se as folhas de registro de procedimentos coletivos, formulários onde são coletados os nomes de todos os participantes das ações de educação em saúde e que ficam arquivados nas unidades de saúde.

Para cada participante realizou-se entrevista, baseado em questionário semiestruturado, contendo questões sobre o que havia sido aprendido nas atividades educativas, incluindo aspectos preventivos e conhecimento sobre as doenças bucais.

A técnica de análise utilizada foi a hermenêutica-dialética. Proposta no diálogo entre Harbemas e Gadamer em 1987, consiste numa metodologia de abordagem da comunicação, superando o formalismo dos outros tipos de análise, indicando “um caminho do pensamento”. Na hermenêutica-dialética faz-se uma explicação e interpretação de um pensamento, seja esta interpretação literal, por meio de expressões linguísticas, ou temática, na qual importa mais a compreensão simbólica de uma realidade a ser aprofundada (MINAYO, 2008).

Utilizou-se termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes e para seus pais ou responsáveis. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral, sendo aprovada sob o parecer nº 204/2004 por estar em harmonia com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar a identidade dos sujeitos pesquisados, seus nomes foram modificados.

Resultados

e

Discussão

Constatou-se haver, decorrente do tipo de atividade oferecida pelos profissionais da saúde ao escolar, uma simplificação acerca da real etiologia da doença cárie, bem como das relações desta com o contexto sociocultural.

Nos depoimentos das crianças acerca dos cuidados para prevenir as doenças bucais é fortemente considerada a escovação dentária, e em menor proporção citado o uso do fio dental, como recursos bons e suficientes. Erasmo declarou: “[...] *tendo os cuidados de escovar os dentes e passar o fio dental todo dia, as doenças da boca têm zero por cento de chance de aparecer*”.

Esse tipo de depoimento é o que leva a pensar no (des)conhecimento ou subconhecimento proporcionado por práticas consideradas de educação em saúde. Muitos outros fatores podem gerar a doença em pauta, não estando limitada exclusivamente à falta de escovação ou à ausência de fio dental.

Uma abordagem próxima do ideal acerca da doença cárie passa por informar do fenômeno da desmineralização dos dentes; o que pode ser causada por ácidos provenientes do ciclo de existência das bactérias, mas também existem outros agentes com mesma propriedade. Entretanto, transparece ser mais simples incutir uma determinada prática na população, ficando evidente a massificação das ideias, ou seja, a cárie tendo origem na falta de escovação não é representação social mas sim uma construção ideológica.

Na mesma linha de discurso Fábio e Bruna esclarecem: “*O dente furado apareceu porque esqueceu de escovar os dentes!*”. Já no depoimento de Haroldo entram e cena os vilões para protagonizarem o episódio da cárie: o bombom e o chiclete: “*As doenças da boca aparecem porque não escova todos os dias. Chupa chiclete, bombom e não escovamos os dentes.*”. De mesmo modo pensam outros colegas de seu grupo:

“*Comer muito pirulito, chiclete, biscoito, bombom, chocolate, muito doce... quando não escova os dentes fica um resto dentro do dente, aí vem umas cáries comer.*” (Carlos).

Pode-se concluir que a escovação, por ser constantemente comentada pelos educadores de saúde durante as atividades educativas, acaba influenciando nos discursos dos participantes. Eles então reproduzem esse discurso como fosse uma sua prática diária, habitual – o que não é verdade. Apesar da aparente percepção da importância da escovação, nem sempre os escolares a realizam cotidianamente.

Prova de que as crianças somente reproduzem um discurso criado pelo profissional de saúde, é que o número de escovações é algo mencionado mecanicamente, ou seja, sem que sofra de uma crítica por parte delas: “*Três vezes ao dia*”.

Falando do tema, o escolar de nome Ivan diz: “*Escovo três vezes por dia para o dente não apodrecer: uma antes do café, outra depois de almoçar e outra quando vou dormir. Quando os pesquisadores questionam sobre suas motivações para agir assim, o escolar não consegue justificar. Sua resposta é evasiva: “Porque eu acho que tá bom, se quiser escovar mais pode. Mas, três é suficiente para não ficar bactérias nos dentes, pra não apodrecer e não ficar com mau hálito.”.Na colocação da criança Fábica: “Precisa escovar os dentes depois do café, depois do almoço e depois da janta*”.

As falas levam a pensar o realizado junto as crianças da pesquisa como algo que se distancia da educação em saúde, aproximando-se mais da verticalidade dos *slogans* básicos em higiene bucal. Do ponto de vista Freiriano, o antidiálogo, a sloganização, a verticalidade, os comunicados são instrumentos de “domesticação” e não de educação. De mesmo modo, não são essas crianças pensadas como sujeitos com capacidades reflexivas, mas sim como objetos alvos de uma prática massificadora de ideias preconcebidas (FREIRE, 2005). O ato de conhecer é simplificado no processo de “repetição” de procedimentos.

Outro achado na pesquisa aponta para um olhar puramente biológico ao subjetivamente indicar o fator tempo dentro da etiologia da cárie. Do alto de seus dez anos de idade, Fábica explicou: “*Se a gente escovar os dentes só uma vez, elas (se referindo às bactérias cariogênicas) aproveitam quando a gente tá dormindo.*”

Esse olhar biológico parece predominar dentro das atividades de educação em saúde bucal, fazendo com que os educandos desenvolvam a percepção de que a doença se deva ao ataque de bactérias. O folclore relacionado à doença, e originário no próprio discurso do profissional de saúde povoa o imaginário das crianças entrevistadas, e surge, em certos momentos, com mais força e significado do que os conceitos propostos cientificamente. Os comentários de Célia leva a conhecer do vilão “bicho da cárie”: “*Há um bicho dentro do dente que rói o dente. Ele pode acabar com o dente, deixar só o tronco.*”. E segue o depoimento: “*Depois que o bicho come os dentes a pessoa sente dor de dente*”.

A denominação das bactérias cariogênicas pelos escolares como **bichos que roem**, revela ainda influência biológica no conhecimento dos escolares que passam a citar as **bactérias** como as causadoras diretas da cárie.

As crianças passam assim a representarem as bactérias como “monstrinhos ou fantasmas” que roem o dente. Tipicamente, essa representação se deve aos trabalhadores de saúde bucal utilizar frequentemente “criaturas” para designar as bactérias, possivelmente com o objetivo de amedrontar os sujeitos sociais para que não se descuidem de sua saúde bucal.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

São utilizados monstros de diferentes tamanhos e cores para designar as bactérias, que acabaram sendo muito bem retratados pelos escolares. Essas imagens podem trazer repercussões negativas ao passo que no momento em que os escolares compreendem que todos os sujeitos possuem bactérias na boca, isso pode vir a causar uma preocupação, medo de “**ter o bicho**” roendo e provocando dor.

Isso reflete, em parte, o que é repassado nas atividades educativas pelos profissionais de saúde, que por sua vez tiveram sua formação no modelo biomédico, incapaz de atender as necessidades da população e permitir o empoderamento (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013)

Conclusão

A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessário uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar. Os dados analisados levaram a interpretar que as ações educativas, realizadas com o propósito de promover mudanças, estão se limitando a pura “transmissão de conhecimentos” e “culpabilização” dos escolares que por vezes são vítimas dentro do processo saúde-doença, no qual se conhece a grande influência dos fatores externos determinantes.

Ainda os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. Os depoimentos revelaram principalmente o lado negativo dos problemas bucais com dentes cariados e dores com envolvimento psicológico. O reconhecimento da doença cárie, em si, está presente no imaginário dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas e que não podem ser desprezadas, tendo em vista as mudanças nos perfis epidemiológicos em idade mais avançadas.

O entendimento dos escolares sobre a evolução das doenças bucais limita-se ao aspecto biológico, provavelmente devido ao olhar biomédico centrado e predominante nas atividades educativas. Os educandos passam a conhecer a evolução das doenças como dependente da atuação de microrganismos que “furam e roem” os dentes.

O descuido na escovação e a ingestão de alimentos com açúcar são fatores primordiais na opinião dos escolares, para evolução das doenças da boca. Desta forma, as alterações nos hábitos preventivos que ficaram perceptíveis na pesquisa se limitaram a modificações nos hábitos de escovação e na quantidade de açúcar na alimentação. Por ouvirem com frequência nas ações educativas, o bordão escovar os dentes “três vezes ao dia”, foi muito utilizado entre os escolares, que o memorizam e o repetem sem haver reflexão consistente. Além disso, a escovação é muito vista como a salvação para evitar ou minimizar os danos das doenças bucais, onde a falha nesta ou a “falta de cuidados”, parece ser o fator mais importante no desencadeamento do “estrage” nos dentes.

Conclui-se, por fim, pela necessidade de uma revisão das teorias de ensino-aprendizagem para os trabalhadores de saúde bucal de Acaraú, capacitando-os para realização de atividades educativas à população com base em metodologias ativas. O aporte construído em atividades educativas rígidas, com transferência de conhecimentos desmotivadores, torna a população alienada, dependente e pouco consciente de seus problemas, impossibilitando mudanças para melhoria das condições de saúde bucal.

Referências

ACARAÚ. **A SAÚDE EM ACARAÚ:** Ações Implementadas pelo Sistema Público Municipal em 2003. 2004. 40p.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 3ª ed. São Paulo: Harbra, 1986. p. 187-218.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Anais da 1ª Conferência Microrregional de Saúde de Acaraú. Acaraú, 2000. 59p.

SOUZA, T.M.S. RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública** v. 23, n.11, 2007, p. 2727-2739.

SANTOS, S.F. CAMPINAS, L.L.S.L, SARTORI, J.A.L. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, 2010, p.109-119.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213p.

GIUDICE, A. C. M. P. PEZZATO, L. M. BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**. v.37, n.96, 2013, p.32-42.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 07 de abril de 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008. 269p.

WASHINGTON, Washington State Department of Health Adolescent Needs Assessment. Oral health. 2010; January p. 1-4. Disponível em: www.doh.wa.gov Acessado em 15 de junho de 2010.

Agradecimentos

Inseriros agradecimentos às pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Eficácia do exercício físico na promoção da saúde de crianças com diabetes mellitus: Revisão da literatura

Natália Henrique Fonseca – Universidade Regional do Cariri – nataliafonseca15@live.com
Vitória de Cássia Félix de Almeida – Universidade Regional do Cariri
Aretha Feitosa de Araújo – Escola de Saúde Pública
Josefa Fernanda Evangelista de Lacerda – Universidade Regional do Cariri
Naanda Kaanna Matos de Souza – Universidade Regional do Cariri
Célida Juliana de Oliveira (Orientador) – Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Atividade física. Criança. Diabetes mellitus.
Resumo

Objetivou-se identificar a eficácia do exercício físico na promoção da saúde de crianças com diabetes na literatura em saúde. Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, na qual os dados foram coletados nas bases de dados LILACS e MEDLINE, em publicações científicas publicadas no período de 2009 a 2013. Utilizaram-se os descritores “atividade física”, “criança” e “diabetes mellitus”. Os critérios definidos para a seleção dos artigos foram: Estar publicado em português; Ser artigo na íntegra que retratasse a temática proposta para a revisão; Estar publicados e indexados nas bases de dados escolhidas no período definido para o estudo. Foram encontrados 97.714 artigos ao se utilizar o descritor “atividade física”, 1.629.222 artigos com o descritor “criança” e 310.953 artigos para o descritor “diabetes mellitus”. No entanto, ao cruzar os três descritores, resultou numa amostra final de 415 artigos, dos quais somente 10 atendiam aos critérios. Os resultados evidenciaram que existem poucos estudos publicados com foco nessa temática, principalmente quando a criança é o objeto estudado. Conclui-se que a prática da atividade física para crianças com diabetes é extremamente eficaz, visto que elas estão em íntimo contato com essas atividades na escola e em brincadeiras. Acredita-se que o conhecimento desses benefícios possa ser o ponto de partida para intervenções junto a escolas, equipes de saúde e aos pais, para melhorar a qualidade de vida dessas crianças.

Introdução

O diabetes mellitus (DM) é uma doença crônica de escala global que afeta crianças, jovens, adultos e idosos; caracterizada por uma série de distúrbios metabólicos que apresentam em comum uma hiperglicemia, da qual resultam defeitos na ação da insulina, na secreção de insulina ou em ambas; são classificadas em diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e diabetes mellitus tipo 2 (DM2), baseando-se na etiologia da doença (DIRETRIZES, 2013).

Sparanpani (2012) aponta que o diabetes mellitus tipo 1 é uma das doenças crônicas que mais afeta a população infanto-juvenil, mostrando uma incidência crescente em todo o mundo, mas Fernandes (2005) acrescenta que o número de casos de diabetes tipo 2 tem aumentado consideravelmente em grupos mais jovens, incluindo crianças e adolescentes.

Tendo em vista a magnitude da problemática do aparecimento de uma doença crônica nesse grupo, devido às grades transformações biológicas e sociais que eles estão sujeitos, a assistência do cuidado deve ser extremamente cautelosa, pois, segundo Sparanpani e Nascimento (2009), uma doença crônica na infância pode trazer implicações para o desenvolvimento da criança e das suas relações familiares, por conta das mudanças físicas, deficiências no desenvolvimento, dificuldades de aprendizagem, chegando a limitar suas atividades diárias.

Os fatores predisponentes para o desenvolvimento do diabetes são hereditariedade, obesidade, hábitos alimentares inadequados, estresse e sedentarismo. Com exceção da hereditariedade, todos os outros fatores podem ser prevenidos e/ou controlados por uma dieta adequada e pela prática de atividade física regular (FERNANDES *et al.*, 2005).

Considerando que existem evidências consistentes dos efeitos benéficos do exercício na prevenção e no tratamento do diabetes mellitus, a Sociedade Brasileira de Diabetes aponta que a prática de atividades físicas regulares é eficaz nesta prevenção, principalmente nos grupos de maior risco, como os obesos e os familiares de diabéticos (DIRETRIZES, 2013).

Ainda considerando que a criança está intimamente envolvida em atividades físicas, seja na escola ou em brincadeiras, tendo ela diabetes ou não, diante disso surgiu o questionamento: Quais benefícios da atividade física apontados pela literatura em saúde para as crianças com diabetes? Dessa forma, objetiva-se avaliar a eficácia do exercício físico na promoção de saúde a crianças portadoras do diabetes mellitus trazida pela literatura científica em saúde, a fim de contribuir para a assistência da equipe de saúde quanto à orientação da importância da atividade física para esse público.

Metodologia

Esta revisão da literatura buscou identificar artigos publicados entre janeiro de 2009 a dezembro de 2013, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE).

Para a busca, utilizaram-se os seguintes descritores: “atividade física”, “criança” e “diabetes mellitus”. Os critérios definidos para a seleção dos artigos foram: artigos publicados em português; artigos na íntegra que retratassem a temática proposta para a revisão e artigos publicados e indexados nas bases de dados escolhidas no período definido para o estudo. Não foram incluídos aqueles artigos que não falavam de crianças, adolescentes ou da relação atividade física e diabetes mellitus, além daqueles que se delimitavam a uma determinada região.

Os artigos encontrados foram distribuídos, segundo seus descritores de forma isolada, da seguinte maneira: para o descritor “atividade física” foram encontrados 97.714 artigos; para o descritor “criança” a busca resultou em 1.629.222 artigos e para o descritor “diabetes mellitus” foram encontrados 310.953 artigos que foram submetidos aos critérios de inclusão e exclusão citados acima, resultando numa amostra final de 415 artigos. Destes foram excluídos 405 artigos, pois de acordo com seu título não faziam relação com a temática desse estudo; foram excluídos aqueles que falavam apenas da atividade física, do diabetes mellitus ou da criança, sem interligar esses assuntos resultando, portanto, numa amostra de 10 artigos de acordo com o interesse da pesquisa. Além disso, também foram consultadas as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes vigentes nos anos de 2013 e 2014.

As características dos estudos selecionados, bem como seus principais resultados, foram tabulados e analisados criticamente. Os estudos foram apresentados em tabelas em ordem crescente do ano de publicação e, quando do mesmo ano, em ordem alfabética considerando o primeiro autor.

Resultados

Para esse estudo foram analisados 10 artigos. As características gerais de cada trabalho como o título e o autor estão dispostos na tabela 1, e os objetivos de cada artigo estão discorridos posteriormente.

Tabela 1: Caracterização dos estudos encontrados sobre atividade física na infância. Crato, 2014.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Título	Referência	Objetivo
A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo 2.	FERNANDES <i>et al.</i> (2005)	Reunir informações sobre a importância da associação de uma dieta saudável e da prática regular de atividade física na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo 2
Crianças com diabete mellitus tipo 1: Fortalezas e fragilidades no manejo da doença.	SPARANPANI; NASCIMENTO (2009)	Oportunizar a reflexão acerca de fatores que colaboram ou não para o manejo do diabetes mellitus na infância
A obesidade é um problema emergente em crianças e adolescentes brasileiros?	BUTTE; NGUYEM (2010)	Responder se a obesidade é um problema emergente em crianças e adolescentes brasileiros
Atividade física na criança com diabetes tipo 1	MICULIS <i>et al.</i> (2010)	Abordar os aspectos práticos da realização segura de atividade física e esportes em crianças e adolescentes portadores de diabetes tipo 1
Intervenções para tratar obesidade em crianças	RIERA (2010)	Avaliar a eficácia de intervenções medicamentosas, cirúrgicas e relacionadas ao estilo de vida no tratamento da obesidade na infância
Prevenção da síndrome metabólica em crianças obesas: uma proposta de intervenção	BUONANI <i>et al.</i> (2011)	Analisar o efeito da prática regular de atividade física, orientações alimentar e psicológica sobre fatores de risco para o desenvolvimento da síndrome metabólica em crianças e adolescentes obesos
Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1	MARQUES; FORNÉS; STRINGHINI (2011)	Identificar a associação de condições socioeconômicas, demográficas, nutricionais e de atividade física sobre o controle glicêmico de adolescentes portadores de DM1
Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção	SOUZA <i>et al.</i> (2011)	Revisar sistematicamente a literatura sobre intervenções de promoção da prática de atividade física e/ou alimentação saudável, realizadas entre escolares brasileiros
Associação entre estado nutricional, hábitos alimentares e nível de atividade física em escolares	COELHO <i>et al.</i> (2012)	Analisar a relação entre estado nutricional, hábitos alimentares e nível de atividade física em escolares
A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença	SPARANPANI <i>et al.</i> (2012)	Compreender, na perspectiva de crianças com DM1, os elementos que interferem no manejo da doença

Segundo a análise dos dados pode-se observar que a atividade física é uma prática extremamente eficaz no controle glicêmico, visto que os músculos durante a realização do exercício físico consomem a glicose que viria a causar uma hiperglicemia. No entanto, o medo da hipoglicemia, acaba por desestimular a prática das atividades físicas pelas pessoas com diabetes. Contudo, os estudos confirmam que os benefícios dessas atividades, sobrepõem os seus riscos.

As crianças com diabetes estão sujeitas a desenvolverem complicações microvasculares como a retinopatia e nefropatia, influenciadas principalmente pelo desequilíbrio no controle glicêmico. Os estudos analisadas mostram que essas complicações podem ser minimizadas pela prática regular de intensidade moderada da atividade física. No entanto, crianças e adolescentes com a glicemia alterada se encontram em inatividade física, sedentarismo e/ou obesidade. Os estudos ressaltam ainda, a contribuição irrefutável das atividades físicas em escolares como medidas de intervenção para esses grupos, que mantém contato com os exercícios físicos apenas nas brincadeiras e atividades escolares recreativas; em casa às crianças ficam pressas à televisão, aos jogos eletrônicos e ao computador. Considerando a importância dessas crianças, em particular as diabéticas estarem se exercitando também fora do ambiente escolar. Portanto, fica explícita a importância da atividade física e sua eficácia no controle glicêmico como promotora de saúde para crianças diabéticas, além da marcante influência do ambiente escolar nessas atividades. Contudo, essas práticas ainda continuam sendo pouco executadas e trabalhadas com esse grupo.

Conclusão

Esta revisão sistemática verificou que existem poucos estudos científicos publicados nos últimos cinco anos com foco na temática desse artigo, principalmente quando a criança é o objeto estudado; ressaltando assim, a importância de mais estudos nessa área, tendo em vista que a incidência de casos de diabetes nesse público é alta.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Destaca-se também a importância de programas de intervenção, principalmente nas escolas onde as crianças estão em maior contato com as atividades físicas, programas que envolvam e informem os pais da importância dessas práticas e programas multisetoriais que englobem professores e profissionais da saúde na busca por planos cada vez mais eficazes que melhorem a qualidade de vida das crianças diabéticas. Os profissionais da saúde devem sempre buscar mais conhecimento sobre o tema para poder orientar corretamente as crianças e seus pais quanto à eficácia das atividades físicas na promoção de saúde das mesmas.

Referências

- BUONANI, C. *et al.* Prevenção da síndrome metabólica em crianças obesas: uma proposta de intervenção., **Rev Paul Pediatr**, 2011.
- BUTTE, N.F.; NGUYEM, T.T. A obesidade é um problema emergente em crianças e adolescentes brasileiros?. **Jornal de Pediatria.**, v. 86, n. 2, 2010.
- COELHO, L.G. *et al.* Associação entre estado nutricional, hábitos alimentares e nível de atividade física em escolares. **Jornal de Pediatria.**, v.88, n. 5, 2012.
- FERNANDES, C.A.M. *et al.* A importância da associação de dieta e de atividade física na prevenção e controle do diabetes mellitus tipo 2. **Acta Sci. Health Sci.**, Maringá, v. 27, n. 2, p. 195-205, 2005.
- MARQUES, R.M.B.; FORNÉS, N.S.; STRINGHINI, M.L.F. Fatores socioeconômicos, demográficos, nutricionais e de atividade física no controle glicêmico de adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. **Arq Bras Endocrinol Metab**, 2011.
- MICULIS, C.P. *et al.* Atividade física na criança com diabetes tipo 1. **Jornal de Pediatria.**, v. 86, n. 4, 2010.
- RIERA, R. Intervenções para tratar obesidade em crianças. **Centro Cochrane do Brasil**, 2010.
- SOUZA, E.A. *et al.* Atividade física e alimentação saudável em escolares brasileiros: revisão de programas de intervenção. **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, 2011.
- SPARANPANI, V.C. *et al.* A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. **Rev. Latino – Am. Enfermagem**, 2012.
- SPARANPANI, V.C.; NASCIMENTO, L.C. Crianças com diabete mellitus tipo1: fortalezas e fragilidades no manejo da doença. **Cienc Cuid Saude**, 2009.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ENCANTO E DESENCANTO: TRABALHANDO AS EMOÇÕES ATRAVÉS DA CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS INFANTIS

Andriny Arruda Lima¹ (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú andriny_dinha@hotmail.com

Valdênia Cordeiro Lima² – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Aline Ávila Vasconcelos³ – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Neirice Rodrigues Alves de Vasconcelos⁴ – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Tereza Fabíola Cavante Costa ⁵ – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Sâmia Maria Ribeiro⁶ (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: História infantil. Saúde Mental.

Resumo

Esse trabalho teve por objetivos promover a saúde mental de crianças hospitalizadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral; conhecer suas relações familiares, identificar quais seus principais medos e o que as deixam ansiosas, tristes ou felizes. Evidenciou-se a satisfação e alegria das crianças diante da intervenção, devido a possibilidade de poderem brincar e se distrair estreitando assim os laços entre elas e as acadêmicas. Ficou perceptível que as atividades ludoterápicas tornaram o ambiente hospitalar mais prazeroso. As atividades evitaram que as crianças ficassem com tédio e fez com que as mesmas esquecessem seus medos, receios, sofrimentos e mal-estar diretamente relacionados ao estado doente e ao ambiente a qual se encontravam. Durante a contação de histórias, a partir da interatividade estabelecida entre as crianças e as acadêmicas, as crianças expuseram alguns sentimentos relevantes como o medo de escuro, medo de dormir sozinho, medo de cobra, medo de lobisomem. Na realização do “Jogo das emoções” ficou mais evidente a confiança que as crianças demonstraram ter depositado nos acadêmicos, quando estas relatavam situações e sentimentos relacionados à pessoas intimamente ligadas e presentes em seus cotidianos. Outra atividade realizada foi a brincadeira “Vivo Morto”, adaptada às crianças, devido as limitações físicas e motoras de algumas delas, pois algumas estavam com acesso venoso e outras tinham sofrido traumatismo craniano, e estariam restritas a certos movimentos e esforços. Foi evidente a evolução das crianças, pois elas se sentiram mais aliviadas das tensões que o ambiente oferecia, e também houve o aumento da autoestima.

Introdução

Um dos fatores que merece atenção relacionados a saúde mental de crianças são em situações de doenças na qual necessitam de internamento. A hospitalização na infância, pode se apresentar como uma experiência traumática (Santa Roza, 1997). Ela afasta a criança de sua vida cotidiana, do ambiente familiar e promove um confronto com a dor, a limitação física e a passividade, aflorando sentimentos de culpa, punição e medo da morte. Acontece também a interrupção das atividades escolares, do ritmo de vida, a ausência dos colegas, das brincadeiras preferidas e de sua casa. Por isso, levar em consideração somente o lado físico do doente é realizar tratamento de forma superficial, deixando de lado causas psíquicas e outras decorrentes de problemas sociais como a falta de alimentação adequada, educação, entre outros.

Através de atividades educativas para melhorar tanto a atividade motora como mental da criança, ela é capaz de desenvolver várias atividades no ambiente em que vive, adquirindo um bom desempenho escolar e também ter a capacidade de se relacionar com as pessoas, no ambiente familiar, escolar e social. Como exemplo há a ludoterapia que é técnica em que a criança tem a oportunidade de, através do jogo ou brincadeiras, expressar seus sentimentos e problemas, pois além de ajudar na atividade psicomotora trabalha também o raciocínio, através de jogos da memória; a criatividade incluindo desenhos com lápis de cor; desenvolvimento da leitura através de histórias infantis e em quadrinho.

Segundo PIAGET (1971), o desenvolvimento da criança acontece através do lúdico, ela precisa brincar para crescer. É, pois, por meio do universo lúdico que a criança se satisfaz, realiza seus desejos e explora o mundo ao seu redor, tornando importante proporcionar às crianças atividades que promovam e estimulem seu desenvolvimento global, considerando os aspectos da linguagem, do cognitivo, afetivo, social e motor. Deste modo o lúdico pode contribuir de forma significativa para o desenvolvimento global do ser humano, auxiliando na aprendizagem e facilitando no processo de socialização, comunicação, expressão e construção do pensamento.

Já no ambiente hospitalar a ludoterapia com brinquedos, figuras coloridas nas paredes das enfermarias, tende a tornar esse local menos desgastante, evitando que a criança fique com tédio devido seu estado doente e faz com que elas se adaptem melhor as novas condições que irão ter que enfrentar naquele local, diminuindo o medo. Assim, tanto os profissionais de saúde, como os acadêmicos dessa área podem exercer um papel importantíssimo realizando a ludoterapia com a criança através de brinquedos e também por meio da leitura de contos infantis. Segundo CARLSON & ARTHUR (1999), a história infantil é um recurso que facilita o processo ludoterápico. As histórias podem comunicar à criança uma aceitação de si próprias, proporcionar a expressão de emoções importantes e contribuir para o desenvolvimento de uma relação terapêutica.

A autora CUNHA (2007) ressalta todo o impacto que a internação da criança acarreta em sua rotina de vida, já que por um lado existe a expectativa da recuperação e por outro a tristeza e a ansiedade pelo trauma que uma hospitalização pode acarretar. Ainda de acordo com CUNHA, nesse período de internamento o emocional vem à tona dificultando alguns fatores na vida da criança que podem acabar interferindo na sua recuperação. O temor da solidão e o entristecimento diante da ausência da família, por exemplo, tornam a situação ainda pior, criando fantasias amedrontadoras a respeito do ambiente hospitalar. Sendo assim, trabalhar o lúdico e até mesmo montar atividades com brinquedos terapêuticos nesse ambiente deverá proporcionar o melhor bem-estar da criança diante da rotina desgastante e dos inúmeros procedimentos invasivos que lhe acontecem, e é até uma forma de aliviar a dor.

Segundo ALMEIDA (2007), dentre as inúmeras funções da brincadeira para a criança, destacam-se algumas como, a possibilidade de conhecer o mundo a sua volta, brincar pelo prazer de brincar, como um ato recreativo e prazeroso que satisfaz sua necessidade de atividade e ocupação do seu tempo, permite-lhe estimular para aprender novas habilidades, facilita a socialização, atua como válvula de escape aliviando a ansiedade e atende necessidades afetivas por meio do contato físico.

Assim, esse trabalho teve por objetivos promover a saúde mental de crianças hospitalizadas na Santa Casa de Misericórdia de Sobral; promover a interação entre as crianças, assim como estreitar laços entre acadêmicos e crianças; conhecer suas relações familiares, identificar quais seus principais medos e o que as deixam ansiosas, tristes ou felizes; e promover um momento de distração, diminuindo assim a tensão ocasionada pela situação e pelo ambiente.

Metodologia

Tratas-se de um relato de experiência de ações realizadas na Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS), em um espaço reservado para a diversão das crianças que estão hospitalizadas e que é denominado "Cidade Feliz". Assim as pessoas abordadas nessas ações foram crianças de idades variadas, hospitalizadas na Pediatria e Neurologia do referido hospital.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Três encontros foram realizados, sendo que no primeiro dia durante o período matutino e o vespertino, e no segundo dia apenas pela manhã. Todos os encontros tiveram uma duração de duas horas e meia. Tendo a contação de histórias infantis que abordassem alguns dos sentimentos, medo, ansiedade, tristeza, tranquilidade ou felicidade.

Devido ao estado de saúde de algumas crianças e fatores, como a não permissão dos pais para participação, poucas puderam ir para a "Cidade Feliz". Porém esse número foi aumentando a cada encontro. Sendo que as que estavam impossibilitadas de sair do leito tiveram um abordagem especial nas próprias enfermarias, através de desenhos e contação de histórias.

No primeiro encontro foi utilizada uma dinâmica para que se pudesse começar a delinear o perfil de cada criança: depois de organizar as crianças na mesa, foram colocadas imagens ao meio e cada criança pegou uma; depois houve a apresentação, onde cada um falou seu nome, sua idade, de onde era e porque escolheu aquela figura. Após, a 1ª história foi contada por uma das acadêmicas e uma reflexão feita ao final. Depois cada criança recebeu uma folha onde a sua família foi desenhada em um cenário. Isso permitiu conhecer as relações familiares de cada um. Para finalizar esse encontro várias brincadeiras foram realizadas, como jogo de memória e fantoches.

No segundo e terceiro encontros uma dinâmica inicial foi realizada, com posterior contação de uma história. Tintas e papeis foram utilizados para que as crianças expressassem o significado da história para elas, do segundo encontro. No terceiro foi realizado o "Jogo das emoções", onde "carinhas" que expressavam as emoções foram, entregues para cada criança e estas falaram quais os significados dessas "carinhas" e quem elas lembravam.

No terceiro e último encontro, após a análise de todos os dados obtidos anteriormente, intervenções individuais foram propostas. Para melhor conhecer as crianças, durante todo o processo de conhecimento os pesquisadores ficaram responsáveis por um número determinado de participantes e pela intervenção que foi aplicada neste.

Dois das acadêmicas foram responsáveis pelo diário de campo, onde todas as impressões à cerca de cada criança foram anotadas, assim como características que puderam ser usadas para o conhecimento do perfil de cada participante. Essas informações foram úteis para guiar a uma intervenção individual mais apropriada, durante o último encontro.

Resultados e Discussão

Foi evidente a satisfação e a alegria das crianças a intervenção. Foi perceptível que através da utilização do método da ludoterapia as crianças se socializaram e interagiram umas com as outras. Estar próximo às crianças promovendo atividades as quais possibilitaram as crianças a brincar e a se distrair colaborou para estreitar os laços entre elas e acadêmicos. Com o desenvolvimento das atividades pôde se estabelecer uma relação de confiança, assim se sentiram mais à vontade para falar sobre seus sentimentos.

Ficou perceptível que as atividades ludoterápicas (contação de histórias, jogo da memória, desenhos, pinturas, entre outras atividades) tornou o ambiente hospitalar mais prazeroso. As atividades evitaram que as crianças ficassem com tédio e fez com que as mesmas esquecessem mesmo que por algumas horas seus medos, receios, sofrimentos e mal-estar diretamente relacionados ao estado doentio e ao ambiente a qual se encontravam.

O estreitamento de laços foi essencial e proporcionou a expressão de emoções e sentimentos importantes, dentre eles o medo, a ansiedade, a felicidade e a tristeza. Durante a contação de histórias, a partir da interatividade estabelecida entre as crianças e as acadêmicas, as crianças expuseram alguns sentimentos relevantes como o medo de escuro, medo de dormir sozinho, medo de cobra, medo de lobisomem.

Na realização do "Jogo das emoções" ficou mais evidente ainda a confiança que as crianças demonstraram ter depositado nos acadêmicos, quando estas relatavam situações e sentimentos relacionados à pessoas intimamente ligadas e presentes em seus cotidianos. Uma das crianças escolheu a carinha que representava tristeza, ao ser perguntado o porquê da escolha, ela afirmou que o motivo seria o pai agredir sua mãe.

A brincadeira "Vivo Morto" teve que ser adaptada às crianças, devido às limitações físicas e motoras de algumas delas, pois algumas estavam com acesso venoso e outras tinham sofrido traumatismo craniano, e estariam restritas a certos movimentos e esforços. A intervenção se deu através de diálogo diretamente com as crianças e com as mães, e foi evidente a evolução das crianças, elas se sentiram mais aliviadas das tensões que o ambiente oferecia, e também houve o aumento da autoestima.

A promoção do brincar na ótica dos acadêmicos pôde ser uma ferramenta significativa para que desafiassem questões tais como: a integralidade da atenção; a adesão ao tratamento; o estabelecimento de canais que facilitem a comunicação entre criança-profissional de saúde-acompanhante; a manutenção dos direitos da criança; a (re)significação da doença por parte dos sujeitos.

Diante da dor, a promoção do brincar possibilitou aos acadêmicos viverem uma experiência diferente com as crianças. Nesse sentido, ao invés de se lidar apenas com a incapacidade, as limitações, puderam ter a possibilidade de estabelecer um outro tipo de relação com as crianças, em que por meio do processo lúdico se privilegiou o saudável e o prazeroso. A escolha do lúdico como instrumento de trabalho está vinculada ao conceito que esses acadêmicos têm sobre tratamento e cura.

Conclusão

Os objetivos foram alcançados com êxito. Ficou perceptível as melhorias que o aguçar da imaginação, através de histórias infantis, e o brincar causam na recuperação, bem-estar e saúde da criança internada. Torna-se de fundamental importância, o trabalho junto às crianças hospitalizadas, em vista de amenizar os efeitos negativos da doença, hospitalização e tratamento, no qual ameaçam seu desenvolvimento psicossocial natural.

A contagem de histórias, e as dinâmicas, restabelecem uma maneira natural da criança comunicar-se com outras pessoas, através destas a criança amplia seu conhecimento sobre o mundo, se desenvolvendo emocionalmente e socialmente, motivo pelo qual não deve faltar na vida de nenhuma criança, especialmente daquelas que se encontram hospitalizadas.

Referências

ALMEIDA, F. de A. **Lidando com a morte e o luto por meio do brincar: a criança com câncer no hospital**. Bol. psicol. Dez. 2005, vol.55, no.123, p.149-167.

CARLSON, R. & ARTHUR, N. (1999). **Play Therapy and the Therapeutic use of Story**. Canadian Journal of Counseling, 33(3): 212-226.

CUNHA, N. H. S. O significado da brinquedoteca hospitalar. In: VIEGAS, Dráuzio. (org.). **Brinquedoteca hospitalar: Isto é humanização**. Rio de Janeiro: WAK, 2007, p.71-73.

PIAGET, J. *A formação do símbolo na criança, imitação, jogo, sonho, imagem e representação de jogo*. São Paulo: Zanhar, 1971.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

SANTA ROZA, E. 1997. Um desafio às regras do jogo, pp. 161-188. In E. Santa Roza & E.S. Reis (Orgs). *Da análise na infância ao infantil na análise*. Contracapa, Rio de Janeiro.

Agradecimentos

Santa Casa de Misericórdia de Sobral.

ENCONTRO DOS RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE ATUAÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA TRANSFORMADORA.

Emanuele Sarmiento de Vasconcelos Silva.– Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas, UNCISAL; manusvs14@gmail.com; Cyntia Márcia da Silva Toledo – UNCISAL

Claudinete Melo dos Santos– UNCISAL

Luisa Macedo

Cavalcante – UNCISAL

Maria Rafaela de Araújo Moraes –

UNCISAL

Ricardo Santos Lima de Moura – UNCISAL

Palavras-chave:Agentes Comunitários de Saúde. Roda de Conversa. Residência Multiprofissional. Unidade Saúde da Família.

Resumo

A Saúde da Família é uma estratégia para a organização e o fortalecimento da atenção básica como primeiro nível de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é parte integrante da equipe na atenção básica, sua profissão foi instituída em 2002 por meio da Lei 10.507, que caracteriza este profissional pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, sendo um elo entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a comunidade. A partir da expansão da ESF, idealizou-se a criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). A atividade realizada trata-se de uma Roda de Conversa, entre as equipes de RMSF e ACSs da Unidade de Saúde da Família (USF) na qual o programa de residência é vinculado, com o objetivo de criar um espaço horizontalizado de diálogo, integração e acolhimento entre as equipes para as futuras ações em conjunto na comunidade. Conclui-se que este momento oportunizou discutir o que é a RMSF, como esta trabalha e estabelecer a demanda da residência pelo trabalho horizontalizado junto aos ACSs, com foco na construção conjunta das ações.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida no Brasil como Atenção Básica (AB), da qual a Estratégia Saúde da Família faz parte, é caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações para promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. A profissão de Agente Comunitário de Saúde (ACS) foi instituída em 2002, por meio da Lei 10.507, a Saúde da Família (BRASIL, 2009). Caracteriza-se esse profissional pelo exercício de atividade de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas (BRASIL, 2002). Nesse sentido, entende-se que o ACS é de suma importância para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), pois se torna um elo entre os serviços de saúde e a comunidade (BRASIL, 2009).

Decorrente a expansão da ESF, idealizou-se a criação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, que é uma modalidade de pós-graduação *latosensu* destinada às profissões que se relacionam com a saúde, sob forma de curso de especialização caracterizado pelo ensino em serviço. A residência tem como um de seus objetivos articular os conhecimentos adquiridos na graduação, muitas vezes fragmentados e desarticulados (BRASIL,2005a) .

De acordo com a Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005, deu-se início ao processo de regulamentação da RMSF, tendo a proposta de apresentar uma perspectiva teórico-pedagógica convergente com os princípios do SUS, com a finalidade em desenvolver competências dos profissionais de saúde para o trabalho no SUS e contribuir com a mudança do desenho tecnoassistencial do sistema (BRASIL, 2005c).

Na ESF o trabalho em equipe é considerado um dos pilares para a mudança do atual modelo hegemônico em saúde com interação constante e intensa de trabalhadores de diferentes categorias e com diversidade de conhecimentos e habilidades que interajam entre si para que o cuidado do usuário seja o imperativo ético político que organiza a organização técnico científica.

Assim, objetiva-se uma interação entre as equipes de RMSF e ESF, em especial com os ACS, pois ao trabalhar na área da saúde é atuar no conjunto de profissionais diversos para produzir o cuidado com a saúde da população (BRASIL, 2009).

Foi utilizada para esta interação a metodologia da roda de conversa, que propõe a construção de processos de cogestão coletiva e democrática nas relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de elaboração e de organização de processos de trabalho e tomada de decisões e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais. (BRASIL, MAGALHÃES, XIMENES, 2012 apud CAMPOS 2000).

Metodologia

O presente trabalho trata-se do relato da experiência desenvolvida a partir de uma Roda de Conversa realizada pela equipe de RMSF e os ACSs da USF na qual o programa é vinculado. O principal objetivo foi criar um espaço horizontalizado de diálogo, integração e acolhimento entre as equipes.

A demanda da atividade ocorreu a partir do entendimento da importância do trabalho do ACS na unidade e por compreender que é necessário que as construções e realizações das atividades durante o programa deva ocorrer tanto pela equipe de saúde da USF, como pelos residentes.

Assim, a atividade foi planejada pela equipe da RMSF, em conjunto com preceptores e a coordenadora do programa. Em seguida, a ideia foi passada para os ACSs quando eles emitiram suas sugestões, como por exemplo, sobre o local da atividade ser a Universidade em que os residentes fazem parte. Após a atividade fechada, foi feito o contato formal com a gestão da unidade para a autorização da liberação dos profissionais. Então, foi entregue o convite aos ACSs.

No dia do encontro após o acolhimento, deu-se início a roda de conversa, onde foram esclarecidas dúvidas sobre o funcionamento da residência e sua atuação na comunidade. Diante disto, as informações acerca das expectativas sobre os trabalhos dos residentes por parte dos ACS's, a criação de vínculos, a formação de parcerias, informações sobre os territórios de atuação da residência e contestações foram explanadas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados

Na atividade desenvolvida, considerando que os ACSs exercem um papel importante dentro da ESF pela vivência na USF, alguma temática foi levantada. Podem-se destacar: a expectativa criada pelos ACSs para a RMSF; a falta de continuidade das atividades após o término da residência, visto que, anteriormente outra equipe de RMSF atuou na UBS, porém ao fim do programa as atividades não tiveram continuidade; o questionamento sobre a ausência dos demais componentes da equipe e a importância deles para o momento; a carência de um canal para a comunicação entre a universidade e a possibilidade de ofertar cursos para capacitações dos ACSs da USF na qual existe a atuação da RMSF.

Nascimento & Correa (2008) relata a necessidade do trabalho contínuo das equipes de saúde como um todo, promovendo espaços de escuta e discussão das dificuldades e necessidades para melhorar a oferta dos serviços aos seus usuários. Com isso, percebemos que os ACSs devem trabalhar em conjunto com a residência e que estes devam continuidade às atividades após o término do programa de residentes.

A percepção dos ACSs em relação à ausência dos demais componentes da ESF e a importância da presença de todos os profissionais que trabalham na UBS, Ferreira e Olschowsky (2009) descreve que os diferentes núcleos e campos profissionais com seus conhecimentos específicos que devem ser preservados, mas diálogo, coparticipação e fluidez entre as áreas são estratégias fundamentais no fortalecimento da troca dos diferentes saberes.

Segundo Fortes e Spinetti (2004), em relação à importância dos ACSs, destaca-se a função de mediador que ele exerce entre comunidade e os demais profissionais da ESF, fazendo com que o ACS viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade do que os outros membros da equipe de saúde.

Nas demais demandas dos ACSs, a equipe da RMSF articulou-se com a universidade para melhorar a comunicação com a USF e promover ações que visem à capacitação dos profissionais da unidade.

Para Freitas (2007), o vínculo entre ACS e comunidade mostra-se essencial para a realização de um trabalho com qualidade e efetivação da estratégia, podendo ser facilitado quando há presença de características desejáveis em um ACS, como liderança, empatia, simpatia, dinamismo e conhecimento da realidade local, como foi possível observar na atividade desenvolvida.

Conclusão

A atividade oportunizou discutir o que é a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e como esta trabalha. Estabelecer a demanda da residência pelo trabalho horizontalizado junto aos ACSs, com foco na construção conjunta das ações. E realizar o acolhimento de demandas dos agentes, que geraram alguns encaminhamentos por parte da equipe da RMSF com o objetivo de consolidar os princípios que foram trabalhados na atividade.

A roda de conversa foi a metodologia escolhida por suas características serem compatíveis com os princípios do SUS e com o objetivo da atividade. A democratização das relações é importante para a integração entre RMSF e ACSs não só no momento inicial do processo de residência, como também na continuidade do trabalho.

A avaliação se estendeu para a necessidade de ampliar a atividade para os demais profissionais da equipe de saúde da USF. E que essa ampliação se estenda à medida que possa vir a ser uma atividade da própria unidade, podendo ser um espaço de reflexão sobre as formas de trabalho e de ensino-aprendizagem da equipe.

Referências

BRASIL. **LEI Nº 11.129, DE 30 DE JUNHO DE 2005.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2005/Lei/L11129.htm

BRASIL a. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios** / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_sus_screen.pdf

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Participativa. **Saúde da família: panorama, avaliação e desafios.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_familia_panorama_avaliacao_desafios.pdf

BRASIL R.W.N, MAGALHÃES J.F, XIMENES N.F.R.G. **Análise das contribuições do método da roda no gerenciamento de um Centro de Saúde da Família.** RAS _ Vol. 14, Nº 54 – Jan-Mar, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_acs.pdf

NASCIMENTO, Elisabet Pereira Lelo; CORREA, Carlos Roberto da Silveira. O agente comunitário de saúde: formação, inserção e práticas. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1304-1313, jun, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/11.pdf>.

FERREIRA, S.R.; OLSCHOWSKY, A. Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v. 30, n.1, p.106-112, 2009. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8882/0>

FREITAS, C.A. et al, Desvelando a Vivência de uma equipe multiprofissional de residentes em saúde da família com o agente comunitário de saúde. Revista APS, v.10, n.2, p. 143-155, jul./dez. 2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/07desvelando.pdf>

Agradecimentos

Agradamos aos ACSs por contribuírem efetivamente com nossas atividades, a USF pelo acolhimento e a UNCISAL no compartilhamento das nossas ações.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ENTRAVES PARA O ACESSO DO HOMEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Linda Katia Oliveira Sales (apresentadora e Orientadora) – Universidade do estado do Rio Grande do Norte- UERN. Email: lindakatia.enfermagem@yahoo.com.br

Mércio Gabriel de Araújo – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Kaio Dakson da Silva- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Ildone Forte de Moraes - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Fátima Raquel Rosado Moraes - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Carla Nadja Santos de Sousa – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Acesso aos Serviços de Saúde. Saúde da Família. Saúde do Homem.

Resumo

Sabe-se que o homem pela sua historicidade e valores culturais esteve invisível diante das ações destinadas a saúde da população. Assim, o homem torna-se um desafio para os serviços de saúde, pois os valores e conceitos intrínsecos inseridos na construção da identidade masculina são entraves na formulação de ações que assegurem seus direitos de cidadão, já que o homem não se percebe como sujeito partícipe das práticas. Com isso, o trabalho objetiva descrever os entraves existentes na Unidade Básica Saúde da Família-UBSF para o acesso do homem neste service. Relato de experiência realizado por acadêmicos de enfermagem da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN na UBSF no município de Caicó/RN. Identificaram que os homens consideram a UBSF somente de acesso feminino, prevalecendo ações voltadas às mulheres, crianças e idosos. observou-se também que os homens acessam o serviço apenas para a realização de consultas médicas ambulatoriais, quando se sentem realmente doentes e debilitados. E que os profissionais visualizam a realização do exame do antígeno prostático –PSA como justificativa para atendimento a população masculina na ESF e a falta de acesso do homem ao serviço é a prontidão no atendimento, principalmente entre o tempo que se procura por atendimento e a efetivação do mesmo. É necessário que os profissionais utilizem-se da educação em saúde, pois este é um instrumento norteador e transformador das ações voltadas para o homem, uma vez que aproxima esses sujeitos dos serviços de saúde e contribui para o fortalecimento de oferta de serviços e acesso do homem.

Introdução

A expansão da ESF tem se consolidado como grande foco para a ampliação dos serviços de saúde oferecidos pela atenção primária. Sabe-se que o homem pela sua historicidade e valores culturais esteve invisível diante das ações destinadas a população. As discussões de gênero se voltam para o homem na tentativa de identificar quais os valores contidos no imaginário social desse indivíduo que impedem seu autocuidado nas questões relacionadas à saúde (BARBOSA; AGUIAR, 2008).

Assim, o homem torna-se um desafio para os serviços de saúde, pois os valores e conceitos intrínsecos inseridos na construção da identidade masculina são entraves na formulação de ações que assegurem seus direitos de cidadão, já que o homem não se percebe como sujeito partícipe de práticas de saúde (COUTO et al, 2010).

As políticas de saúde são compreendidas como demandas das sociedades manifestadas e mediadas por grupos de interesses e movimentos sociais e, por outro lado, também podem ser entendidas como tentativas de resposta dos governos a anseios e demandas desses grupos, resultando em programas, ações, estratégias, planos, que terão efeitos e buscarão transformações e resultados positivos e benéficos para pessoas numa dada realidade (FERNANDES; RIBEIRO; MOREIRA, 2011).

Logo, no ano de 2008 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem- PNAISH objetivando a promoção de ações de saúde que contribuam significativamente para a realidade singular masculina nos seus múltiplos contextos sejam eles políticos, socioculturais ou econômicos, respeitando os distintos níveis de desenvolvimento de organização dos sistemas locais de saúde e tipos de gestão, possibilitando a diminuição de problemas de saúde, especialmente os de mortalidade por causas preveníveis e evitáveis, melhorando as condições de saúde dessa população e visando ampliar o acesso do homem no setor saúde através de ações de promoção da saúde e prevenção de agravos (BRASIL, 2008).

A PNAISH abrange os homens em faixa etária de 25 a 59 anos de idade, tendo como eixos norteadores a violência, morbimortalidade e a saúde sexual e reprodutiva.

Inicialmente, a violência é vista como um fenômeno difuso, complexo e multicausal e de múltiplas facetas que envolvem o ser homem. A violência não pode ser repensada sem levar em conta a subjetividade humana e as condições históricas que envolvem a sociedade, inclusive através da utilização de representações sociais que se tornam vieses para essa prática como a arma de fogo, que caracteriza o prazer e o domínio, e o carro, símbolo da potência, do tempo veloz e da hiperliberdade. Essas especificidades são predominantes na formação da identidade masculina durante, especialmente, a adolescência e juventude. Dessa maneira, a PNAISH enfatiza a promoção da saúde, a prevenção da violência e a edificação de uma cultura de Paz voltada para a população masculina (LIMA; BUCHELE; CLÍMACO, 2008; MINAYO, 2005; BRASIL, 2008).

Já com relação à morbimortalidade associada diretamente as causas que podem ser preveníveis e evitáveis destacam-se o tabagismo, álcool, o sedentarismo. Os homens usam mais cigarros do que as mulheres estando mais propensos as doenças cardiovasculares, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, câncer e demais. Também, o álcool faz parte do cotidiano do homem, principalmente nos adultos que se encontram tanto no uso nocivo quanto na dependência do álcool, sendo 4 vezes mais comum nesses do que nas mulheres (BRASIL, 2008).

Com relação a participação masculina na reprodução humana, a PNAISH considera que o homem deve ser proativo, co-partícipe nos diversos momentos do processo, tendo em vista que seu auxílio junto a parceira fortalece os laços e a efetivação da estrutura familiar, superando o modelo de paternidade hegemônico que entende a paternidade como uma obrigação legal onde o homem permanece a margem do processo, restringindo sua participação a provedor e responsável pela família.

Além da participação do homem no período gravídico- puerperal a sua acessibilidade no planejamento familiar deve ser fortalecida, pois é evidente apenas a presença da mulher nesse momento de escolha o que torna muitas vezes não condizente com os ideais masculinos (CARVALHO, 2005; BRASIL, 2008).

O acesso está relacionado à oferta de serviços, mas não somente a este, deve-se considerar também fatores individuais e contextuais que influenciam a condição de acesso. Assim, é necessário que se desenvolva práticas de acolhimento pelos serviços de saúde entendendo-as como um leque de ações que permita ao homem ser bem recebido e percebido dentro desses espaços (QUEIROZ; RIBEIRO; PENNAFORT, 2010).

O presente trabalho objetiva descrever os entraves existentes na Unidade Básica Saúde Família para o acesso do homem neste service.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Metodologia

A disciplina Estágio Curricular Supervisionado III é ofertada no oitavo período do curso de graduação em Enfermagem, Campus Caicó da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, tendo como proposta curricular a inserção do discente nas unidades básicas de saúde (UBS) permitindo a construção do perfil do discente para sua futura profissão através de práticas e ações de responsabilidade do enfermeiro.

Proporcionando, assim, vivências com os diferentes grupos que fazem parte da Estratégia Saúde da Família (ESF), através de ações de educação em saúde, assistenciais e territoriais. Uma vez que, torna-se indispensável à participação do acadêmico no cotidiano deste serviço de saúde.

Para a concretização deste trabalho foram necessários três momentos distintos.

Inicialmente, realizou-se consultas de enfermagem nos meses de Julho a Setembro de 2013 na UBS Ana de Antão, localizada no bairro Boa Passagem, município de Caicó-RN, onde foram desenvolvidas consultas noturnas direcionadas ao público masculino na perspectiva de conhecer as particularidades inerentes deste grupo propondo minimizar a ausência desses sujeitos na ESF.

Em seguida, buscou-se compreender a realidade singular que envolve a UBS quanto ao acesso do homem as ações desenvolvidas pela ESF através de conversas com os profissionais agentes comunitários de saúde, enfermeiro, técnicos de enfermagem e médico.

E por fim, foram realizadas leituras e discussões teóricas sobre a participação do homem nos espaços de saúde, saúde do homem e o papel da ESF como porta de entrada da população masculina nos serviços de saúde, através de autores como: Gomes (2008), Couto et al (2010), Schraiber (2010), Figueiredo (2005), Carvalho (2005), Brito; Santos (2010).

Resultados

Discussão

Os homens consideram as UBSF locais somente de acesso feminino, prevalecendo ações voltadas às mulheres, crianças e idosos. Outra dificuldade é a equipe de saúde que se constitui por profissionais em sua maioria do sexo feminino, proporcionando a invisibilidade do homem neste contexto de saúde (FIGUEIREDO, 2005).

Logo, o homem torna-se um desafio para os serviços de saúde, pois os valores e conceitos intrínsecos inseridos na construção da identidade masculina são entaves na formulação de ações que assegurem seus direitos de cidadão, já que o homem não se percebe como sujeito partícipe de práticas de saúde.

Todavia a elaboração de estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos, a discussão acerca dos espaços que contribuam para a entrada do homem e permanência nos serviços, são eixos facilitadores para a resolução dessa problemática. Couto et al (2010) corrobora com o debate ao considerar que a atenção primária é um instrumento eficiente, que fortalece os vínculos entre serviço e população, além de contribuir para a universalização do acesso e de garantir a integralidade e equidade da assistência. É entendida como um conjunto articulado de ações e serviços que permitem acesso direto do usuário com o campo da saúde.

Diante disso, observou-se na UBSF Ana de Antão que os homens acessam o serviço apenas para a realização de consultas médicas ambulatoriais, quando se sentem realmente doentes e debilitados. Isso revela que os serviços de saúde priorizam consultas individuais e rápidas estando os profissionais preocupados em ofertar uma resposta rápida ao usuário, tomando decisões precipitadas pautadas na terapêutica de patologias.

É necessário que os profissionais utilizem-se da educação em saúde, pois este é um instrumento norteador e transformador das ações voltadas para o homem, uma vez que aproxima esses sujeitos dos serviços de saúde e contribui para o fortalecimento de oferta de serviços e acesso a UBS. Não se utilizando somente de ações ambulatoriais.

Os profissionais devem conhecer a realidade inerente ao homem e perceber a relevância de trabalhar como esses indivíduos já que as questões culturais que envolvem o universo masculino não permitem discutir a temática saúde na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de doenças. A dificuldade de acesso da população masculina e o funcionamento dos serviços são justificativas recorrentes dos profissionais, entretanto estes não se utilizam dos dispositivos de educação em saúde para compreender a realidade social do homem e construir estratégias de aproximação (SCHRAIBER et al, 2010).

Também, um dos principais indicadores para a falta de acesso do homem ao serviço é a prontidão no atendimento, principalmente entre o tempo que se procura por atendimento e a efetivação do mesmo, revelando ainda que está procura se caracteriza pela busca da resolutividade do problema que originou a busca efetiva (GOMES et al, 2011).

Machin et al (2011) discutem as questões de acessibilidade masculina mostrando que a menor presença dos homens aos serviços de saúde justificadas pelo trabalho está ligada diretamente ao imaginário social e construído culturalmente, uma vez que o mundo do trabalho desvaloriza a ausência do homem motivada pela saúde/doença além de ser um instrumento revelador de suas fragilidades.

Foi percebido que a realização do exame do antígeno prostático –PSA é um utilizado como justificativa para atendimento a população masculina na ESF. O câncer de próstata é reconhecidamente como um caso de saúde pública tamanha a sua magnitude no quadro de morbimortalidade masculina, sendo indispensável sua prevenção e controle. Logo, ações preventivas configuram-se como intervenções capazes de evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência na população (GOMES, 2008).

O câncer prostático tem sido uma das patologias mais frequentes que acomete o homem nos últimos anos sendo superado apenas pelo câncer de pele não-melanoma, esse dado foi levantado a partir de uma estimativa do Instituto Nacional do Câncer-INCA. Ainda, vale ressaltar que este câncer tem uma evolução lenta, de modo que se pode evitar a mortalidade se o processo for diagnosticado e tratado precocemente (BRASIL, 2008).

Por isso, emerge a necessidade de buscar subsídios com vistas a garantir capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais da ESF, como também a realização de atividades de educação em saúde que permitam ao homem entender suas necessidades de saúde e inserir-se nesses espaços. Diante disso, o câncer de próstata é apontado como um dos principais problemas de saúde do homem e sua prevenção é vista como necessária.

Outro entrave para o acesso do público masculino é a vergonha e o constrangimento gerado pela falta de hábito de frequentar os estabelecimentos, além do mais pelo fato da maioria dos profissionais serem do sexo feminino ocasionando uma barreira no acolhimento ao homem, haja vista que o imaginário social desse sujeito considera os espaços de saúde como locais direcionados apenas para mulheres, crianças e idosos.

Isso se deve ao fato do cuidado ter se voltado binômio mãe/filho na década de 70 não correspondendo aos anseios masculinos, ficando invisíveis diante dos serviços de reprodução humana. A assistência à saúde foi alvo de ações sistematizadas, que visavam apenas a saúde materno-infantil, além do início de práticas voltadas a anticoncepção que perdurou privilegiando a mulher (BRITO; SANTOS, 2010; MACHIN, 2011).

Os homens percebem a necessidade de frequentar a UBSF, contudo sentem-se inseguros frente a um atendimento feminino acreditando que isso pode expor sua masculinidade de forma negativa, não percebendo a mulher como uma profissional capacitada e qualificada para atender todos os públicos que adentram a ESF.

Assim, a formação do ser homem, construído a partir das perspectivas de invulnerabilidade, força e virilidade contribuiu historicamente para a ausência do homem nos serviços de saúde, já que tais características são incompatíveis com as demonstrações de sinais de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura a esses estabelecimentos, colocando em risco a masculinidade e aproximando o homem das representações de feminilidade (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010; GOMES et al, 2011).

Atividades de educação em saúde, elaboração e disponibilização de políticas de saúde, manuais e protocolos tem surgido com a finalidade de instrumentalizar os profissionais para suas práticas dentro do contexto da ESF, no entanto tem se mostrado insuficientes para a integralidade das ações em saúde conforme preconizado pelo SUS. Assim, a integração de diferentes categorias profissionais emergiu como uma possibilidade de assegurar maior resolutividade frente à complexidade crescente da execução de ações de atenção primária (SAITO, 2008).

A composição da ESF tem se fragmentado ao longo dos anos, principalmente por determinadas categorias profissionais que não se propõem ou isentam-se de assumir o perfil proposto pelo Ministério da Saúde para a operacionalização desse modelo assistencial. Isso tem acarretado diversos desafios para a efetivação de políticas de saúde já que os demais profissionais sentem-se sobrecarregados diante das responsabilidades impostas para uma adequada assistência.

O SUS enfrenta um conjunto de variáveis advindas da dinâmica de reprodução do modelo médico-assistencial hospitalocêntrico que abrange determinantes políticos e econômicos que buscam diminuir a efetivação de ações de saúde pública. É importante articular-se para corrigir esse modelo fragmentado e desarticulado, embasado em uma postura autoritária, verticalizada de imposição e de um saber científico descontextualizado e inerte dos anseios e desejos da população no que se refere a sua saúde e a sua condição de vida (SAITO, 2008).

É necessária a execução de atividades conjuntas através de uma equipe multiprofissional que trabalhe na perspectiva de melhorias das condições de saúde do homem e incorporem práticas de visita domiciliar, educação em saúde e horários diversificados de atendimento a este público, pois somente assim os homens poderão acessar a UBS.

E por fim, verificou-se que os profissionais não utilizam a PNAISH como ferramenta de aproximação e participação dos homens no serviço de saúde. É de extrema relevância trabalhar como esta política, haja vista que esta subsidia na formação de vínculos dos profissionais com os homens dando condições para a elaboração de práticas e ações efetivas.

Percebe-se que ações e práticas de prevenção de doenças e promoção da saúde são indispensáveis para o fortalecimento do acolhimento e da acessibilidade do homem aos serviços de saúde, e para que isso ocorra é necessária à integralidade das ações, entendendo-a como um conjunto articulado e contínuo que tem como prioridade as atividades preventivas, sem prejuízo aos serviços assistenciais (PINHEIRO; SILVA JUNIOR, 2008).

Nessa perspectiva, entende-se que a operacionalização da PNASH torna-se complexa e desafiadora à medida que o contexto sociocultural e as práticas de saúde prevalentes impedem que os profissionais conheçam as condições de vida da população masculina impossibilitando a construção de práticas inovadoras e efetivas de saúde.

Conclusão

A temática trabalhada configura-se como um trabalho relevante, uma vez que engloba assunto referente à saúde do homem, reconhecendo necessária a formação de estratégias e subsídios que fortaleçam sua participação na atenção primária, através de educação em saúde, promoção da saúde, visitas domiciliares e de atividades multiprofissionais. Logo, os profissionais devem entender a relevância desse sujeito para a saúde buscando compreender suas subjetividades e seu imaginário social, pois através dessas questões podem-se desenvolver atividades e práticas de saúde voltadas para este público no contexto dos espaços de saúde e da própria comunidade.

Referências

BARBOSA, S. P.; AGUIAR, A. C. Fatores influentes na permanência dos enfermeiros na estratégia saúde da família em Ipatinga- Minas Gerais- Brasil. **Revista APS**, v. 11, n. 4, p. 380-388, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à saúde do homem**: princípios e diretrizes, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008. 46p.

BRITO, R. S.; SANTOS, D. L. A. Homens e ações preventivas em saúde: revisão sistemática de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE** **On Line**, v.4, n. 3, p. 1118-1123, 2010. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1054>. Acesso em 19 ago. 2012, 15:20.

CARVALHO, J. B. L. **Nascimento de um filho: o significado para o pai**. Natal, 2005. 93p. Originalmente apresentado como dissertação de mestrado. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2005.

COUTO M.T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.14, n. 33, p. 257-270, 2010.

FERNANDES, F. M. B.; RIBEIRO, J. M.; MOREIRA, M. R. Reflexões sobre avaliação de políticas de saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 27, n. 9, p.1667-1677, 2011.

FIGUEIREDO, W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p.105-109. 2005.

GOMES, R. et al. O atendimento à saúde de homens: estudo qualitativo em quatro estados brasileiros. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p.113-128, 2011.

_____. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, 2008.

LIMA, D. C.; BUCHELLE, F.; CLÍMACO, D. A. Homem, gênero e violência contra a mulher. **Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 69-81, 2008.

MACHIN, R. et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 23-26, 2005.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. Práticas avaliativas da integridade em saúde: percurso metodológico da pesquisa. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos das práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2008. p. 17-41.

QUEIROZ, M. V. O.; RIBEIRO, E. M. V.; PENNAFORT, V. P. S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. **Revista Texto & Contexto em Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 291-299, 2010.

SAITO, R X. S. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um sistema único de saúde. IN:_____: **Saúde da família: considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008. p. 21-60.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Caderno de Saúde Pública**, v. 26, n. 5, p. 961-970, 2010.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ENVELHECIMENTO E DESENVOLVIMENTO DA RESILIÊNCIA EM IDOSO INSTITUCIONALIZADO: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ysabelly Cristina Araújo Fonseca - Universidade Federal do Rio Grande do Norte -ysabelly_cristina@hotmail.com

Sandy Yasmine Bezerra e Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Ladjane Gomes da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Isabelle Christine Marinho de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Kivia Sales Costa - Universidade Potiguar

Richardson Augusto Rosando (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Resiliência psicológica. Instituição de longa permanência para idosos. envelhecimento populacional.

Resumo

Conhecendo os fatores de risco e os de proteção que envolve o desenvolvimento da resiliência, este estudo almeja identificar na literatura intervenções que atuem como fatores de proteção, passíveis de serem aplicadas em idosos, com o intuito de embasar uma ação de extensão realizada em uma instituição de longa permanência, além de estimular que essas práticas sejam adicionadas a atividade diária dos idosos, sejam eles institucionalizados ou não. Foram encontrados documentos que estimulavam a prática da atividade física, a realização de grupos terapêuticos que abarcasse as temáticas de cidadania, musicoterapia, educação quanto a doenças e higienização, atividade física, teatro, grupo sociofamiliar, grupo do acolhimento a fim de avaliar as atividades realizadas, terapia ocupacional que envolve pintura, colagem, modelagem, trabalho com sucata, papel reciclado, carpintaria, a realização de atividades de lazer, e de estímulo a memória e ao desenvolvimento cognitivo.

Introdução

O envelhecimento populacional, caracterizado como uma mudança na estrutura etária da população que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade definindo o início da velhice, é um fenômeno natural, irreversível e mundial (BRASIL, 2010). Ele é resultado das mudanças de alguns indicadores de saúde, principalmente a queda de fecundidade, da mortalidade e o aumento da esperança de vida. É um processo não homogêneo, capaz de sofrer influências dos processos discriminatórios e exclusionistas relacionados ao gênero, à etnia, ao racismo, às condições socioeconômicas, à região geográfica e ao local de moradia (BRASIL, 2006). De acordo com o IBGE, no Brasil existem aproximadamente 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, representando 10% da população total. Estima-se que esse grupo populacional, no período de 1950 a 2025 aumente em quinze vezes, enquanto que a população total em cinco (BRASIL, 2010).

O envelhecimento constitui um processo no qual ocorre uma diminuição progressiva da reserva funcional dos indivíduos que normalmente não provoca problemas maiores, porém se esse momento estiver associado a situações de sobrecarga, sejam estas doenças, conflitos, ou estresses, é possível a ocorrência de uma situação debilitante (BRASIL, 2006). Os transtornos comportamentais surgem como resultados das relações familiares carências ou devido o confronto com acontecimentos traumáticos. Todavia, as reações dos indivíduos expostos a tais adversidades revelam a multiplicidade das respostas adaptativas, nas quais indivíduos em contexto semelhantes podem desenvolver perturbações sociais, ou não, manifestando um ajustamento pouco explicável (LARANJEIRA, 2007). Nesse contexto, é importante ressaltar o conceito da resiliência, definida como um fenômeno, um funcionamento, ou ainda, uma arte de se adaptar as situações adversas (condições biológicas e sócio psicológicas) desenvolvendo capacidades ligadas aos recursos internos (intrapsíquicos) e externos (ambiente social e afetivo) que permitem aliar uma construção psíquica adequada à inserção social (LARANJEIRA, 2007). Falar de resiliência na velhice remete a todos os traumatismos que cada um acumula ao longo dos anos de sua vida, como falecimentos, perda da utilidade social, desenvolvimento de doenças, onde cada pessoa poderá vir a ter reações diferentes, e os resilientes se caracterizaram como aqueles que terão um desenvolvimento normal, mesmo diante de circunstâncias difíceis (FONAGY, 1994 apud LARANJEIRA, 2007). Whitbourne (2001 apud LARANJEIRA, 2007) cita como a força psicológica da resiliência os fatores individuais (o temperamento, a reflexão, as capacidades cognitivas, sentimentos de empatia, humor e as competências sociais), fatores familiares (o calor humano, a coesão e a atenção por parte do principal prestador de cuidados) e fatores de suporte (rede de apoio familiar, o sistema de serviços sociais). Estes três fatores favorecem à resiliência por melhorarem a auto-estima e a auto-eficácia do indivíduo (FONAGY, 2001 apud LARANJEIRA, 2007), porém é necessário prudência ao considerar estes fatores como favorecedores, por exemplo, a auto-estima exagerada pode confluir a um comportamento arrogante e de desprezo que prejudicará a adaptação do sujeito, já o núcleo familiar e social, quando despreza o idoso, passa a ser um fator de risco contribuindo com a vulnerabilidade, e não pertencendo mais a um fator de proteção na resiliência (LARANJEIRA, 2007). Conhecendo os fatores de risco e os de proteção que envolve o desenvolvimento da resiliência, este estudo almeja identificar na literatura intervenções que atuem como fatores de proteção, passíveis de serem aplicadas em idosos, com o intuito de embasar uma ação de extensão realizada em uma instituição de longa permanência, além de estimular que essas práticas sejam adicionadas a atividade diária dos idosos, sejam eles institucionalizados ou não.

Metodologia

Esta pesquisa bibliográfica foi realizada com uma busca, na Biblioteca Virtual de Saúde, por artigos que trabalhassem o tema de envelhecimento, qualidade de vida, resiliência, e atividades para o idoso em uma instituição. Ela também obteve dados de documentos do Ministério da Saúde. A análise dos dados foi feito de maneira associativa entres os artigos e documentos encontrados. Foram escolhidos artigos e documentos que datam a partir do ano 2000 a 2012 e em diante, apenas no idioma nacional, com conteúdo integro e vinculação livre na internet. Os descritores utilizados foram “Envelhecimento populacional”, “Envelhecimento demográfico”, “Instituição de longa permanência para idosos”, “Resiliência psicológica”.

Resultados

A senescência é o processo de envelhecimento natural, no qual ocorre uma redução progressiva da reserva funcional do indivíduo, porém certas alterações decorrentes desse processo podem ter seus efeitos minimizados pela assimilação de um estilo de vida mais ativo (BRASIL, 2010). Associado a essa diminuição funcional há uma redução da auto-imagem e da auto-estima do idoso. O ser humano naturalmente depende do seu corpo, das habilidades e da integração harmônica com relação a ele mesmo, nesse ponto a atividade física constitui uma forma de manter a autonomia e a independência, além de melhorar a auto-estima (BENEDETTI, PETROSKI, GONÇALVES, 2003). Estudos demonstram que idosos mais ativos possuíam melhor auto-imagem e auto-estima (MAZO 2003 apud BENEDETTI, PETROSKI, GONÇALVES, 2003). Os grupos terapêuticos potencializam a subjetividade humana e a inclusão social, por meio da cidadania e da autonomia. Nele é realizado o compartilhamento de experiências e a melhoria na adaptação ao modo

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

de vida individual e coletiva, através dos diálogos. É caracterizado como um meio onde é possível expressar opiniões e escolhas, permitindo o desenvolvimento de laços de cuidado. A terapia psicossocial proporciona diversas formas de atividade, como as atividades motoras, sociais e auto-expressivas, que ampliam a habilidade e autonomia do sujeito através da criatividade e expressão. Os participantes que fazem parte desses grupos relatam melhoras nas relações sociais, nos níveis de conhecimento a cerca de questões discutidas, na capacidade de lidar com o transtorno sofrido, na confiança e no alívio emocional. Exemplos de atividades em grupos terapêuticos em um hospital-dia são a retomada da cidadania por meio de pintura e colagem, musicoterapia, educação quanto a doenças e higiene, atividade física, teatro, grupo sócio-familiar que estimula a participação dos familiares, grupo do acolhimento a fim de avaliar as atividades realizadas, terapia ocupacional que envolve pintura, colagem, modelagem, trabalho com sucata, papel reciclado, carpintaria (BENEVIDES, PINTO, CAVALCANTE, JORGE, 2010). A realização de algumas atividades é capaz de estimular a inter-relação entre os próximos, os profissionais de saúde além de outros benefícios. Essas atividades visam a liberação da fadiga, divertimento para evitar o tédio e estímulo à criatividade, além de possibilitar reflexão sobre a realidade. Em um estudo em um hospital universitário, atividades de lazer foram associadas com a promoção do conforto ao paciente. Esse mesmo estudo demonstrou relação entre atividades de lazer (associadas às conversas e visitas) a diminuição das comorbidades. Dentre as atividades relacionadas como desejáveis por idosos hospitalizados, estava acesso a televisor e rádio, jogos de baralho, dominó, dama, leitura de jornais, revistas, livros, crochê, tricô, pintura, conversas e ginástica (JANNUZZI, CINTRA, 2006). É importante ressaltar a necessidade de atividades que estimulem a memória e os processos cognitivos, pois outro estudo demonstrou haver correlação inversa entre problemas de memória e resiliência, e correlação direta entre desempenho cognitivo (avaliado pelo Miniexame do estado mental) e resiliência, evidenciando que quanto menores eram as queixas relativas à problemas de memória, maiores eram os índices de resiliência, e quanto maior o desempenho cognitivo, maior o índice de resiliência (FORTES, PORTUGUEZ, ARGIMON, 2009).

Conclusão

A resiliência é um processo no qual o indivíduo, a partir de seus processos sociais e intrapsíquicos, desenvolve-se saudavelmente, mesmo vivenciando experiências desfavoráveis (PINHEIRO 2004 apud FORTES, PORTUGUEZ, ARGIMON, 2009). Frente as adversidades, há evocação da adaptação normal, e certos recursos podem ser ativados para que o processo de adaptação ocorra. Os idosos, mesmo apresentando limitações e incapacidades, mantêm um senso positivo de bem-estar, demonstrando que apesar das próprias perdas funcionais, não há impedimento para um bom funcionamento cognitivo funcional, e assim como as outras pessoas, também são capazes de ativar mecanismos para adaptarem-se as perdas. A necessidade de aumentar a capacidade de resiliência aos idosos advém de ser essa a idade com maior probabilidade de ocorrerem eventos desagradáveis, tanto relacionados à saúde e o bem-estar próprio como de parentes e conhecidos (FORTES, PORTUGUEZ, ARGIMON, 2009).

Um grande desafio da população de idosos demonstram preferências na realização de atividades voltadas para assistir programas televisivos, atividades religiosas e manuais. Provavelmente essa situação se deve à falta de estímulo dos órgãos governamentais em cumprir a política nacional do idoso, que prevê a necessidade de espaços com acessibilidade para a realização de atividades de lazer (FORTES, PORTUGUEZ, ARGIMON, 2009). Diante da necessidade da implantação de programas que busquem a manutenção das capacidades cognitivas e funcionais do idoso, melhorando a sua auto-estima e a qualidade de vida, é importante a realização de práticas alternativas para o desenvolvimento do comportamento de resiliência dos idosos.

Referências

BENEDETTI, T. B.; PETROSKI, E. L.; GONÇALVES, L. T. Exercícios Físicos, Auto-Imagem e Auto-Estima em Idosos Asilados. Revista Brasileira De Cineantropometria & Desempenho Humano. v. 5, n. 2, p. 69 – 74. 2003.
BENEVIDES, D. S.; PINTO, A. G. A.; CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B. Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital-dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.127-38, jan./mar. 2010.
BRASIL. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Série Pactos pela Vida 2006. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2010.
BRASIL. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica – nº 19. Ministério da Saúde. Brasília, DF. 2010.
FORTES, T. F. R.; PORTUGUEZ, M. W.; ARGIMON, I. I. L. A resiliência em idosos e sua relação com variáveis sociodemográficas e funções cognitivas. Estudos de Psicologia. Campinas. v. 26, n. 4, p. 455-63, outubro – dezembro. 2009.
JANNUZZI, F. F.; CINTRA, f. a. Atividades de lazer em idosos durante a hospitalização. Rev Esc Enferm. USP. v. 40, n. 2, p. 179-87, 2006.
LARANJEIRA, C. A. S. J. Do Ser Vulnerável ao Resiliente Envelhecer: Revisão de Literatura. Psicologia: Teoria e Pesquisa. v. 23, n. 3, p. 327-32. Jul - Set 2007.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus por permitir a participação neste congresso que terá tanta importância para a minha entrada no mestrado no final de 2014. Aos meus pais que se fazem presentes em todos os momentos e me apóiam na busca pelos meus sonhos. Aos meus colegas de trabalho que colaboraram juntamente comigo para a construção deste trabalho. Agradeço aos colaboradores do congresso que se preocupam com a atualização e inovação dos profissionais e estudantes participantes

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Envelhecimento e Palição: A enfermagem na promoção da saúde ao fim da vida

Mariana Alves Firmeza- Universidade Federal do Ceará- marianaaf2010@hotmail.com
Gustavo Bruno Martins Domingos- Universidade Federal do Ceará
Juliana Maia- Universidade Federal do Ceará
Edyane Maria Bezerra Galvão- Universidade Federal do Ceará
Wandervânia Gomes Nojoza- Universidade Federal do Ceará
Charlys Barbosa Nogueira- Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Envelhecimento. Palição. Cuidados. Saúde

Resumo

O processo de envelhecimento na vida dos indivíduos se faz de modo uniforme, é um fenômeno biológico normal na vida dos seres vivos e não deve ser considerado doença. Entretanto, esse processo pode tornar-se preocupante, pois muitas vezes ocorre o aumento da prevalência de doenças, comprometendo a vida de relação e vegetativa e o idoso pode sentir as consequências desse processo, tornando-se dependente. Atualmente ocorre um aumento do envelhecimento populacional com elevação da incidência de doenças associadas ao processo, como por exemplo, acidentes vasculares cerebrais, diabetes e demências em geral, levando a necessidade maior de prestação de cuidados. Foi realizada revisão integrativa da literatura, a partir das bases de dados BVS BIREME e LILACS, com associação do descritor “cuidado paliativo” com a palavra-chave envelhecimento, selecionando-se periódicos de 2010 a 2013, no período de abril a junho de 2014. Foram encontrados 5 artigos que descreviam sobre o desafio de oferecer qualidade de vida a esses idosos, estando eles, saudáveis ou doentes, não somente acrescentando-lhes mais anos à vida, mas promovendo saúde. Para que possam conceber o processo de morte dignamente por meio do oferecimento durante 24h, por parte dos profissionais de saúde, em especial, por toda a equipe de enfermagem, dos cuidados ao fim da vida.

Introdução

Não é fácil definir envelhecimento normal, sabendo-se como o processo de senescência varia de indivíduo para indivíduo, e que é influenciado além do determinismo genético, por fatores ambientais, por agressões à saúde como infecções, acidentes, vícios alimentares e comportamentais. O processo não deve ser considerado doença, mas pode acarretar sequelas que podem levar a dependência do idoso, já que nessa etapa aumenta o risco de doenças degenerativas, como Alzheimer, coronariopatias, doenças osteoarticulares e osteometabólicas (CANÇADO, ALANIS, HORTA 2011). No cérebro, especificamente no hemisfério esquerdo, temos a regulação da expressão da linguagem, o lobo frontal constitui-se na principal área motora do córtex. O lobo parietal é responsável pela sensibilidade do corpo e no lobo temporal encontra-se o centro da audição. Todas essas funções, dentre outras, são essenciais para uma boa qualidade de vida do idoso e que, no entanto podem ser bastante comprometidas com o envelhecimento (MORAES, MORAES, LIMA 2010). Nosso cérebro apresenta a importante propriedade de plasticidade, que permite uma certa reparação neuronal, com formação de novos circuitos sinápticos. Apesar disso, deve-se levar em consideração outras alterações que muitas vezes não são compensadas pela plasticidade e que alteram a vida normal de idosos, como por exemplo o aparecimento de placas senis e emaranhados neurofibrilares (CANÇADO, ALANIS, HORTA 2011). Também o débito cardíaco máximo é reduzido com o passar dos anos, o miocárdio passa a apresentar áreas com fibrose e ocorre a perda da elasticidade arterial. Além disso com o envelhecimento, sucede a diminuição da função pulmonar, modificações também se tornam evidentes no sistema musculoesquelético, com perda de massa muscular e da viscosidade dos fluidos sinoviais, diminuição da elasticidade e número de fibras (FECHINE, TROMPIERI 2012). Assim os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, responsáveis pelos cuidados mais direcionados ao paciente, de forma holística, devem se empenhar não somente em medidas que prolonguem a vida, mas também em promover o bem-estar até os últimos dias de vida do idoso, estando este sadio ou doente, dentro do possível, para que possam manter suas funções cognitivas e sensoriomotoras, principalmente com o envelhecimento progressivo da sociedade atual.

O indivíduo que envelhece deve ser avaliado com atenção, paciência e cuidado, sob diferentes ângulos, por ser o envelhecimento, um processo heterogêneo (FECHINE, TROMPIERI 2012). Dentro desse contexto, os profissionais enfermeiros são incumbidos de informar o paciente, seus familiares e cuidadores acerca da assistência e do papel da enfermagem na prestação dos cuidados, reforçar a comunicação interdisciplinar, ouvir tanto quanto falar e, principalmente, assegurar-se do conforto do ser cuidado (BRAGA et al 2010). Na velhice avançada, os anos que antecedem a morte são os mais disfuncionais, nessa fase também é necessária a promoção da qualidade de vida, exigindo atuação mais particularizada e postura humanitária dos profissionais cuidadores, diante dessa situação. Assim como fazer um diagnóstico, reconhecer o processo de morrer é indubitavelmente indispensável, pois há limites para a cura mas não há para os cuidados (BURLÁ, AZEVEDO 2011). Estes cuidados, ao fim da vida, atingem não somente ao idoso mas também aos cuidadores e familiares. E é necessário questionar acerca do sofrimento desse idoso além de ter bastante sensibilidade às queixas apresentadas por eles. O paciente deve ser avaliado continuamente, de maneira holística, observando o aparecimento dos sintomas e das eventuais queixas, para garantir a ele, morte com dignidade e autonomia, em um momento em que se faz necessário optar por não mais agir com o intuito de curá-lo. É importante intervir principalmente naqueles sintomas que causam algum desconforto ao paciente ou a família.

Os cuidados ao fim da vida devem ser prestados a partir do momento em que fica claro que o paciente se encontra em declínio progressivo, aproximando-se da morte, com prejuízos significativos e que, apesar de não estarem doentes, carregam o potencial para manifestarem alguma enfermidade ou incapacidade (BURLÁ, AZEVEDO 2011). Esses cuidados podem ser considerados um tipo de palição e são eficazes em promover saúde dentro do processo de envelhecimento.

Metodologia

Foi realizada revisão integrativa da literatura, nas bases de dados BVS BIREME e LILACS, com associação do descritor “cuidado paliativo” com a palavra-chave envelhecimento, selecionando-se periódicos de 2010 a 2013, no período de abril a junho de 2014. Alguns dados também foram analisados do Tratado de geriatria e gerontologia, edição de 2011. Para a descrição das pesquisas selecionadas utilizou-se a organização dos dados por similaridade.

Resultados

O envelhecimento humano é um processo universal, progressivo, declinante e leva à uma trajetória lenta para a morte, caracterizada por sofrimento físico, mental, social e emocional (FECHINE, TROMPIERI 2012). Descrevemos no Quadro 1 os artigos encontrados e a discussão.

e

Discussão

V

Seminário Internacional em
Promoção da Saúde

Quadro 1: Descrição dos conteúdos dos cinco artigos encontrados sobre o tema, com as respectivas discussões.

Artigos	Discussão
Características biológicas e psicológicas do envelhecimento (MORAES, MORAES, LIMA 2010)	Apresenta as principais características do envelhecimento somático e psíquico. Ressaltando sempre que o processo de envelhecimento não impede que a pessoa se mantenha ativa e independente. Os sinais de deficiências funcionais principalmente, decorrentes do envelhecimento cerebral, vão aparecendo discretamente, não devendo ser considerado doença. Portanto, com ou sem enfermidade, deve-se proporcionar felicidade e êxtase em todas as fases da vida, incluindo os dias remanescentes do idoso.
O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos (FECHINI, TROMPIERI 2012)	Apresenta o envelhecimento, como sendo um processo heterogêneo e que varia desde sistemas orgânicos até psicossociais. E que essa etapa depende dos hábitos adotados ao longo da vida. Portanto, se faz necessário o desenvolvimento de estratégias que atenuem os efeitos do envelhecimento e proporcione qualidade de vida, até os últimos dias. Aborda o envelhecimento de todos os sistemas do corpo separadamente, inclusive acentuando a importância dos exercícios físicos para a redução de declínios com o envelhecimento de SNC.
Envelhecimento e finitude: qual a representação da morte? (GUIMARÃES, CARNEIRO 2012)	Aborda a visão conflituosa e dolorosa entre vida e morte. Apresenta os objetivos da palição, que é exatamente focar o indivíduo e não a doença, além da falta de formação dos profissionais para lidar com a morte. Enfatiza que esta é o segundo grande momento da existência, após o nascimento, no qual ocorre a igualdade entre os seres.
Cuidados paliativos ao paciente idoso: uma revisão integrativa da literatura. (ANDRADE et al 2012)	Enfatiza a necessidade de ampliação de cuidados intensos devido ao envelhecimento progressivo da sociedade. Apresenta os princípios dos cuidados paliativos, principalmente o não adiamento da morte. E destaca principalmente, a quantidade ínfima de estudos sobre o tema.
Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos (TERRA 2013)	Apresenta os princípios bioéticos do paciente terminal, hierarquizados. Estando o da não maleficência suplantando o da beneficência e sendo o princípio da justiça o menos importante, considerado na decisão final. Mesmo na fase terminal de uma doença ou mesmo no processo de envelhecimento fisiológico, é possível manter a qualidade de vida em níveis satisfatórios por causa das técnicas de palição.

A palição nessa fase valoriza a dignidade da pessoa que tem o direito de viver seus últimos momentos com conforto e qualidade (TERRA 2013). Sendo assim, é necessária uma equipe articulada, com conhecimentos para controlar os eventuais sintomas e que tenha as técnicas necessárias à assistência de qualidade. Pode-se afirmar que os enfermeiros são os principais responsáveis pela prestação dos cuidados paliativos aos idosos, durante 24h, estando esses profissionais sempre bem preparados para a prestação de uma assistência integral, criando vínculos que oferecem confiança e segurança para toda a família (BRAGA et al 2010). É importante a compreensão, empatia, bom humor, assim como ter um discurso comum e não cultivar vaidades profissionais. Devido a esta última, muitas vezes a morte é encarada como falha profissional e não como um processo inevitável do ciclo vital. Diante de toda vulnerabilidade encontrada no envelhecimento fisiológico, surgem os 3Fs dos cuidados paliativos: fragilidade, declínio funcional e falência orgânica (BURLÁ, AZEVEDO 2011). Entre esses principais cuidados, destacam-se a promoção da saúde e qualidade dos últimos dias de vida daqueles idosos em fase terminal, por meio de atitudes simples, como por exemplo, assegurando administração eficaz de medicamentos, alívio de sintomas desagradáveis para o paciente e segurança do controle da situação, diminuindo o desconforto físico, emocional e principalmente, o medo, que nessas horas finais torna-se imensurável, estando dessa maneira, o princípio bioético da não-maleficência suplantando o da beneficência. Esse é o chamado controle da “dor total”, sintoma intolerável que acomete os idosos em seus últimos dias de vida e que exige tratamento holístico para se proporcionar a melhor morte possível (BURLÁ, AZEVEDO 2011).

Muitas vezes essa etapa é influenciada pelos hábitos adotados ao longo da vida, principalmente a prática de exercícios físicos, que costumam atenuar os efeitos da senescência. Considerando que esses episódios tendem a acontecer com mais frequência no decorrer do tempo e ter repercussões significativas na vida diária do idoso, se faz necessário a prestação de cuidados paliativos mais efetivos ao fim da vida para evitar a perda de autonomia, dependência e por consequência, uma morte mais sofrida.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Conclusão

A revisão integrativa dos artigos que tratam dos cuidados paliativos prestados a idosos, mostrou que na fase final de vida, caracterizada por dor, sofrimento físico, impotência, tristeza e marginalização, decorrentes de um envelhecimento uniforme e que pode levar à incapacidade de um idoso, faz-se necessário encontrar o limite de utilização das técnicas curativas e admitir a inexistência dos limites para a prestação de cuidados. Cuidados estes que não devem se restringir somente ao ser cuidado, mas também, àquele que cuida. Aliviando sintomas que causem desconforto e angústia, promovendo saúde e qualidade dos últimos dias de vida. Exige equipe de profissionais capacitados, disponíveis para avaliação frequente, contínua, regular, mesmo o idoso se encontrando em processo de envelhecimento considerado fisiológico. É importante aliviar todos os receios do paciente com relação a sua morte, com atitudes e condutas corretas. Esse é o perfil da equipe de enfermagem, sempre preparada para a emergência de dificuldades de enfrentamento tanto pelo doente, como pela família. Destaca-se também que os cuidados paliativos prestados ao fim da vida não são dispendiosos, pelo contrário, muitas vezes reduzem os gastos dos sistemas de saúde, pela racionalização da assistência e apesar disso, encontram-se poucos estudos que envolvem a temática, exatamente por muitas pessoas acharem que a promoção da saúde é impossível e dispensável nos dias remanescentes de um idoso e que não vale a pena direcionar recursos financeiros e mesmo temporais em prol de algo que para muitos se apresenta inválido. Pelo contrário, oferecer cuidados paliativos também é salvar vidas, históricas, com V maiúsculo, não somente um corpo.

É necessário promover a saúde, mesmo nos últimos dias de vida, em nome da ética, da dignidade, do bem-estar dos idosos e tornar isso uma realidade, pois todos passam pelo envelhecimento e muitos sofrem com as consequências da ocorrência deste processo.

Referências

ANDRADE, Cristiani Garrido de; SANTOS, Kamyla Félix Oliveira dos; COSTA, Solange Fátima Geraldo da; FERNANDES, Maria das Graças Melo; LOPES, Maria Emília Limeira; SOUTO, Marcella Costa. Cuidados paliativos ao paciente idoso: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol.16. N.3. 2012

BRAGA, Estefânia Maria; FERRACIOLI, Karla Montagnini; CARVALHO, Rosângela Cristina; FIGUEIREDO, Glória Lúcia Alves. Cuidados Paliativos: a enfermagem e o doente terminal. **Rev. Investigação**. V.10. N.1. Braga. 2010

BURLÁ, Cláudia; AZEVEDO, Daniel Lima. Palição: Cuidados ao fim da vida. In: FREITAS, Elizabete Viana de [et al] (org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 135-152

CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; ALANIS, Laura Magalhães; HORTA, Marcos de Lima. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, Elizabete Viana de [et al] (org). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 135-152

FECHINE, Basílio Rommel Almeida; TROMPIERI, Nicolino. O processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Rev. Inter Science Place**. Ed.20.vol.1. Artigo nº7. Janeiro/Março 2012.

[GUIMARÃES, Iraci](#); [CARNEIRO, Maria Helena Silva](#). Envelhecimento e finitude: qual a representação da morte? [Estud. interdiscip. envelhec](#); 17(1): 7-18, jun. 2012.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de; LIMA, Simone de Paula Pessoa. Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. **Rev. Med**. 20(1): 67-73. Minas Gerais.2010.

TERRA, Newton Luiz. Cuidados paliativos e envelhecimento humano: aspectos clínicos e bioéticos. **Revista da Sorbi**. Vol.1. N.1. p. 12-14. Dezembro. 2013.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer ao meu orientador Dr. Charlys Barbosa, por todo apoio, disponibilidade e também por ter me ajudado durante todo o processo de preparação do trabalho.

Agradeço à Universidade Federal do Ceará (UFC) pelas grandes oportunidades e incentivos à pesquisa.

Queria agradecer também aos meus colegas acadêmicos de enfermagem, Gustavo Bruno e Juliana Maia e às acadêmicas de medicina Edyane Bezerra e Wandervânia Nojoza, pela ajuda nas pesquisas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ENVELHECIMENTO E PROMOÇÃO DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE A SEMANA DE PREVENÇÃO DE QUEDAS EM IDOSOS

Maria Goretti de Almeida Pontes – Universidade Estadual do Ceará (UECE), almeida-mg@hotmail.com
Ingrid Rochelle Rêgo Nogueira – Universidade de Fortaleza (UNIFOR), ingridrochelle@yahoo.com.br

Palavras-chave: Envelhecimento. Quedas. Prevenção. Saúde do Idoso.

Resumo

As quedas representam uma das causas desencadeantes da síndrome da fragilidade, que assim como as demais síndromes geriátricas compromete a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida da pessoa idosa. Assim, a queda entre idosos passou a ser considerada como uma problemática, que requer das instituições e políticas públicas de atenção à pessoa idosa iniciativas voltadas para a publicização do problema e a sua prevenção. Desta forma, o presente trabalho traz um relato de experiência sobre o desenvolvimento da Semana de Prevenção de Quedas em Idosos, realizada anualmente desde 2011 em um grupo de convivência do município de Fortaleza, com o objetivo de esclarecer e orientar pessoas idosas, familiares, cuidadores e demais gerações acerca da prevenção de quedas em idosos, através de palestras, oficinas, atividades, vivências e distribuição de cartilhas sobre a temática. Considera-se que a relevância da iniciativa está na contribuição para a diminuição do risco de quedas e incentivo a práticas promotoras de envelhecimento ativo, atuando em uma das causas do problema, que é a escassa informação sobre saúde, segurança e participação.

Introdução

O processo de envelhecimento é marcado por transformações biopsicossociais, dentre estas há diversas perdas e doenças que afetam a qualidade de vida na velhice. As quedas representam um destes fatores limitadores da saúde da pessoa idosa, visto que são comuns com o avanço da idade e representam uma das maiores causas de morbidade e mortalidade acidentais na velhice. Desta forma, “a queda de pessoas idosas passou a ser encarada como uma questão de saúde pública, pelo alto custo relacionado às fraturas de quadril e às limitações da funcionalidade como consequência da queda” (LOUVISON e ROSA, 2012, p.170).

Segundo dados do Ministério da Saúde (2010), 30% dos idosos caem a cada ano e essa taxa aumenta para 40% entre os idosos com mais de 80 anos e 50% entre os que residem em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Após a queda, 2,5% são hospitalizados e, desses, apenas metade sobreviverá após um ano.

As quedas podem ser causadas por diversos fatores, dentre eles aspectos intrínsecos e extrínsecos, envolvendo as dimensões biológica, comportamental, ambiental e socioeconômica (NERI et al., 2013, p.153). Dentre as principais causas da queda estão a idade avançada, o gênero feminino, tonturas, reações adversas a medicamentos, fragilidade muscular, baixa visão, depressão e ambientes não adaptados, sejam eles na esfera pública ou privada.

Os acidentes por quedas causam consequências sérias nas pessoas idosas, tais como fraturas, traumatismo, perda da mobilidade e em muitos casos, morte. Além dos agravos a integridade física, as quedas causam impactos psicossociais gerados pelo medo de novas quedas, como o isolamento social, a rejeição de atividades sociais, perda da autoconfiança e da autoestima, dentre outras.

Deve-se ressaltar que as quedas representam, muitas vezes, o fator desencadeante de um declínio da saúde da pessoa idosa e do início da síndrome da fragilidade, lembrando que nos tempos atuais “a fragilidade ou fragilização no processo de envelhecimento surge como um dos temas relevantes no contexto do cuidado e da atenção prestados à população idosa” (LOUVISON e ROSA, 2012, p. 169). Diante disto, pode-se apreender a necessidade de ações que contribuam para a publicização do problema e diminuição do risco de quedas, atuando em uma das causas do problema, que é a falta de informação.

Metodologia

Buscando promover a saúde e a qualidade de vida no processo de envelhecimento é realizada a Semana de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas, visando esclarecer e orientar a população idosa, familiares, cuidadores e demais interessados sobre os fatores geradores de quedas, formas de prevenção, cuidados com o espaço domiciliar e público, dentre outros. Esta iniciativa teve sua primeira edição em 2011, consistindo desde então em três dias de atividades sócio-educativas e vivências.

Durante as quatro edições foram trabalhadas as seguintes temáticas: Porque caímos?; Funcionalidade, força e equilíbrio nas atividades cotidianas; Osteoporose e quedas; Cuidados necessários dentro e fora de casa; a importância da atividade física para a prevenção de quedas; o que fazer quando a queda acontece?; Alimentação voltada para o fortalecimento ósseo e muscular; orientações sobre primeiros socorros; Reeducação postural; Pilates na prevenção de quedas; Lian Gong: exercícios de equilíbrio e fortalecimento muscular na prevenção de quedas; Fortaleza: cidade acessível: realidade ou utopia?; Sedentarismo e quedas: que relação é essa?; Mobilidade no transporte público; e Aula aberta de Gerontomotricidade.

A ação é realizada anualmente em um grupo de convivência no município de Fortaleza e as temáticas são facilitadas por uma equipe multidisciplinar, composta por profissionais de Educação Física, Medicina, Serviço Social, Terapia Ocupacional e Fisioterapia. Na ocasião, também são distribuídas cartilhas sobre a temática, contendo o porquê da ocorrência de quedas, como prevenir quedas no ambiente doméstico, acessibilidade e prevenção de quedas no espaço público e o que fazer quando as quedas acontecem.

Resultados

A Semana de Prevenção de Quedas em Pessoas Idosas está em consonância com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006), que traz como uma de suas diretrizes o envelhecimento ativo, termo adotado pela OMS para se referir a um processo de envelhecimento com melhores oportunidades de acesso à saúde, participação e segurança. Desta forma, a pessoa idosa deixa de ser vista como um sujeito passivo, que apenas recebe os serviços que lhe são prestados e passa a ser percebido como sujeito de direitos e protagonista pela conquista de um envelhecimento digno.

Compreendendo que a saúde da pessoa idosa está diretamente relacionada à sua condição de independência e autonomia, mais do que a presença ou ausência de doenças crônicas não-transmissíveis, é necessário “realizar ações de prevenção de acidentes no domicílio e nas vias públicas, como quedas e atropelamentos” (PNSPI, 2006), tendo em vista que a queda é um dos principais fatores que interferem na saúde do idoso, levando-o a um quadro de fragilidade, no qual a dependência é uma das características.

Geralmente, a ocorrência da queda tem alguns desdobramentos negativos. A hospitalização pode acarretar a aquisição de novas doenças devido ao tempo prolongado de acamamento, como o tromboembolismo venoso e as úlceras. Além disto, há o aumento da dependência para a realização das atividades de vida diária (AVD), necessitando de um acompanhamento constante, o que influencia em alguns casos na institucionalização desse idoso, devido à família não ter disponibilidade de tempo e recursos financeiros, bem como a ausência de um suporte adequado por parte do Estado para a realização desse cuidado.

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Durante as atividades, uma das queixas mais frequentes por parte dos participantes está relacionada à dificuldade de utilizar o transporte público, devido, principalmente, à altura dos degraus e despreparo e falta de paciência por parte dos profissionais que estão realizando o serviço. Apesar da maioria das quedas ocorrerem no espaço privado, é necessário identificar os aspectos do meio urbano que também trazem riscos de quedas e orientar os idosos sobre os cuidados necessários.

Nos espaços privados, os fatores que mais estão ligados à ocorrência das quedas são pisos escorregadios, escadas sem corrimão, ausência de barras de segurança, acúmulo de mobílias e iluminação inadequada, enquanto nos espaços públicos os principais causadores são as calçadas irregulares, tempo insuficiente dos semáforos para a travessia das ruas, iluminação inadequada e ausência de rampas. Durante as palestras e na cartilha há uma ampla divulgação desses fatores, buscando fazer com que os participantes atentem para os seus riscos.

Ao definir ações intersetoriais entre Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, a PNSPI também prevê a “difusão de informações relativas à preservação da saúde e à prevenção ou recuperação de incapacidades” (PNSPI, 2006). É importante compreender que há um perfil de idosos mais propícios às quedas, portanto é necessário que haja clareza sobre quem são esses idosos, que fatores podem influenciar em futuras quedas e como estas podem ser prevenidas, multiplicando essas orientações para os idosos, familiares e cuidadores.

Atuando também na questão da integralidade das ações preconizada pela PNSPI, a atividade além de prevenir e orientar sobre o autocuidado em relação às quedas, de modo a evitar que as pessoas idosas entrem em situação de fragilidade perdendo a sua independência e/ou autonomia, também possibilita uma integração social entre os participantes. Segundo a PNSPI, “ficam estabelecidos, portanto, os dois grandes eixos norteadores para a integralidade de ações: o enfrentamento de fragilidades, da pessoa idosa, da família e do sistema de saúde; e a promoção da saúde e da integração social, em todos os níveis de atenção”.

Assim, a Semana de Prevenção de Quedas em Idosos tem como eixo condutor a compreensão de que a queda é um acidente que pode ser evitado por meio da divulgação dos seus principais agentes causadores, possibilitando com que os idosos, familiares e cuidadores adotem medidas preventivas e, conseqüentemente, proporcionando uma melhor qualidade de vida na velhice.

Conclusão

As quedas hoje representam um problema de saúde pública e um dos desafios para a promoção do envelhecimento ativo em nossa sociedade. Sabemos que este problema é multideterminado por fatores biopsicossociais e ambientais, sendo fundamental a adoção de medidas em diversas frentes, tais como programas de atividades físicas, exercícios terapêuticos, alimentação saudável, cuidados com a saúde, adaptação dos espaços privados, acessibilidade das cidades e orientação da população quanto à problemática.

As quedas além de danos físicos trazem prejuízos psicológicos e sociais a quem por elas é acometido, tais como o medo de cair, a recusa em participar de atividades, podendo contribuir para o isolamento social, a depressão, a limitação da mobilidade e o declínio funcional. Desta forma, a Semana de Prevenção de Quedas ao sensibilizar e informar sobre as formas de prevenção de quedas vem contribuindo para a ampliação da qualidade de vida e segurança do público participante, uma vez que possibilita estratégias de manutenção da independência e da autonomia, incentivando práticas promotoras do envelhecimento ativo.

Entendendo que a população idosa é crescente e que as diversas gerações devem estar orientadas e sensibilizadas para a construção de uma sociedade para todas as idades, a ação socioeducativa consiste no primeiro passo para reverter o quadro de negação de direitos e intolerância no que se refere ao envelhecimento.

Nessa conjuntura, um fator de destaque é a orientação baseada na distribuição de material socioeducativo, composto por uma cartilha contendo orientações sobre a prevenção de quedas nos espaços públicos e privados, com dicas de adaptação dos espaços e orientações sobre a quem recorrer quando o direito social de acesso à cidade e a liberdade de ir e vir for violado por conta da ausência de acessibilidade e respeito às necessidades da pessoa idosa. Ressaltando que a acessibilidade é um direito que deve ser priorizado, uma vez que as cidades devem estar preparadas para o quantitativo de idosos que nela habita, convive e constrói.

Destarte, a Semana de Prevenção de Quedas vem contribuindo para o esclarecimento dos idosos, familiares e cuidadores a respeito das formas de prevenção desse acidente, bem como despertando as demais gerações para esta problemática, estando em consonância com as diretrizes das políticas públicas de atenção à pessoa idosa no Brasil.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília, DF. _____. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Brasília : OMS, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n.19).

LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Envelhecimento e Políticas Públicas de Saúde da Pessoa Idosa. IN: BERZINS, Marília Viana; BORGES, M. Cláudia (orgs). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

NERI, A. L. ; FALSARELLA, G. R. ; COIMBRA, A. M. V. ; SIQUEIRA, M. E. C ; MELO, D. M. ; MOURA, J. G. A. Quedas, senso de autoeficácia para quedas e fragilidade. IN : NERI, A. L. (org.). **Fragilidade e Qualidade de Vida na Velhice**. Campinas, SP : Alínea, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento Ativo** : uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília : Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

SERAFIM, Rodrigo Bernardo. Envelhecimento normal e patológico. IN: SESC. **Educação em rede: gerontologia**. Rio de Janeiro : Sesc, Departamento Nacional, 2013.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EPIDEMIOLOGIA DO ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL NO BRASIL.

Juliana Vieira Rocha (apresentador) – Universidade de Fortaleza, julianavieiraealminorocha@gmail.com
Patrícia Chagas Rocha D’Almeida – Universidade de Fortaleza, patriciarocha3480@gmail.com
José Artur Costa D’Almeida – Hospital Geral de Fortaleza, arturdalmeida@gmail.com
Almino Cavalcante Rocha Neto – Hospital Universitário Walter Cantídio, julianavieiraealminorocha@gmail.com
Maria Aparecida Chagas Rocha – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência(SAMU), aparecidaservo@gmail.com
Adriana Rolim Campos Barros (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Epidemiologia. Acidente vascular cerebral. Brasil.

Resumo

A pesquisa é do tipo revisão integrativa, a qual é um método que proporciona a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática com o objetivo de conhecer a epidemiologia do acidente vascular no Brasil. Foi utilizada a base de dados da PUBMED e BIREME, e os critérios de elegibilidade foram os termos: epidemiologia, acidente vascular cerebral e Brasil; publicação em língua portuguesa e inglesa; disponibilidade de texto completo; ano de publicação 2009 a 2014. Encontraram-se 32 publicações, 8 na PUBMED e 24 na BIREME, porém foram selecionados apenas 4 artigos que se tratavam mais especificamente do tema abordado. A análise ocorreu através de leitura analítica e interpretativa. Percebe-se que os fatores de riscos para AVC apontados, em sua maioria são modificáveis, dependentes do estilo de vida do paciente. Embora o acidente vascular seja possível de acontecer em qualquer faixa etária, sua incidência aumenta proporcionalmente ao aumento da idade. Concluímos que o AVC é um importante problema de saúde pública para o Brasil.

Introdução

O acidente vascular cerebral é uma das doenças que mais acometem o Brasil e o mundo, representando a segunda causa circulatória de mortes no mundo, é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e na América Latina, embora os trabalhos epidemiológicos sejam escassos, os índices de mortalidade e a trajetória ascendente de adulto jovem incapacitado em consequência das sequelas, são altas, contribuindo para sérios problemas sociais e econômicos, portanto tornando-se um grande problema de saúde pública ⁸.

O diagnóstico é feito por meio de exames de imagem, que permitem identificar a área do cérebro afetada e o tipo do derrame cerebral. Há dois principais tipos de AVC: o isquêmico (85% dos casos) e o hemorrágico (15%).

O risco de AVC aumenta com a idade, sobretudo após os 55 anos. O aparecimento da doença em pessoas mais jovens está mais associado a alterações genéticas. Para investigar a etiologia de um AVC em jovem é utilizado um protocolo próprio e mais criterioso, pois se sabe que o AVC é uma doença mais comum em pessoas com mais de 50 anos de idade, da raça negra e com histórico familiar de doenças cardiovasculares.

Segundo a OMS, no Brasil, são registradas cerca de 68 mil mortes por AVC anualmente. A doença representa a primeira causa de morte e incapacidade no país, o que gera grande impacto econômico e social. O governo federal prioriza o combate ao AVC com foco na prevenção, uma vez que 90% dos casos podem ser evitados. E, caso ocorra, o íctus (evento), o paciente pode ser tratado, se chegar rápido a um hospital que seja preparado para dar o atendimento imediato ao AVC, ou simplesmente que reconheça os sintomas e o encaminhe a um hospital de referência ³.

Os fatores de riscos para AVC são bastante conhecidos e estudados atualmente, e se tratados na atenção primária podem ajudar na prevenção de novos eventos e diminuição dos índices alarmantes. Sabemos que existem fatores de risco que são modificáveis e outros não. Os modificáveis são eles a HAS, DM, DLP, estenose carotídea, fibrilação atrial não valvar, anticoagulação oral, tabagismo, alcoolismo. Fatores não modificáveis são eles: sexo, idade, etnia, fatores genéticos, história familiar, doenças endêmicas, quando o paciente já foi acometido (como a doença de Chagas, mais comum no Nordeste brasileiro) ⁸.

O tratamento preventivo engloba o controle de vários fatores de risco vasculares como a pressão arterial, diabetes, colesterol, triglicérides, doenças cardíacas, além da necessidade de não fumar, ter uma alimentação saudável e praticar exercícios físicos.

Segundo o Ministério da Saúde foi elaborada “A Linha de Cuidado do AVC” na Rede de Atenção às Urgências para incluir a rede básica de saúde, SAMU, unidades hospitalares de emergência e leitos de retaguarda, reabilitação ambulatorial, programas de atenção domiciliar, entre outros aspectos, a fim de que o paciente com AVC seja identificado com rapidez e atendido em hospital especializado.

O Ministério da Saúde deve investir, até 2014, R\$ 437 milhões para ampliar a assistência a vítimas de Acidente Vascular Cerebral, destinado ao financiamento de leitos hospitalares no Brasil e para o tratamento trombolítico.

O estudo aborda a epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil. A questão norteadora da presente revisão foi: “Como o Acidente Vascular Cerebral vem se apresentando no Brasil?”

Metodologia

A pesquisa é do tipo revisão integrativa e o estudo aborda a epidemiologia do acidente vascular cerebral no Brasil.

Foram utilizados, para busca dos artigos, os seguintes descritores e suas combinações nas línguas portuguesa e inglesa: “Epidemiologia”, “Acidente vascular cerebral” e “Brasil”.

A coleta de dados realizou-se no mês de março de 2014 a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico nas seguintes bases de dados: Centro Nacional para Informação Biotecnológica (PUBMED) e Biblioteca Virtual em Saúde (BIREME).

Os critérios de inclusão definidos para a seleção dos artigos foram: textos completos de acesso livre, ensaio clínico, artigos publicados entre os anos 2009 e 2014 últimos e pesquisa com humanos. Encontram-se oito artigos na PUBMED e vinte e quatro artigos na BIREME, porém foram selecionados apenas quatro que tratavam mais especificadamente sobre o tema abordado.

Para a análise dos dados formou-se um banco de dados sumarizando o título da pesquisa, autores, objetivos, delineamento metodológico e síntese dos resultados. Após leitura do material encontrado, elaborou-se uma discussão interpretativa dos textos, bem como, do banco de dados construído.

Resultados

e

Discussão

Identificaram-se 04 estudos decorrentes do entrecruzamento dos termos “acidente vascular encefálico”, “epidemiologia” e “Brasil”. A síntese dos dados extraídos dos estudos apresenta-se de forma descritiva no Quadro 1.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Quadro-1 Distribuição dos estudos com relação ao título, autores, objetivos, delineamento metodológico e síntese dos resultados.

Título	Ano de Publicação	Objetivo	Métodos	Síntese de Resultados	Autores
Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação	2009.	Avaliar as complicações e o tempo de internação de doentes com acidente vascular cerebral isquêmico.	Estudo prospectivo	A pneumonia foi a complicação mais frequente durante a internação. O tempo médio de internação foi de 16,8±13,8 dias. O único fator que se correlacionou significativamente e com menor taxa de complicações foi idade mais jovem.	Paulo, RB <i>et al</i>
Prevalência e fatores de risco para AVC numa população do sul do Brasil	2013	Avaliar prevalência e fatores de risco para AVC em população de comunidades vulneráveis no sul do Brasil.	Estudo transversal de base populacional com amostragem sistemática	Foram identificados como fatores de risco para AVC: idade de 40 a 79 anos, viuvez, tabagismo no presente, tabagismo no passado, hipertensão arterial sistêmica e doença isquêmica do coração.	Leslie CJ, Gomes F, Bastos, GAN
Epidemiologia do acidente vascular cerebral, Padrões de Gestão e Resultados em Fortaleza, Brasil	2011	Descrever a frequência de fatores de risco, padrões de gestão, e a evolução dos pacientes internados com AVC em Fortaleza.	Os dados foram coletados prospectivamente	Idade média de 67,7 ; 51,8% do sexo feminino. O tempo médio de início dos sintomas para internação foi de 12,9 horas. A hipertensão arterial foi o fator de risco mais comum. A idade avançada, deficiência pré-AVC, e ter um nível deprimido de consciência no momento da internação foram preditores independentes de pior prognóstico.	Carvalho, JJF <i>et al</i>
Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente	2010	Comparar fatores demográficos e indicadores de risco para o aparecimento de acidente	Estudo transversal	Os portadores de AVE avaliados em Fortaleza são mais jovens e apresentaram maiores índices de hipertensão arterial. Em contrapartida, são menos etilistas e tabagistas.	Cavalcante, TF <i>et al</i>

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Dentre os estudos sobre a epidemiologia do acidente vascular cerebral (AVC) no Brasil, percebe-se que o tema mais abordado são os fatores de riscos associados à doença. E que apesar do AVC ser uma patologia com profundas repercussões para a saúde pública, pois, é uma das principais causas de mortalidade e incapacidades físicas no país, ainda existem poucos estudos que abordem a sua epidemiologia.

A análise dos resultados dos estudos permitiu a observação de que grande parte dos autores buscou compreender o que influenciava para o surgimento do AVC, foram usadas abordagens diferentes, mas encontravam resultados semelhantes.

Dos quatro estudos analisados, um foi realizado na Região Sul (Porto Alegre), outro na Sudeste (São Paulo) e dois na Região Nordeste (Fortaleza). Em todos os estudos o fator sexo foi abordado, sendo que na região Nordeste houve maior prevalência de AVC em mulheres e na Região Sul e Sudeste em homens. Porém, alguns estudos nacionais encontram predominância discretamente maior de acidente vascular encefálico na população masculina 7,10,12.

A idade maior que 50 anos prevaleceu como fator aumentado para AVC em todos os estudos, inclusive um deles mostra a relação entre fatores de riscos e complicações entre idades. Nos pacientes com idade igual ou maior a 45 anos, a etiologia mais frequente foi aterosclerose (36,4%), enquanto que, nos mais jovens, a etiologia mais frequente foi indeterminada (57,6%). Pacientes com mais de 45 anos tiveram frequência de complicações (33,4%) significativamente mais alta que pacientes mais jovens (11,9%). Outro trabalho mostrou que a idade avançada, na admissão, refletia como pior prognóstico.

Embora o acidente vascular seja possível de acontecer em qualquer faixa etária, sua incidência cresce proporcionalmente ao aumento da idade, e dobra sua chance de acontecer a cada década de vida².

Dentre os fatores de riscos mais prevalentes, destacaram-se hipertensão arterial, diabetes mellitus, tabagismo, etilismo e doença isquêmica do coração, portanto os dois trabalhos realizados em Fortaleza mostraram que os pacientes que apresentaram AVC eram mais jovens e tinha maiores índices de hipertensão arterial. Em contrapartida, eram menos etilistas e tabagistas que outras regiões.

Estudos mostram que a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a etiologia responsável por 40% dos AVCs. E revelam valores de prevalência entre 7,2 e 40,3% na Região Nordeste, 5,04 a 37,9% na Região Sudeste, 1,28 a 27, 1% na Região Sul e 6,3 a 16,75% na Região Centro-Oeste ¹¹.

Percebe-se que os fatores de riscos apontados, em sua maioria são modificáveis, dependentes do estilo de vida do paciente. Se no Brasil existisse uma cultura diferente com rotinas de atividades físicas, alimentação saudável, estímulos a praticas antitabagismo e etilismo, as taxas de AVCs seriam menores.

Observando que o AVC é um real problema de saúde pública e que envolve vários fatores de riscos, já relacionados, e que não somente o AVC poderão causar inúmeras outras doenças para o ser humano, como o tabagismo, risco para AVC e câncer de pulmão, HAS, risco para AVC e cardiopatias, torna-se cada vez mais claro a importância da prevenção e da educação em saúde a longo prazo a fim de que possamos ter menos agravos futuramente na saúde brasileira.

Conclusão

A partir dos artigos lidos, concluímos que o AVC é um importante problema de saúde pública para o Brasil e para o mundo, e que as soluções estão mesmo na busca pela prevenção e educação em saúde. Porém esses fatores são estudados isoladamente. Os fatores de risco para AVC são pesquisados exaustivamente, hoje nota-se a incidência de AVC em uma idade cada vez menor. A hipertensão, a diabetes, o tabagismo, o alcoolismo, a fibrilação atrial, a vida sedentária, dietas hipercalóricas, hábitos que comprometem o bem-estar da população, e que afastam cada vez mais o indivíduo de uma vida saudável. Esses fatores de risco devem ser trabalhados na atenção primária, a fim de que os casos de AVC diminuam na população brasileira.

É com esse intuito que pensamos em uma assistência de qualidade e em um programa de saúde que repercuta na atenção terciária, diminuindo internações, incapacitações de adultos jovens e até mesmo óbito por AVC. Acredita-se um povo só se desenvolve se for munido de saúde e educação. Como poderemos pensar em país em desenvolvimento, com pessoas que morrem de verminose. O governo destina uma verba atual para o tratamento do AVC na fase aguda, nas primeiras três horas que o paciente chega em uma emergência. Trabalho realizado no nordeste brasileiro, com excelência, apresentando uma equipe multidisciplinar com neurologista de plantão, enfermeiros, exame de imagem, e medicação adequada (trombolítico), leito destinado para receber o paciente, porém este paciente ainda enfrenta muitas dificuldades sociais para chegar até o hospital, para identificar o AVC, para se conscientizar da importância de ser atendido.

Há muito investimento em atenção terciária e pouco investimento na atenção primária onde estão os maiores problemas sociais. As pessoas precisam conhecer suas necessidades, precisam saber que sendo amamentadas serão mais saudáveis do que se tomarem leite industrializados, isto é cultural, é educacional. As pessoas fumavam em determinada época porque era moda, sem saber dos malefícios do cigarro.

Realmente o trabalho deve ser realizado na base, precisamos evitar os fatores de risco pois assim evitaremos não só o AVC, mas também o infarto, as crises de hipertensão, as internações prolongadas, os pés diabéticos, as amputações. A atenção primária tem muito que fazer por todos nós. A atenção primária tem muito que fazer por um país mais saudável. Trabalhamos em prol de um Brasil melhor, de educação em saúde.

Além disso, percebemos que existem poucos trabalhos que demonstrem claramente a epidemiologia do AVC no Brasil, muito se fala em fatores de risco e pouco de toda a problematização.

Referências

1. ALMEIDA, SRM. Análise epidemiológica do Acidente Vascular cerebral no Brasil. **Rev. NeuroCiências**. 2012,20(4): 481-482.
2. ANDRE, C. AVC agudo. In Andre C. **Manual de AVC**. Rio de Janeiro Revinter, 2006. p. 37-51.
3. CABRAL LN Epidemiologia do impacto da doença cerebrovascular no Brasil e no mundo. **Ver ComCiencia**, 2009(109), Campinas.
4. CARVALHO,JJF, ALVES, MB, VIANA, GAA, MACHADO, CB, SANTOS, BFC, KANAMURA, AH, LOTTENBERG, CL, NETO, MC, SILVA, GS. Stroke Epidemiology, Patterns of Management, and Outcomes in Fortaleza, Brazil. **Stroke**.2011, 42:3341-3346. Published online before print November 3, 2011.
5. CAVALCANTE, TF, MOREIRA, RP, ARAÚJO, TL, LOPES, MVO. Fatores demográficos e indicadores de risco de acidente vascular encefálico: comparação entre moradores do município de Fortaleza e o perfil nacional. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. 2010; 18(4).
6. COPSTEIN, L, FERNANDES, JG, BASTOS, GAN. Prevalência e fatores de risco para AVC numa população do sul do Brasil. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**. 2013, 71(5).
7. Falcão IV, Carvalho EMF, Berreto KML, Lessa FJD, Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Saúde Matern Inf**. 2004; 4(1):95-102. [Links]]
8. Gama ABCN, et al Prevalencia do Acidente Vascular Cerebral em Idosos no Municípios de Vassouras, Rio de Janeiro, Brasil, através do rastreamento de dados do programa de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, 25(9).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

9. Ministério da saúde/SE/Datasus(endereço na internet). Local: Sistema de informações Hospitalares do SUS-SI/SUS IBGE: base demográfica(atualizado em: <http://datasus.gov.br/DATASUS/index.php?.area=02>)
10. Moreno VP, García Raso A, García Bueno MJ, Sánchez Sánchez, A, Meseguer E, Mata R et al. Factores de riesgo vascular en pacientes com ictus isquémico. Distribución según edad, sexo y subtipo de ictus. **Rev Neurol**. 2008; 46(10):593-8. [Links]
11. Passos VMA, Assis TD, Barreto SM. Hipertensao arterial no Brasil estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. Epidemiol Serv Saude. 2006 15(1) 35-45. PAULO, RB, GUIMARÃES, TM, HELITO, PVP, MARCHIORI, PE, YAMAMOTO, FI, MANSUR, LL, SCAFF, M, CONFORTO, AB. Acidente vascular cerebral isquêmico em uma enfermaria de neurologia: complicações e tempo de internação. **Revista da Associação Médica Brasileira**. 2009, 55(3).
12. Pires SL, Gagliardi RJ, Gorzoni ML. Estudo das frequências dos principais fatores de risco para acidente vascular cerebral isquêmico em idosos. **Arq Neuropsiquiatr**. 2004;62(3-B):844- 51. [Links]
13. Promoção da Saúde – **Metas e Compromisso da Auto Gestão, Unidas** – São Paulo, 2007

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ERGONOMIA E FUNCIONALIDADE DE UM AMBIENTE EDUCACIONAL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autor 1 (apresentador) Olga Brito Barbosa Feliciano – Universidade de Fortaleza-CE
olgafisiosbrito.ob@gmail.com
Autor 2 – Jayanne Maria Brito Teixeira Pinheiro – Universidade de Fortaleza-CE
Autor 3 – Daniela Gardano Bucharles Mont`Alverne – Universidade Federal do Ceara – UFC
Autor 4 – Ana Maria Fontenelle Catrib – Universidade de Fortaleza-CE

Palavras-chave: Engenharia Humana (Ergonomia). Escolas. Promoção da Saúde.

Resumo

Analisar a opinião de alunos e professores quanto à ergonomia e os fatores ambientais da sala de aula e relacionar com a análise dos aspectos ergonômicos e funcionais da mesma. Realizou-se um estudo transversal, do tipo quantitativo, com docentes e alunos do terceiro ano do ensino médio de uma escola de ensino profissionalizante da rede pública de Fortaleza- CE. Aplicou-se um questionário abordando condições ergonômicas e ambientais da sala de aula. A análise ergonômica da sala de aula foi realizada por um profissional de arquitetura, utilizando o instrumento de avaliação da ergonomia elaborado com base em dados da literatura. Comparando as comorbidades obtidas entre os alunos e professores da escola, muitos relataram problemas de coluna, respiratórios e de visão. A maioria dos alunos e professores considerou que algum fator possa influenciar na postura corporal na sala de aula. A arquiteta classificou a escola como localizada totalmente no nascente e após a análise de todos os aspectos ergonômicos e funcionais da sala de aula (porta, bancada professor, bancada dos alunos canhotos, carteiras, quadro negro, acústica, ventilação) todos foram considerados adequados, com exceção à cadeira dos alunos. Para os alunos a causa mais apontada que possa interferir na saúde postural foi a cadeira, dado confirmado pela avaliação da arquiteta e para os professores o quadro negro, apesar da arquiteta considerar a posição e alinhamento do quadro negro correto. Fatores como estes que irão afetar a saúde, ou seja, o bem estar físico e mental de alunos e professores de um ambiente educacional.

Introdução

A escola é reconhecida como contexto privilegiado para efetivar ações de promoção da saúde, pois, dada a sua capilaridade e abrangência, é uma aliada importante para a concretização de ações de promoção da saúde, voltadas para o fortalecimento das capacidades dos indivíduos, para a tomada de decisão favorável à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e promotores de saúde, bem como para a consolidação de uma política intersetorial, voltada para a qualidade de vida, pactuada no respeito ao indivíduo e tendo como foco o estabelecimento de uma nova cultura de saúde (BRASIL, 2002).

Para discutir Promoção da Saúde, precisamos primeiramente definir o que é saúde? Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2003) a saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objeto de viver. Trata-se de um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, promoção de saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (BRASIL, 2002).

Nesse contexto, a Promoção da Saúde é um caminho norteador onde são encontradas as ferramentas para a manutenção da saúde. Para atingir esta meta, juntamente à qualidade de vida, devem ser incorporados outros fatores como acesso aos serviços de assistência à saúde, uma infraestrutura que favoreça boas condições de moradia, mercado de trabalho, entre outros (SILVA, 2008).

Partindo desses conceitos e conhecendo as potencialidades, fragilidades e limitações da ergonomia de uma sala de aula, resolvemos analisar a percepção de alunos e professores quanto à ergonomia e aos fatores ambientais da sala de aula; analisar os aspectos ergonômicos e funcionais de uma sala de aula, visando à colaboração ativa para o fortalecimento das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos alunos de uma escola profissionalizante.

Os achados do presente estudo contribuirão para diagnóstico ergonômico de uma sala de aula, valorizando aspectos pertinentes ao desempenho dos alunos e professores de uma escola profissionalizante em Fortaleza-Ce. Além disso, poderão favorecer a elaboração de estratégias eficazes junto aos alunos, professores e comunidade escolar, fornecendo melhores subsídios para inclusão escolar e social, para a implantação de programas de educação em saúde nos ambientes escolares, visto que o enfoque da promoção da saúde é biopsicossocial.

Metodologia

Realizou-se um estudo transversal com abordagem quantitativa. em uma escola de ensino profissionalizante da rede pública de Fortaleza- CE, no período de Fevereiro a Julho de 2013.

Foram incluídos no estudo alunos regularmente matriculados no terceiro ano do ensino médio profissionalizante, a pelo menos dois anos na escola, com idade entre 14 e 18 anos, independentemente do sexo, que aceitaram participar do estudo. Já os professores, foram inclusos os que apresentavam jornada de trabalho de 40 horas semanais nessa escola, independentemente do sexo, que aceitaram em participar. Excluídos tanto alunos como professores que apresentassem seqüelas motoras que necessitavam de mobiliários especiais.

Após contato inicial, os participantes responderam um questionário contendo, inicialmente, perguntas sobre perfil sócio-demográfico. Posteriormente, responderam sobre os seus conhecimentos quanto à ergonomia e condições ambientais de uma sala de aula. O questionário continha questões abertas e fechadas voltadas para o aspecto ergonômico da sala de aula, com perguntas sobre o mobiliário, iluminação, ventilação e acústica. O mesmo questionário foi aplicado para os alunos e professores.

Simultaneamente, um profissional de arquitetura, que não conhecia os objetivos da pesquisa realizou uma análise ergonômica da escola e das salas de aula, buscando o mesmo foco do questionário dos alunos e professores quanto ao mobiliário, iluminação, ventilação e acústica. Nesta avaliação, o arquiteto deveria verificar se as estruturas físicas da escola eram compatíveis como a NR17.

Os dados foram tabulados no programa EPIDATA e a análise descritiva apresentada em forma de média $\pm$ desvio padrão, e em percentual (%), sendo apresentados na forma de tabelas. Esta pesquisa seguiu as normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Resultados

Participaram do estudo 61 alunos e 15 professores.

Dados Sociodemográficos

Tabela I - Dados sociodemográficos dos alunos e professores (n=76)

Variáveis	Alunos n=61	Professores n=15
-----------	----------------	---------------------

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

	n	%	n	%
Gênero				
Feminino	53	7	46,7	
	86,9			
Masculino	8	8	53,3	
	13,1			
Cor				
Branca	12	4	26,7	
	19,7			
Parda	40	9	60	
	65,6			
Negra	9	2	13,3	
	14,7			
Estado civil				
Solteiro	60	5	33,3	
	98,4			
Casado	1	10	66,7	
	1,6			
Comorbidades				
Asma	2	2	13,3	
	3,3			
Ansiedade/Pânico	2	0	00	
	3,3			
Artrite reumatoide	1	0	00	
juvenil	1,6			
Depressão	1	0	00	
	1,6			
Dermatite	0	1	6,7	
	00			
Diabetes	1	0	00	
	1,6			
Enxaqueca	1	0	00	
	1,6			
Gastrite nervosa	1	0	00	
	1,6			
Obesidade	1	0	00	
	1,6			
Rinite alérgica	3	0	00	
	4,9			
Rinite/Sinusite	3	0	00	
	4,9			
Problemas de coluna				
Sim	14	23	5	33,3
Não	47	77	10	66,7
Problemas de visão				
Sim	33	6	40	
	54,1			
Não	28		9	60
	45,9			
Problemas respiratórios				
Sim	15		4	26,6
	24,6			
Não	46		11	73,3
	75,4			

Fonte: Produção da autora.

Características ergonômicas

Visão dos alunos e professores

Quando questionados se consideravam o mobiliário utilizado na sala de aula adequado 67,2% (41) dos alunos consideraram inadequados e todos apontaram a cadeira (carteira) sendo o principal problema. Já nos professores 60% (9) consideram o mobiliário adequado e os 40% (6) que relataram inadequado também apontaram a cadeira como o principal item inadequado.

Já quando questionados se consideram que algum fator possa influenciar na postura corporal na sala de aula, 37 alunos e 8 professores referiram que sim. Nos alunos a causa mais apontada foi a cadeira e para os professores o quadro negro. Quando perguntados diretamente sobre a altura do quadro negro em relação ao chão, 95,1% (58) dos alunos e 53,3% (8) dos professores consideraram a altura adequada.

Sobre a iluminação da sala, 72,1% (44) alunos e 86,7% (13) professores consideram a iluminação adequada. Com relação à ventilação e ao isolamento acústico, a grande maioria referiu que as mesmas são favoráveis 93,4% (57) e 86,9% (53) para os alunos respectivamente e 66,7% (10) para os professores em ambas as situações).

Visão do arquiteto

A escola encontra-se toda em nascente. As portas das salas de aula são com altura e largura adaptadas para deficientes, e as cores das paredes todas em tons frios. Em cada sala existem 40 cadeiras para alunos com apoio para os livros, uma para o professor.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Entretanto, tanto para o aluno como para o professor a altura não era adequada, assim como a profundidade da cadeira era maior do que o indicado.

A bancada do professor era adequada, assim como a dos alunos, possuindo bancadas nas cadeiras para os alunos canhotos. Na correlação cadeira x bancada para os alunos o assento era baixo e o encosto com pouca altura, o que dificultava o posicionamento adequado das pernas do usuário (aluno). Já para os professores essa relação era favorável tanto para uma boa postura como para o posicionamento das pernas e pés.

Na análise do quadro negro, foi observado que o mesmo estava dentro dos padrões estabelecidos, com boa largura e altura em relação ao chão. Com relação à acústica, foi observado que as salas não possuem um adequado isolamento acústico, entretanto, todas as salas possuem boa iluminação artificial e boas condições climáticas, tendo em vista que todas as salas possuem ventilação artificial com ar condicionado.

Tabela II - Percepção ergonômicas dos alunos e professores da escola Profissionalizante José de Barcelos frente a sala de aula, Fortaleza, Ceará. (n=76)

Variáveis	Alunos n=61		Professores n=15	
	n	%	n	%
Como você avalia o mobiliário utilizado na sala de aula?				
Adequado	53		7	
	86,9		46,7	
Inadequado	8		8	
	13,1		53,3	
Você considera que algum outro fator possa influenciar na sua postura corporal na sala de aula?				
Sim	12		4	
	19,7		26,7	
Não	40		9	
	80,3		73,3	
Qual?				
Cadeira	30		2	
	49,2		13,3	
Posição de sentar	5		0	00
	8,2			
Posição do quadro/iluminação	2		0	00
	3,3			
Altura do quadro	0		3	20
	00			
Carga horária de trabalho elevada	0		1	
	00		6,7	
Climatização	0		1	
	00		6,7	
Falta de equipamento de proteção	0		1	
	00		6,7	
A altura do quadro é favorável?				
Sim	58		8	
	95,1		53,3	
Não	3		7	
	4,9		46,7	
A sala de aula permite boa iluminação?				
Sim	44		13	
	72,1		86,7	
Não	17		2	
	27,9		13,3	
A sala de aula permite boa ventilação?				
Sim	57		10	
	93,4		66,7	
Não	4		5	
	6,6		33,3	
A sala de aula possui adequado isolamento acústico?				
Sim	53		10	
	86,9		66,7	
Não	8		5	
	13,1		33,3	

Fonte: Produção da autora.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

No Brasil, pouco ainda tem sido feito para avaliar a repercussão do trabalho sobre a saúde em categorias de trabalhadores em que os fatores de risco são menos visíveis, como por exemplo, os professores. Para Alexander (2001), escola é uma “indústria complexa” que envolve diversas atividades que potencializam a ocorrência de problemas de saúde. Atualmente, há na literatura internacional e nacional uma escassez de estudos específicos sobre sintomas osteomusculares na categoria de professores e alunos.

A alta prevalência de doenças osteomusculares encontrada na literatura pode estar associada a diversos fatores do dia a dia de trabalho desta classe de professores. Podemos destacar o fato de trabalhar muitas horas com o membro superior suspenso associado à rotação de tronco com o pescoço levemente inclinado propiciando à musculatura cervical, escapular e tóraco-lombar desenvolver sintomas dolorosos (MIRANDA; FREITAS; PEREIRA, 2002; DUL; WEERDMEESTER, 2004).

Os resultados obtidos em nosso estudo corroboram com os encontrados em um estudo realizado com professores no que diz respeito à carga horária semanal de trabalho. Os professores que fizeram parte desta pesquisa trabalham 40 horas semanais e são os que apresentam mais queixas de sintomas osteomusculares (SILVA; ROSSO, 2008). Acredita-se que os professores que trabalham até 20h possuem mais tempo para atividades de lazer, os de mais de 41h não possuem tempo de realizar outras atividades, e os de 21h a 40h, além de trabalhar, podem realizar atividades extras conjuntamente, implicando sobrecarga física.

Para Correa, Pereira e Silva (2005), a identificação precoce das alterações da postura corporal pode ser uma ação preventiva na área da saúde coletiva, portanto, justifica-se a inclusão de rotinas de avaliação postural na escola, uma vez que isso pode fornecer um diagnóstico inicial em alterações da coluna vertebral que, se não identificadas precocemente, podem resultar em patologias da coluna sendo hoje um problema de saúde pública e uma das principais causas de afastamento do trabalho.

Comparando as comorbidades obtidas entre os alunos e professores da escola muitos relataram problemas de coluna, respiratórios e de visão. A maioria considerou que algum fator possa influenciar na postura corporal na sala de aula. Nos alunos a causa mais apontada foi a cadeira, dado confirmado pela avaliação da arquiteta e para os professores o quadro negro, apesar da arquiteta considerar a posição e alinhamento do quadro negro correto.

Concordando com Alexander (2001), em relação às escolas de rede pública, dependentes financeiramente do Governo, há menor preocupação ergonômica quanto ao mobiliário, pois elucidam somente o custo reduzido do mesmo e a facilidade do empilhamento dos móveis, esquecendo-se da adequação do mobiliário escolar ao aluno e professor, prejudicando, assim, a sua saúde.

Segundo Dul e Weerdmeester (2004), Delcor e colaboradores (2004) e Cardoso e colaboradores (2009), uma alta porcentagem dos professores associa suas queixas posturais a ter que manter uma posição inadequada e incômoda do corpo durante o trabalho, além de necessitar da realização do esforço físico na sua prática profissional.

Rocha, Casarotto e Sznalwar (2003) sugerem que as carteiras escolares sejam projetadas ergonomicamente, o que possibilita redução na atividade muscular do tronco, ajuda a manter as curvaturas vertebrais fisiológicas, diminui o ângulo de flexão do pescoço e auxilia na manutenção de um bom alinhamento postural. Dessa forma, esses fatores são benéficos aos alunos e professores, influenciando positivamente no processo de aprendizagem.

De acordo com Curso e Paoliello (2001) a ergonomia no contexto escolar contribui para que o estudar não altere a saúde dos alunos e os objetivos determinados pela instituição de ensino, colaborando, assim, para o seu bom funcionamento e para o bem-estar dos estudantes.

Além das características dos mobiliários, fatores do ambiente podem interferir na execução da atividade de alunos e professores. Levando-se em consideração a ventilação, iluminação e o isolamento acústico da escola estudada, a grande maioria dos professores e alunos referiram esses aspectos favoráveis para o ambiente da sala de aula estudada, dados confirmados pela arquiteta.

Assim, vemos a escola como mais um local de atuação para o fisioterapeuta, onde podem ser aplicados recursos fisioterapêuticos e ergonômicos, graça ao conhecimento desse profissional no campo da ergonomia, biomecânica, postura, antropometria, anatomia, fisiologia, prevenção de doenças, entre outros. O fisioterapeuta pode atuar na análise dos mobiliários e fatores ambientais utilizados no dia a dia dos professores e alunos, além de interferir no uso inadequado da mecânica corporal. Outra área é por meio do diagnóstico precoce e terapêutica específica com a finalidade de combater o aparecimento ou a evolução de sintomas osteomusculares (BAÚ, 2002; MIRANDA; FREITAS; PEREIRA, 2002), ou seja, para a promoção da saúde individual e coletiva dos ambientes escolares.

Conclusão

Os resultados da presente pesquisa confirmam a necessidade de novos estudos quanto aos aspectos ergonômicos da sala de aula. Outro ponto também a ser destacado é a necessidade de políticas escolares voltadas para a promoção da saúde de docentes e discentes, ou seja, da criação de ambientes escolares mais favoráveis ao aprendizado na rede pública. Bem como a inclusão do profissional fisioterapeuta em escolas, objetivando promover também o bem-estar físico dos professores e alunos.

Referências

ALEXANDER, D. L. School employees: the forgotten municipal workers. **Occup. med.**, Chicago, v. 16, n. 1, p. 65-78, jan./mar. 2001.

BAÚ, L. M. S. **Fisioterapia do trabalho**: ergonomia, legislação, reabilitação. Curitiba: Clã do Silva, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CORREA, A. L.; PEREIRA, J. S.; SILVA, M. A. G. Avaliação dos desvios posturais em escolares: estudo preliminar. **Fisioter. Bras.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 175-178, maio/jun. 2005.

CURSO, L. S. F.; PAOLIELLO, C. **Análise ergonômica do trabalho**: estudo de caso do mobiliário existente nas escolas públicas do Vale do Aço. 2001. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste), Vale do Aço.

DELCOR, N. S. *et al.* Condições de trabalho e saúde dos professores da rede particular de ensino de Vitória da Conquista, Bahia, Brasil. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 187-196, jan./fev. 2004.

DUL, J.; WEERDMEESTER, B. **Ergonomia prática**. 2. ed. São Paulo: Edgard Blücher; 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.

SILVA, G. L. F., ROSSO, A. J. As condições do trabalho docente dos professores das escolas públicas de Ponta Grossa, PR. In: CONGRESSO NACIONAL DE EDUCAÇÃO – EDUCERE, 8, 2008, Curitiba. **Anais...** Curitiba: PUC Paraná, 2008.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

MIRANDA T. E. C.; FREITAS, V. R. P.; PEREIRA, E. R. Equipamento de apoio para membros superior: uma nova proposta ergonômica. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 5, p. 338-340, set./out. 2002.

Agradecimentos

Agradecemos às nossas professoras pelo conhecimento, disponibilidade e atenção, aos voluntários desta pesquisa, que dedicaram seu tempo e a escola participante pela oportunidade de aprendizado, sempre estimulando seus alunos ao estudo, ensinando e incentivando no sucesso profissional.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESCALA DE BRADEN COMO INSTRUMENTO PARA A PREVENÇÃO DE ÚLCERA POR PRESSÃO: AVALIAÇÃO DA APLICABILIDADE

Aline Mota Marques (apresentador) – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista CNPq/PIBIC. Universidade de Fortaleza. Email: lynne_mota@outlook.com

Raiany Leite Souza Sombra – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.

Maria Alana Ferreira de Abreu – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.

Jaqueliney Mendes Santana – Enfermeira. Universidade de Fortaleza.

Tamirys Raquelly Carvalho Veras - Enfermeira. Universidade de Fortaleza.

Elizabeth Mesquita Melo (Orientador) – Doutora em Enfermagem. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Úlceras por pressão. Escalas. Medicação de risco. Avaliação em enfermagem.

Resumo

Objetivou-se: avaliar a aplicabilidade da Escala de Braden em pacientes internados nas unidades clínica, cirúrgica e traumatológica de um hospital público. Estudo descritivo exploratório, quantitativo, realizado em um hospital municipal, localizado em Fortaleza Ceará, com 120 pacientes, selecionados por conveniência. Os dados foram coletados durante o período de fevereiro a abril de 2012, mediante roteiro de entrevista estruturado, organizados no Excel e expostos em tabelas e gráficos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, com protocolo nº. 372/2010. A maioria dos pacientes (73,3%) era do sexo masculino, com média de idade de 46,9 anos; prevaleceu o ensino fundamental completo (34,2%) e a ocupação autônoma (27,5%). O principal diagnóstico médico identificado foi trauma (50,83) e a maioria dos pacientes não apresentava comorbidades (70%); 59,12% não consumiam bebidas alcoólicas e 75% não eram fumantes. Quanto ao risco para adquirir UPP, observado pela escala de Braden, 81,7% apresentavam risco baixo; 16,7% risco moderado e apenas 1,6% alto. Na maioria das vezes não foram percebidas dificuldades relativas à aplicação da escala (70,8%) e, quando presentes, incluíram: falta de compreensão acerca da escala pelos pacientes (11,7%); falta de interesse do paciente em ser avaliado (8,3%); mobilidade do paciente (5%); e número elevado de pacientes na enfermaria (4,2%). O uso de instrumentos que viabilizem a avaliação do risco do paciente adquirir UPP deve ser considerado em toda unidade hospitalar, na busca de reduzir a ocorrência dessa complicação e melhorar a assistência de enfermagem.

Introdução

O tratamento de feridas vem se destacando de forma importante entre os profissionais da área de saúde, ganhando cada vez mais espaço como um foco da enfermagem, visto que o profissional enfermeiro é o principal responsável pela avaliação da ferida e realização do curativo.

Segundo Silva, Figueiredo e Meireles (2009), a úlcera por pressão (UPP) corresponde a uma lesão decorrente da hipóxia celular, levando a necrose tecidual; geralmente estão localizadas em áreas de proeminências ósseas e ocorrem quando há pressão aplicada à pele, por algum tempo.

A equipe de enfermagem possui um papel importante no acompanhamento do paciente, visando à identificação precoce de sinais que possam indicar o início dessas lesões. Além do mais, quando as lesões já estão estabelecidas, o enfermeiro deve possuir discernimento e base técnico-científica para conduzir o tratamento, a fim de minimizar as consequências e promover o bem-estar do paciente.

Na identificação do risco do paciente adquirir a UP, o enfermeiro pode utilizar diversos instrumentos, com o intuito de levantar fatores preditivos para o desenvolvimento da lesão, bem como buscar dados que o conduzam à implementação de medidas preventivas e de controle.

Dentre esses instrumentos, cita-se a Escala de Braden, que constitui em um valioso auxílio na avaliação do risco do paciente desenvolver a UP, direcionando o profissional na seleção dessas medidas preventivas (ARAÚJO et. al, 2010).

É fundamental o uso de uma escala que identifique os fatores de riscos individuais para cada paciente em desenvolver a lesão. A eficácia e a facilidade de aplicação dos instrumentos de medidas devem ser considerados, independente do diagnóstico ou tipo de doença, contribuindo para a identificação das limitações presentes em diferentes grupos de pacientes, além de poder ser utilizadas em qualquer unidade (SALOMÉ; ARAÚJO, 2011).

A escala de Braden é a mais utilizada no Brasil como escala preditiva de risco de desenvolvimento de UP, considerando sua fácil interpretação, além de sua importância na avaliação dos diversos fatores envolvidos na patogênese das úlceras.

Essa escala foi desenvolvida por Braden e Bergstrom e validada para o português por Paranhos e Santos, sendo composta por seis sub-escalas: percepção sensorial, atividade, mobilidade, umidade, nutrição, fricção e cisalhamento. O escore é determinado pelo total da soma das pontuações de cada sub-escala, sendo que quanto menor o valor, maior o risco para o desenvolvimento de UP (SILVA; BORGES; DONOSO, 2011).

O tratamento da UP deve ser feito o mais precocemente possível, reduzindo os custos e promovendo uma melhor qualidade de vida para o paciente. Assim, é importante que todos os profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, realizem o acompanhamento do paciente, para a prevenção das UP em suas unidades, pois assim poderão reduzir os casos. Destaca-se que a prevenção é a abordagem mais eficaz diminuindo significativamente o número de casos.

Os pacientes que permanecem internados por períodos prolongados, principalmente os que passam a maior parte do tempo no leito, apresentam alto risco de alteração na integridade da pele. Alguns fatores de risco determinam um risco maior de surgimento das UP, englobando a idade, presença de comorbidades, presença de infecção, estado nutricional e sequelas neurológicas, dentre outros.

Diante da importância da temática, para a ampliação do conhecimento da equipe de enfermagem, acerca da prevenção de UPP, o estudo teve como objetivo geral: avaliar a aplicabilidade da Escala de Braden em pacientes internados nas unidades clínica, cirúrgica e traumatológica de um hospital público.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado na unidade de internação de um hospital da rede municipal de saúde, localizado em Fortaleza Ceará, sendo a opção pelo hospital justificada pela necessidade de realizar a avaliação dos fatores de risco para o desenvolvimento de UP nos pacientes, pois muitos evoluem com úlceras.

A população foi composta pelos pacientes internados na unidade durante o desenvolvimento do estudo, sendo a amostra definida segundo os seguintes critérios de inclusão: ser maior de 18 anos; encontrar-se hemodinamicamente estável; e estar apto a ser mobilizado no leito. Como critério de exclusão foi estabelecido: pacientes que já são acamados no domicílio, pelo risco natural de adquirir a UPP.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os dados foram coletados durante o período de fevereiro a abril de 2012, mediante roteiro de entrevista estruturado, contendo dados de identificação do paciente e dados clínicos, além da aplicação da Escala de Braden, para avaliação do risco do paciente desenvolver a lesão.

Os pacientes foram recrutados na enfermaria em que se encontravam internados, respeitando momentos de alimentação, banho/higiene pessoal ou se o mesmo estiver apresentando algum desconforto, como, por exemplo, dor.

Os resultados foram organizados em um banco de dados elaborado no programa Excel e submetidos à análise estatística, enfocando a frequência absoluta e relativa, sendo expostos em tabelas e gráficos.

O estudo respeitou a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos, definindo normas e princípios éticos (BRASIL, 1996). Destaca-se que esse estudo está inserido em outro projeto maior, o qual foi anteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza, com o protocolo nº. 372/2010.

Os pacientes foram esclarecidos em relação aos objetivos e importância do estudo, sendo a participação voluntária, mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecimento, com liberdade de desistência do estudo e garantia de anonimato.

Resultados e Discussão

Dentre os pacientes inseridos no estudo, a maioria era do sexo masculino (73,3%). Já no se refere à faixa etária, não foram observadas diferenças significativas, predominando a faixa etária acima de 60 anos (28,3%), seguida da faixa de 26 a 42 anos (26,7%) e da faixa de 43 a 59 anos (25%). A faixa etária até 25 anos foi a menos presente no estudo, com 20%. A escolaridade foi um aspecto enfocado no estudo, prevalecendo os pacientes com o ensino fundamental completo, com 34,2%.

Estudo realizado em um hospital universitário, com pacientes clínicos e cirúrgicos, não evidenciou diferença significativa em relação ao sexo, visto que 52,3% eram do sexo feminino e 47,7% do sexo masculino (SILVA *et al.*, 2011).

Quando investigadas as ocupações, foram percebidas várias áreas de trabalho, entre os pacientes, englobando as seguintes: autônomos (27,5%); aposentado (19,2%); área comercial (10,8%). Notou-se que alguns pacientes não desenvolviam nenhum tipo de atividade remunerada, com 18,3%, além de outras atividades, com 24,2%, tais como: motorista, cobrador, estudante, auxiliar de serviços gerais, dentre outras.

Quanto aos diagnósticos médicos que levaram o paciente a permanecer hospitalizado, destacaram-se as complicações decorrentes de trauma de qualquer natureza, que necessitassem de tratamento traumatológico ou cirúrgico, identificadas em pouco mais da metade dos pacientes (50,83%). Além desses diagnósticos, foram identificados: procedimento cirúrgico, pé diabético, Ferimento por Arma de Fogo (FAF) ou Ferimento por Arma Branca (FAB) e outros diagnósticos, incluindo: erisipela, úlcera venosa, dengue, infecção intestinal, infecção urinária, dor abdominal a ser investigada, UP infectada, pneumonia e Miocardiopatia Dilatada (MCD).

Geralmente em hospitais de emergência, especializados em trauma, o quantitativo de pacientes admitidos por problemas decorrentes de acidentes e traumas externos é elevado, sendo a lesão contusa, conseqüente a acidentes automobilísticos ou de motocicleta, bem como os ferimentos violentos (FAF ou FAB), as principais causas de admissões.

O tempo de internação em que o paciente encontrava-se no momento de sua inserção no estudo variou de um até 92 dias, sendo a média de 13,18 dias, o que, todavia, não interferiu na presença de lesão por pressão, pois a grande maioria (86,7%) não apresentava lesão no momento de sua inserção no estudo, enquanto 13,3% apresentavam. No que se refere à presença de comorbidades, a maioria não possuía nenhuma (70%).

Tabela 1-Distribuição dos pacientes segundo o grau de risco da escala de Braden e as dificuldades na aplicação da escala. Fortaleza, 2012.

Variáveis	N	%
Grau de risco		
Baixo	98	81,7
Moderado	20	16,7
Alto	02	1,6
Total	120	100
Dificuldades		
Falta de interesse do paciente	10	8,3
Falta de compreensão sobre a escala	14	11,7
No. elevado de pacientes na enfermaria	05	4,2
Mobilidade do paciente	06	5,0
Nenhuma	85	70,8
Total	120	100

A aplicabilidade da Escala de Braden foi o foco principal dessa pesquisa, com relevância para o grau de risco dos pacientes adquirirem UP. Conforme os resultados, na grande maioria dos pacientes (81,7%), identificou-se risco baixo para o desenvolvimento de úlceras. Por outro lado, 16,7% apresentavam risco moderado e apenas 1,6% risco alto.

É conveniente chamar atenção para a média de permanência dos pacientes no momento da realização da pesquisa, considerada relativamente baixa, assim como para o perfil, não tendo sido observada diferença importante quanto à idade, bem como proporção menor de pacientes portadores de alguma comorbidade prévia.

Tais fatores podem ter contribuído para a pontuação da escala indicando baixo risco de lesão, visto que pacientes com idade mais avançada possuem geralmente dificuldade de mobilização de forma espontânea e acabam tendendo a adquirir as úlceras.

É oportuno salientar que o tempo de aplicação da escala variou de um até dez minutos, sendo a média de tempo 2,92 minutos. Mais uma vez, convém lembrar que a grande maioria dos pacientes não apresentava nenhuma lesão por pressão prévia. Entretanto, mesmo nos que apresentavam úlcera, foi aplicada a escala para avaliação do surgimento de novas lesões.

Durante a aplicação da escala nos pacientes, geralmente, não foram encontradas dificuldades, evidenciada em 85 pacientes, com o percentual de 70,8%. Em contrapartida, algumas dificuldades foram percebidas, englobando: falta de compreensão acerca da escala pelos pacientes (11,7%); falta de interesse do paciente em ser avaliado (8,3%); mobilidade do paciente (5%); e número elevado de pacientes na enfermaria (4,2%).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ressalta-se que essa escala tem os melhores valores preditivos, constituindo-se em um ótimo referencial agregado ao julgamento clínico dos enfermeiros, sendo fundamental, também, para a avaliação do risco de UP em pacientes que já apresentam úlceras, uma vez que pode evitar o aparecimento de novas lesões (SOUZA *et al.*, 2010; GOMES *et al.*, 2011).

Conclusão

Enfatiza-se que, de uma forma geral, não foram percebidas dificuldades inerentes à aplicação da escala, sendo esta aplicada em um tempo médio de 2,92 minutos. As dificuldades, quando presentes, estavam ligadas a fatores ligados ao paciente, como dificuldade de compreensão acerca da importância da escala e falta de interesse.

A estrutura da instituição, que muitas vezes exige a acomodação de um número elevado de pacientes em uma mesma enfermaria, também é um fator que interfere no uso da escala, em virtude de gerar a dispersão dos pacientes.

É imperativo frisar que o uso de instrumentos que viabilizem a avaliação do risco do paciente adquirir UP deve ser considerado em toda unidade hospitalar, na busca de reduzir a ocorrência dessa complicação e melhorar a assistência de enfermagem direcionada ao paciente.

Tal fato irá contribuir para a promoção da saúde, enquanto previne a ocorrência de injúrias no paciente, reduzindo, assim, o período de internação hospitalar e contribuindo para a sua recuperação.

Referências

ARAÚJO, C. R. D.; LUCENA, S. T. M.; SANTOS, I. B. C.; SOARES, M. J. G. O. A enfermagem e a utilização da escala de Braden em úlcera por pressão. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.3, p.359-64, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96. **Informe Epidemiológico SUS**, n.3, jul./set, p.67-35. 1996.

GOMES, F. S. L.; BASTOS, M. A. R.; MATOZINHOS, F. P.; TEMPONI, H. R.; VELASQUEZ-MELÉNDEZ, G. Avaliação de risco para úlcera por pressão em pacientes críticos. **Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v.45, n.2, p.313-8, 2011.

SALOMÉ, G. M.; ARAÚJO, V. S. Caracterização dos pacientes com úlcera por pressão em um hospital do interior de São Paulo. **Nursing**, São Paulo, v. 14, n. 157, p.283-338, mar. 2011.

SILVA, R. A.; BORGES, E. L.; DONOSO, M. T. V. Risco para desenvolvimento e prevalência de úlcera por pressão de uma unidade de internação de um hospital universitário. **Nursing**, São Paulo, v. 13, n. 156, p.248-252, 2011.

SILVA, R. C. L.; FIGUEIREDO, N. M. A.; MEIRELES, I.B. **Feridas: fundamentos e atualizações em enfermagem**. 2 ed. São Paulo: Yendis, 2007.

SILVA, D. P.; BARBOSA, M. H.; ARAÚJO, D. F.; OLIVEIRA, L. P.; MELO, A. F. Úlcera por pressão: avaliação de fatores de risco em pacientes internados em um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2011 jan/mar;13(1):118-23. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n1/v13n1a13.htm>.

SOUZA, T. S.; MACIEL, O. B.; MÉIER, M. J.; DANSKI, M. T. R.; LACERDA, M. R. Estudos clínicos sobre úlcera por pressão. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 470-6, maio-jun, 2010.

Agradecimentos

Nossos especiais agradecimentos aos pacientes que aceitaram participar do estudo; à instituição, por abrir o campo para a coleta dos dados; a todos os enfermeiros que lidam com feridas; e à orientadora do estudo, profa. Dra. Elizabeth Melo, por contribuir para nossa inserção na pesquisa.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESCOLA COMO AMBIENTE DE APRENDIZAGEM E PROTEÇÃO A VIDA NA VISÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Tainnan Vilante e Silva 1 (apresentador) – Universidade de Fortaleza e tainnanvilante_@hotmail.com

Karla Mayara F. Fernandes 2 – Universidade de Fortaleza

Marilene Calderaro da Silva Munguba 3 – Universidade de Fortaleza

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira 4 – Universidade de Fortaleza

Ana Cléa Veras Camurça Vieira 5 (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Promoção da saúde. Escola. Aprendizagem

Resumo

O estudo é parte integrante do projeto “*Escola Promotora de Saúde - um espaço de atuação do terapeuta ocupacional*”, o artigo detalha um recorte do subprojeto em andamento intitulado “*História de vida na mediação de estratégias de ensino e aprendizagem direcionadas a criança em situação de vulnerabilidade social*”. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Participaram do estudo 10 sujeitos, de ambos os sexos, na faixa etária de 09 a 16 anos, cursando do 4º ao 6º ano em escola pública, na periferia do município de Fortaleza. Os achados apontam para a percepção das crianças e adolescentes sobre o papel protetivo da escola e sua função social, como elementos essenciais para o desenvolvimento humano, convergindo para a temática: *Escola como espaço de aprendizagem e proteção vida na ótica das crianças e adolescentes*. Considera-se que a escola é um ambiente de aprendizagem, facilitador de relações interpessoais e lazer. O maior desafio para que a escola cumprir de fato a missão é a inclusão escolar, com condições suficientes para contribuir com o desenvolvimento humano. E entende-se que esse direito constitucional, necessita da sensibilização dos gestores municipais e estaduais, não depende somente da escola, ou da participação da família, será um esforço conjunto do Estado e da Sociedade.

Introdução

No Brasil, os direitos fundamentais à infância e adolescência encontram-se assegurados no Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) que constitui uma avançada legislação, especialmente no que diz respeito à substituição do Código de Menores. Neste podemos legitimar os direitos referentes à educação e lazer cedidos a crianças e adolescentes:

“**Art. 53.** A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo

para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho, assegurando-se-lhes:

I - igualdade de condições para o acesso e permanência na escola;

II - direito de ser respeitado por seus educadores;

III - direito de contestar critérios avaliativos, podendo recorrer às instâncias escolares superiores;

IV - direito de organização e participação em entidades estudantis;

V - acesso a escola pública e gratuita próxima de sua residência.

Art. 58. No processo educacional respeitar-se-ão os valores culturais, artísticos e históricos próprios do contexto social da criança e do adolescente, garantindo-se a estes a liberdade de criação e o acesso às fontes de cultura.”

Sabe-se que o Brasil avançou muito na inclusão escolar, mas, conforme o boletim “Todos pela educação” publicado em 03/2013, temos ainda 3,8 milhões de crianças e adolescentes entre 04 a 14 anos fora da escola, o que resulta, não ter acesso à educação de qualidade ou mesmo as necessidades básicas em saúde e moradia. Esse é o resultado da omissão e responsabilidade dos gestores, contudo nega-se o direito inviolável a uma educação de qualidade, e talvez a única oportunidade de proteção integral desses pequenos brasileiros.

Porém, as condições de vida e saúde e as iniquidades sociais em nosso País permitem dizer que as crianças e adolescentes que não estão inseridos na escola, representam uma parcela da população exposta aos agravos, riscos de adoecimento e as situações de vulnerabilidade, portanto devem ser sujeitos prioritários nas ações intersetoriais dos Sistemas de Saúde, Educação e Assistência Social. Para Sierra e Mesquita (2006, p.149), dentre os fatores de condicionantes as crianças e adolescentes pode-se destacar os riscos:

relacionados com os conflitos intrafamiliares associados ao álcool e outras drogas que possibilitam as brigas conjugais, agressões, abusos sexuais etc.;

a moradia, ou seja, a precariedade da oferta de instituições e serviços públicos, a disponibilidade dos espaços destinados ao lazer, as relações de vizinhança, a proximidade a localização dos pontos de venda controlados pelo tráfico de drogas;

as intercorrências da repressão policial em decorrência do tráfico e uso de drogas;

a saúde, seja pela ausência de prevenção e/ou acesso aos serviços;

da exploração sexual, do trabalho infantil com aprovação e concordância dos familiares, tornando-se provedores de seus lares; e a

a saúde mental e aos distúrbios de comportamento, pelo envolvimento precoce com as drogas, gravidez na adolescência, prática de roubos e furtos para sustento próprio e do vício.

A exclusão escolar frustra o desejo e os sonhos das crianças e adolescentes de construir um futuro melhor, para muitos, a educação é inatingível ou insuficiente, ou ainda falha em capacitar e fortalecer as populações mais carentes, envolvendo-as em um ciclo de miséria e estado permanente de privações. Para enfrentar essa situação de vulnerabilidade Costa e Bigras (2007) entendem que o trabalho em “rede” aciona macro estruturas intersetoriais, e essa interlocução torna os mecanismos de promoção e proteção da vida, assim como da saúde, bastante eficaz principalmente nos países em desenvolvimento. Dentre esses equipamentos sociais, constituintes da rede social para crianças e adolescentes, tem destaque especial a escola é uma instituição social com o objetivo explícito de desenvolvimento das potencialidades físicas, cognitivas e afetivas dos alunos, por meio da aprendizagem dos conteúdos (conhecimentos, habilidades, procedimentos, atitudes, e valores) que, aliás, deve acontecer de maneira contextualizada desenvolvendo nos discentes a capacidade de tornarem-se cidadãos participativos na sociedade em que vivem (COSTA, 2000)

Corroborando com a Declaração de Sundsvall (1991) identifica muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde e reconhece que todos têm um papel na criação destes. Um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde, ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis.

Portanto, a necessidade de se promover na escola, um ambiente favorável ao desenvolvimento da aprendizagem, do brincar, colocando em prática tudo que se preconiza a cerca das políticas que envolvem educação, promoção da saúde, direitos da criança e do adolescente para que sejam sujeitos ativos e possam participar dos processos de ensino e aprendizagem propostos pela escola, como local de emancipação e formação cidadã, e não meros expectadores. A partir de algumas inquietações como: O que aproxima as

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

crianças da escola? O que fazem quando estão na escola? O estudo teve como objetivo compreender o interesse pelo contexto escolar na visão das crianças e adolescentes.

Metodologia

O estudo é parte integrante do projeto “*Escola Promotora de Saúde - um espaço de atuação do terapeuta ocupacional*”, enquanto o artigo detalha um recorte do subprojeto em andamento intitulado “*História de vida na mediação de estratégias de ensino e aprendizagem direcionadas a criança em situação de vulnerabilidade social*”. Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratório-descritiva, com pretensão de descrever completamente o fenômeno e realizar análises empíricas e teóricas (SEVERINO, 2009; MARCONI; LAKATOS, 2001). Com abordagem qualitativa, preocupou-se com aspectos subjetivos, um nível de realidade que não pode ser quantificada (MINAYO, 2010). O cenário da pesquisa foi uma escola pública, na periferia do município de Fortaleza. Participaram do estudo 10 sujeitos, de ambos os sexos, na faixa etária de 09 a 16 anos, cursando do 4º ao 6º em escola pública, na periferia do município de Fortaleza. A pesquisa iniciou após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa sob o parecer nº 074/2009 e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Adotou-se os princípios éticos preconizados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (GOLDIM, 2010), que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Não houve nenhum dano associado com agravo imediato ou tardio, ao indivíduo, à instituição, ou à coletividade, com nexos causal comprovado, direto ou indireto, decorrente do estudo científico.

Resultados

e

Discussão

Foram entrevistadas 10 (dez) crianças na faixa etária de 9 a 16 anos em ambos os sexos sendo 06 meninos e 04 meninas com escolaridade entre 4º, 5º e 6º ano regularmente matriculados no ensino fundamental na escola pública no município de Fortaleza. Após os dados terem sido categorizados convergiram para a seguinte temática: *A escola como espaço de proteção para a aprendizagem e proteção a saúde crianças e adolescentes*, como pode ser ilustrado pelas falas abaixo:

[...] Gosto da escola de fazer as tarefas, das disciplinas de matemática e ciências (C4)

[...] Gosto de ficar dentro da sala e de escrever... (C5)

A escola tem a função determinada pelos papéis desenvolvidos com as crianças e adolescentes, deve se apresentar como ambiente favorável para o aprendizado, de relações saudáveis e de construção de saber de maneira prazerosa. É na escola, depois do ambiente intrafamiliar, que acontecem as primeiras relações e desenvolvimento de papéis sociais, além da formação de caráter, noções de cidadania, valores e formação profissional. Faz-se necessário oferecer a liberdade e tempo para que toda essa complexidade e formação do sujeito se dêem de forma satisfatória. Conforme os relatos:

[...] Gosto da professora e dos meus amiguinhos... (C1)

[...] Gosto da coordenadora, gosto dela porque ela dá atenção a gente (C3)

De acordo com Libâneo (2005, p.116): “O grande desafio (da escola) é o de incluir, nos padrões de vida digna, os milhões de indivíduos excluídos e sem condições básicas para se constituírem cidadãos participantes de uma sociedade em permanente mutação”. Sabe-se que por meio das experiências, do contato com o outro que a criança recebe os estímulos para que essa evolução e maturação natural aconteçam, ou seja, ela precisa de um ambiente que favoreça esses elementos. Brincando, a criança experimenta os sentimentos de prazer e de domínio; ela descobre o mundo à sua volta; ela cria e se exprime (FERLAND, 2006, p.5). De acordo com as falas.

[...] Gosto da recreação, brinco de bola ... (C2)

[...] Gosto porque na hora do recreio brinco de futebol (C6)

Apesar de a brincadeira ser uma atividade universal entre as crianças de diferentes populações, cada cultura possui uma forma peculiar de expressão que é um reflexo das características ambientais específicas, tanto a brincadeira como os brinquedos que ela pode envolver estão marcados pela identidade cultural e por características sociais específicas de um grupo social (HANSEN, 2000; OTTA, 2003; MORAIS, 2004). Diante disso, pode-se dizer que criança na escola garante experiências, motivações e condições sociais para auxiliar as adversidades dos contextos familiares, e, portanto a escola se torna um ambiente de aprendizagem e promoção e proteção à vida.

Conclusão

Considera-se que a escola é um espaço de aprendizagem, facilitador de relações e lazer. Porém, para que tudo isto ocorra de forma saudável, é necessário tornar a escola um ambiente favorável para tais acontecimentos, um espaço de desenvolvimento. O maior desafio é torna-los incluídos, para a escola, cumpra de fato a missão que se propõe, com condições suficientes para contribuir com o desenvolvimento humano. E entende-se que esse direito constitucional, necessita da sensibilização dos gestores municipais e estaduais, não depende somente da escola, ou da participação da família, será um esforço conjunto do Estado e da Sociedade.

Referências

_____. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei Nº 8.069, de 13 de JULHO DE 1990.

COSTA, V. L. P. **Função social da escola**. Disponível em: www.drearaquaina.com.br/projetos/funcao_social_escola.pdf. 2000

COSTA, Maria Conceição O.; BIGRAS, Marc. Mecanismos pessoais e coletivos de proteção e promoção da qualidade de vida para a infância e adolescência. **Cien Saude Colet**, v. 12, n. 5, p. 1101-1109, 2007.

Declaração de Sundsvall. **Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde**; 9-15 de junho 1991; Sundsvall; Su. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001. p. 33.

FERLAND, F. **O modelo lúdico**: o brincar, a criança com deficiência física. São Paulo, Roca, 2006.

GOLDIM, J. R. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96. Disponível em: <www.ufrgs.br/_HCPA/gppg/res19696.htm>.

Fora da escola não pode! o desafio da exclusão escolar. – 1. ed. – Brasília, DF: UNICEF, Campanha Nacional pelo Direito à Educação, 2013.

HANSEN, J. et al. O brincar e suas implicações para o desenvolvimento infantil a partir da Psicologia Evolucionista. **Rev. bras. crescimento desenvolv. Hum.**, São Paulo, v. 17, n. 2, ago. 2007. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822007000200015&lng=pt&nrm=iso>.

LIBÂNEO, J. C.; OLIVEIRA J. F.; TOSCHI M. S. **Educação escolar**: políticas, estrutura e organização. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2005. (Coleção Docência em Formação)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 5ª ed. Atlas: São Paulo, 2003

MINAYO, M.C.S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28º ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

MORAIS, M.L.S. **Conflitos e(m) brincadeiras infantis**: Diferenças culturais

SIERRA, V. M.; MESQUITA, W. A. Vulnerabilidades e fatores de risco na vida de crianças e adolescentes. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 148-155, 2006.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

Agradecimento

À Universidade de Fortaleza, por oportunizar e incentivar a iniciação a pesquisa, sendo essa uma fonte inesgotável de conhecimento, pelo apoio à Iniciação Científica, mediante os Programas PROBIC e PAVIC. A nossas orientadoras por passar parte dos seus vastos conhecimentos acerca da temática, onde através dessa podemos ampliar nossos horizontes de conhecimentos acerca de um assunto tão rico.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTADO GERAL DE SAÚDE DE IDOSOS ATENDIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Liliane Ecco (apresentador) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: lilianeecco@hotmail.com
Rhayssa de Oliveira e Araújo – UFRN
Camylla Cavalcante Soares de Freitas – UFRN
[Thazia Costa](#) – UFRN
[Marina de Góes Salvetti](#) – UFRN
[Gilson de Vasconcelos Torres](#) (Orientador) – UFRN

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem.
Resumo

Introdução: o contexto em que esses idosos estão inseridos influencia sobre seu bem estar, segurança, integração social e hábitos de vida saudáveis. Assim, faz-se importante conhecer o estado de saúde e por meio desse conhecimento nortear as ações de promoção à saúde. **Objetivo:** descrever o estado geral de saúde de idosos atendidos na atenção primária à saúde em Natal/RN e Santa Cruz/RN. **Metodologia:** estudo descritivo, transversal, quantitativo, realizado na unidade de saúde da família (USF) DNER, em Santa Cruz/RN e na USF Igapó, em Natal. A amostra foi aleatória simples e constituída por 36 idosos. Utilizou-se o questionário geral de saúde. Os dados foram analisados por estatística descritiva e a pesquisa obteve parecer favorável com CAAE nº 21996313.7.0000.5537. **Resultados:** nas duas cidades a maioria dos idosos não apresentou comprometimento do estado geral de saúde. Dentre os que apresentaram, os idosos de Natal obtiveram maiores escores, sugerindo graves problemas e sofrimento emocional, quando comparados aos de Santa Cruz. **Conclusão:** grupos de idosos na atenção primária à saúde são relevantes para possibilitar a promoção da saúde desta população e ainda são necessários.

Introdução

Em todo o mundo observa-se o envelhecimento da população crescente, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Atualmente, há 15 países com mais de 10 milhões de pessoas idosas, desses, sete são países em desenvolvimento. Estima-se que por volta de 2050 mais de 64 países terão uma população de idosos composta por mais de 30% do total, como já é o caso do Japão (UNFPA, 2012). Com o envelhecimento, mudanças fisiológicas acontecem nos idosos, levando-os a uma redução de sua capacidade funcional a médio e longo prazo. Dessa maneira, essa população torna-se mais frágil e dependente de cuidados de terceiros (MESQUITA, 2009). Com as mudanças aparecem novas demandas para setores da sociedade, como saúde e seguridade social, e também para a comunidade, família e o próprio indivíduo. Assim, surgem questionamentos acerca do suporte adequado à saúde dessa população e da exequibilidade financeira de sistemas de seguridade social (ALVEZ; LEITE; MACHADO, 2008). Além das escolhas pessoais, o contexto social e político em que esses idosos estão inseridos exerce influência direta sobre o bem estar, segurança, integração social e hábitos de vida saudáveis, podendo minimizar ou maximizar as limitações encontradas. Dessa forma, torna-se importante conhecer quais os determinantes de vida nos idosos, o conhecimento do estado de saúde e por meio deles nortear os profissionais de saúde para ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, criação de políticas públicas e elaboração de estratégias para essa população (FARIAS; SANTOS, 2012; ALVES, LEITE, MACHADO; 2008). Em 1994 foi promulgada a Política Nacional do Idoso, que assegura direitos à pessoa idosa e cria condições para autonomia, integração e participação social. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa afirma que a perda da capacidade funcional é o principal problema que afeta o idoso. Todo cidadão brasileiro com 60 anos ou mais é alvo dessa política, a qual tem por finalidade recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2006). Diante desse contexto, identifica-se a necessidade da avaliação do estado de saúde de pessoas idosas acompanhadas na atenção primária à saúde por meio de instrumentos validados que possam trazer dados mais fidedignos sobre a real situação dessa população. Assim, este estudo objetiva descrever o estado geral de saúde de idosos atendidos na atenção primária à saúde em Natal/RN e Santa Cruz/RN.

Metodologia

Trata-se de um estudo comparativo, transversal, descritivo, quantitativo, realizado na atenção primária à saúde em duas cidades do Rio Grande do Norte. Em Natal, a coleta foi realizada na unidade de saúde da família de Igapó, e em Santa Cruz, na unidade de saúde da família DNER; cada uma com três áreas de abrangência. O bairro Igapó fica localizado na zona norte da capital e a cidade de Santa Cruz é localizada no interior do estado, a 115 km de Natal. A população do estudo foi composta por idosos atendidos nas duas unidades de estratégia de saúde da família supracitadas. A amostra foi do tipo aleatória simples, composta por 36 idosos. Como critérios de inclusão adotaram-se: ter 60 anos ou mais, ser cadastrado em uma das unidades de pesquisa, participar das atividades dos grupos de idosos das referidas unidades, ter condições mentais e psicológicas para responder ao questionário. A coleta de dados foi realizada com entrevista e a utilização do instrumento Questionário Geral de Saúde. Os dados foram organizados em planilhas do programa Microsoft Excel e analisados por estatística descritiva. Esta pesquisa obteve parecer favorável do comitê de ética em pesquisa do hospital universitário Onofre Lopes, com CAAE nº 21996313.7.0000.5537.

Resultados

O instrumento utilizado nesta pesquisa gera um escore para cada indivíduo, sendo que aqueles com valor menor ou igual a 15 são considerados normais. Valores entre 16 e 20 indicam evidência de sofrimento e valores maiores que 20 sugerem graves problemas e sofrimento psicológico. Comumente são encontrados valores entre 11 e 12. Assim, Na avaliação do estado geral de saúde dos idosos pesquisados, predominaram bons escores (Tabela 01).

Tabela 01: Estado geral de saúde de idosos atendidos na atenção primária à saúde de Natal/RN e Santa Cruz/RN. Natal/RN, 2014.

ESCORE QUESTIONÁRIO GERAL DE SAÚDE	DO %	
	Natal	Santa Cruz
Até 15	73,7	66,7
De 16 a 20	10,5	27,8
De 21 a 36	15,8	5,6

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

TOTAL	100	100
-------	-----	-----

O bom estado de saúde não condiz com sofrimento psicológico, como pode ser visto em estudo realizado em Dourados/MS, no qual se observou forte relação entre autoavaliação ruim de saúde e sintomas depressivos. Os idosos que classificaram seu estado de saúde como ruim tiveram doze vezes mais chances de apresentarem sintomas depressivos (ALVARENGA et al, 2010).

Com o avançar da idade, o aparecimento das doenças físicas contribui para o comprometimento mental do idoso, que externa sentimentos de preocupação e fragilidade. Constata-se que seu corpo não responder mais com tamanha eficácia às doenças, bem como por causa do difícil acesso aos serviços de saúde e medicamentos, levando-os a sensação de proximidade da morte (ROCHA et al, 2009).

A depressão é um diagnóstico cada vez mais presente entre idosos e aparece acompanhada da falta de apetite, sono e outros sintomas, comprometendo a saúde física e mental. Entretanto, há como minimizar ou eliminar alguns desses problemas por meio de ações de terapia comunitária como estratégia de promoção da saúde mental de idosos na atenção primária à saúde, destacando-se como ações de grande impacto para o atendimento das necessidades emocionais desses indivíduos (ANDRADE et al, 2010).

Os resultados parecem demonstrar uma maior conscientização por parte destes idosos, tal situação pode estar relacionado ao fato de que todos os entrevistados eram participantes de grupo de idosos das unidades de saúde. No grupo ocorrem diversas atividades de promoção à saúde dessa população, com programas de educação em saúde por meio de palestras e informativos.

Os grupos de idosos em unidades de saúde ajudam na inserção desta população na sociedade. As trocas de experiências valorizam os conhecimentos dos mesmos e afastam preconceitos, contribuindo para a adesão a tratamentos e criação de vínculo entre os profissionais e a comunidade. Além disso, os ensinamentos utilizados nas atividades podem ser compartilhados com seus familiares ou outras pessoas de seu convívio social (ROCHA et al, 2009).

Nesse sentido, os grupos de idosos apresentam-se como importantes ferramentas para fortalecimento da resiliência e autonomia dos seus participantes, ajudando aos profissionais de saúde a diminuir o estigma social em torno da velhice e a descobrirem precocemente problemas de saúde (ROCHA et al., 2009).

Estudo realizado também no Rio Grande do Norte, no município de Vila Flor, denota que as ações de terapia comunitária que são desenvolvidas há mais de 19 anos com os idosos da cidade contribuem para o desenvolvimento de promoção à saúde mental e prevenção de transtornos mentais, nutrido a autonomia dos participantes (ANDRADE et al., 2010).

Por meio de grupos como os desta pesquisa, a saúde mental vem se fortalecendo nas comunidades menos favorecidas social e estruturalmente, ajudando seus integrantes ao melhor enfrentamento das dores psicológicas e resgate da autoestima. Além disso, essa estratégia consolida os princípios que devem se fazer presentes na atenção primária (ANDRADE et al., 2010).

Os dados também mostram que em Natal, entre os idosos com comprometimento, há mais idosos com possíveis graves problemas e sofrimento psicológico. Ao contrário do encontrado em Santa Cruz, onde 27,8% tiveram índices entre 16 e 20. Em pesquisa realizada no estado de Porto Alegre, encontrou que idosos da área urbana eram mais dependentes que os idosos da zona rural, especulando que o cotidiano do campo torna os indivíduos mais aptos a manter a funcionalidade nas idades avançadas (AIRES, PASKULIN, MORAIS; 2010).

Embora esta pesquisa não tenha sido realizada na zona rural, ressalta-se que a cidade de Santa Cruz é localizada no interior do estado. Assim os seus moradores tem hábitos típicos de cidades interioranas, como encontrar os amigos na praça, utilizar menos transportes motorizados, entre outros, que podem contribuir para uma vida ativa e com menor comprometimento do estado geral de saúde.

Conclusão

No geral, a maioria dos idosos tanto de Natal como de Santa Cruz não apresentaram graves comprometimentos do estado geral de saúde. Entretanto, dentre aqueles com comprometimento, os idosos de Natal obtiveram índices maiores, sugerindo graves problemas e sofrimento psicológico, quando comparados aos de Santa Cruz.

Este estudo aponta a importância da atuação de grupos de idosos na atenção primária à saúde como ferramenta de promoção à saúde. Assim, ainda são necessários pesquisas com delineamentos mais complexos e amostras maiores para comprovação dos achados.

Referências

AIRES, M.; PASKULIN, L.M.G.; MORAIS, E.P. Capacidade funcional de idosos mais velhos: estudo comparativo em três regiões do Rio Grande do Sul. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.1, p.7 telas, 2010.

ALVARENGA, M.R.M. et al. Sintomas depressivos em idosos assistidos pela estratégia saúde da família. **Cogitare Enferm.** v.15, n.2, p.217-24, 2010.

ALVES, L.C.; LEITE, I.C.; MACHADO, C.J. Perfis de saúde de idosos no Brasil: Análise da pesquisa nacional por amostra de domicílios de 2003 utilizando o método grade of membership. **Cad Saúde Pública** v.24, n.3, p.535-46, 2008.

ANDRADE, F.B. et al. Promoção da saúde mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. **Texto Contexto Enferm**, v.19, n.1, p.129-36, 2010.

BRASIL. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 out 2006.

FARIAS, R.G.; SANTOS, M.R.A. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Text Contexto Enfem**, v.21, n.1, p.167-79, 2012.

MESQUITA, G.V. Morbimortalidade em idosos por fratura proximal do fêmur. **Texto Contexto Enferm**, v.18, n.1, p.63-7, 2009.

ROCHA, I.A. et al. A terapia comunitária como um novo instrumento de cuidado para saúde mental do idoso. **Rev Bras Enferm**, v.62, n.5, p.687-94, 2009.

UNFPA - Fundo de População das Nações Unidas. Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafios. 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTADO NUTRICIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM PACIENTES COM DIABETES MELLITUS TIPO 2

Rumão Batista Nunes de Carvalho – Universidade Federal do Piauí – UFPI / rumaobatista@hotmail.com

Roseanne de Sousa Nobre – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Eduardo Emanuel Sátiro Vieira – Universidade Federal do Piauí – UFPI

José Thiago de Sousa – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Ana Roberta Vilarouca da Silva – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Suyanne freire de Macedo (Orientador) – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Diabetes Mellitus Tipo 2.

Resumo

Objetivo: Avaliar a prevalência de excesso de peso e fatores associados em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2. **Metodologia:** Estudo descritivo-exploratório de corte transversal realizado com 173 diabéticos de ambos os sexos, assistidos em unidades de saúde da atenção básica na zona urbana da cidade de Picos - PI. Foi analisado o estado nutricional por meio do Índice de Massa Corporal e verificado a relação deste com obesidade abdominal, pressão arterial elevada e níveis de atividade física. **Resultados:** Quanto ao estado nutricional, 51,4% (n=89) dos diabéticos estavam com excesso de peso, sem diferenças em relação ao gênero. Ao relacionar o excesso de peso com as variáveis independentes, verificou-se que o grupo com excesso de peso apresentou maior frequência de circunferência abdominal elevada ($p < 0,05$). **Conclusão:** Os diabéticos do presente estudo apresentam elevada prevalência de excesso de peso. O grupo com excesso de peso apresentou maior frequência de circunferência abdominal elevada. Considerando a importância desses fatores para uma melhor sobrevida de indivíduos com diabetes, destaca-se a necessidade de melhor controle do estado nutricional desses pacientes.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica caracterizada pelo aumento dos níveis de glicemia, devido uma produção insuficiente de insulina ou sua utilização de forma não eficaz pelo organismo (WHO, 2013). Os tipos mais frequentes são o DM tipo 2 (DM2) que abrange cerca de 90% do total de casos, seguido pelo DM tipo 1 (DM1), responsável por apenas 8% dos casos (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010).

Cerca de 347 milhões de pessoas em todo o mundo são acometidas pelo DM, representando um problema de saúde pública a nível global (DANAIE et al, 2011). E estima-se que ocupará a sétima principal causa de mortalidade para o ano de 2030 (WHO, 2011). No Brasil a frequência de DM em adultos que referiram seu diagnóstico variou entre 3,9% a 8,7% em 2010 (BRASIL, 2011).

O DM contribui para elevados custos ao sistema de saúde devido está associado a complicações agudas e crônicas que causam altas taxas de morbimortalidade. Em 2010 foi responsável por aproximadamente 11,6% dos gastos mundiais com cuidados de atenção a saúde da população. (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012).

Em particular, pacientes com DM2 geralmente apresentam comorbidades associadas, como excesso de peso, resistência a insulina, dislipidemia e hipertensão arterial. Nesse sentido, destaca-se a importância do controle dessas doenças para promover um melhor prognóstico desse grupo (BRASIL, 2013).

O excesso de peso e a obesidade abdominal representam uma complicação frequente em pacientes com DM2 (BORBA; MUNIZ, 2011; SILVA et al, 2012). No caso do sobrepeso e da obesidade, estes contribuem para redução da resposta das células beta pancreáticas à glicose, diminuição na liberação de insulina e aumento da resistência da mesma (WHITE et al, 2013).

Além disso, o excesso de peso está relacionado com redução da sobrevida desses pacientes. No recente estudo realizado em pacientes com DM2, houve uma significativa relação direta entre Índice de Massa Corporal (IMC) e mortalidade cardiovascular entre todos os participantes, revelando uma maior incidência de óbitos no grupo classificado com excesso de peso e idade inferior a 65 anos (TOBIAS et al, 2014).

Diante do exposto, este estudo tem o objetivo de avaliar a prevalência de excesso de peso e fatores associados em pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2.

Metodologia

O presente estudo faz parte do projeto de pesquisa intitulado “Prevalência da automonitorização glicêmica em diabéticos na cidade de Picos - PI”, realizado em 12 Unidades de Saúde da Família (USF) na zona urbana do referido município.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório de corte transversal. A amostra de 173 diabéticos de ambos os sexos, foi calculada utilizando fórmula para estudos de populações finitas (POCOCK, 1989), considerando os pacientes inseridos no Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) e assistidos em uma das USF no período de realização da pesquisa.

A coleta de dados aconteceu nos meses de março a maio de 2012 em sala reservada para essa finalidade nas USF, sendo utilizado um formulário semi-estruturado, abrangendo variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil e escolaridade), prática de atividade física, medidas antropométrica e de Pressão Arterial (PA).

As medidas antropométricas foram realizadas com o paciente descalço e usando roupas leves. O peso foi medido em uma balança portátil, com precisão de 0,1 kg e capacidade para 150 kg. A altura foi aferida com uma fita métrica com precisão de 0,5 cm, fixada verticalmente em uma parede lisa. A Circunferência Abdominal (CA) foi obtida utilizando fita métrica inelástica, com escala de 0,5 cm, colocada sem fazer pressão, entre a porção inferior da última costela e a crista ilíaca do participante.

O estado nutricional foi estimado a partir do Índice de Massa Corporal (IMC) e classificado conforme os pontos de corte propostos pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998). O termo excesso de peso foi utilizado para agrupar indivíduos com sobrepeso e/ou obesidade ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$). A CA foi analisada considerando o risco de desenvolvimento de complicações metabólicas, estabelecido em sem risco (homens $< 94 \text{ cm}$, mulheres $< 80 \text{ cm}$), risco aumentado (homens $\geq 94 \text{ cm}$, mulheres $\geq 80 \text{ cm}$) e risco muito aumentado (homens $\geq 102 \text{ cm}$, mulheres $\geq 88 \text{ cm}$) (WHO, 1998).

A PA foi determinada de acordo com as recomendações VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (SBH, 2010). Os níveis pressóricos foram aferidos três vezes, com intervalo de 1 minuto entre cada verificação, descartando-se a primeira e considerando-se a média obtida das duas últimas. Foi classificada como PA elevada os valores de PAS $\geq 140 \text{ mmHg}$ e/ou PAD $\geq 90 \text{ mmHg}$.

Quanto a prática de atividade física, foi considerado como sedentário o indivíduo que não realizava, no mínimo, 30 minutos diários, por, pelo menos, 5 dias na semana, de atividade leve ou moderada; ou 20 minutos diários de atividade vigorosa, em 3 ou mais dias da semana (BRASIL, 2010).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O processamento dos dados e a análise estatística foram realizados por meio do programa *Statistical Package for the Social Science®*, versão 20.0. Foram determinados os valores médios, desvio padrão e frequência simples. O teste de Pearson Chi-Square foi aplicado para analisar associações entre as variáveis estudadas, considerando o nível de significância em 5% ($p < 0,05$).

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Piauí (UFPI), conforme protocolo CAAE: 0491.0.045.000-11. Todos os pacientes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão
Foram avaliados 173 pacientes com DM2 de ambos os sexos, sendo que 61,3% eram mulheres. A maioria (34,1%) dos participantes estava na faixa etária menor de 60 anos, casados (52,6%) e com ensino fundamental incompleto (80,3%) (Tabela 1).

Tabela 1. Características sociodemográficas da população estudada. Picos, PI, Brasil.

Variável	n°	%
Sexo		
Feminino	106	61,3
Masculino	67	38,7
Idade (anos)		
<60	59	34,1
60-69	56	32,4
>70	58	33,5
Estado Civil		
Casado	91	52,6
Viúvo	42	24,3
Separado	16	9,2
Solteiro	24	13,9
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	139	80,3
Fundamental Completo	15	8,7
Ensino Médio Completo	16	9,2
Superior completo	03	1,8

Os dados sociodemográficos da população estudada assemelham-se aos encontrados em uma pesquisa realizada com portadores de DM2 em uma cidade do estado de São Paulo, onde 83,2% dos indivíduos eram do sexo feminino, 45,5% casados, 40,6% com idade menos de 60 anos e 49,5% não possuíam o ensino primário completo (MODENEZE et al., 2012).

Quanto ao estado nutricional, 51,4% ($n=89$) dos diabéticos estavam com excesso de peso, sem diferenças em relação ao gênero, conforme apresentado na tabela 2. Ao relacionar o excesso de peso com as variáveis independentes, verificou-se que o grupo com excesso de peso apresentou maior frequência de CA elevada ($p < 0,05$) (Tabela 2).

Em relação a PA e os níveis de atividade física é importante destacar que embora não tenham sido verificadas diferenças no grupo com excesso de peso, 66,3% e 64,0% dos diabéticos com IMC elevado apresentaram PA elevada e foram classificados como sedentários, respectivamente.

Tabela 2. Excesso de peso e sua associação com as variáveis estudadas em pacientes com DM2. Picos, PI, Brasil.

Variáveis	Normal (n=84)		Excesso de peso (n=89)		p-value*
	n	%	n	%	
Sexo					
Masculino	36	42,9	33	37,1	0,438
Feminino	48	57,1	56	62,9	
Circunferência Abdominal					
Normal	52	61,9	12	13,5	0,000
Alterada	32	38,1	77	86,5	
Pressão Arterial					
Normal	39	46,4	30	33,7	0,088
Elevada	45	53,6	59	66,3	
Nível de Atividade Física					
Ativo	33	39,3	32	36,0	0,651
Sedentário	51	60,7	57	64,0	

*Teste χ^2 de Pearson.

A prevalência de excesso de peso encontrada neste estudo (51,4%) é considerada similar quando comparada aos resultados de uma pesquisa realizada com 120 pacientes com DM2, onde 53% estavam com excesso de peso, destes 33% com sobrepeso e 40% com obesidade (PINHEIRO et al., 2012).

No presente estudo, foi observada maior frequência de CA elevada no grupo com excesso de peso. Corroborando com esse dado, Lessmann et al. (2012) ao avaliarem as medidas antropométricas de 147 mulheres com DM2, verificaram significância estatística entre IMC e circunferência abdominal. Esse dado é considerado preocupante, visto que de forma geral, a adiposidade abdominal aumenta o risco de complicações cardiovasculares (CHRISTOFARO et al, 2011).

Conclusão

A partir dos dados analisados pode-se perceber que os pacientes com DM2 do presente estudo apresentaram elevada frequência de excesso de peso. Além disso, o grupo com excesso de peso apresentou maior frequência de CA elevada.

Considerando a importância desses fatores para uma melhor sobrevida de indivíduos com DM2, destaca-se a necessidade de melhor controle do estado nutricional desses pacientes.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 33, Suppl. 1, p. S62–69, 2010.

BORBA, T. B.; MUNIZ, R. M. Sobrepeso em idosos hipertensos e diabéticos cadastrados no Sistema HiperDia da Unidade Básica de Saúde do Simões Lopes, Pelotas, RS, Brasil. **Journal of Nursing Health**, v. 1, n. 1, p. 69-76, 2011.

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

_____. **Vigitel** - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2011. Brasília, DF; 2012.

_____. **Vigitel** – Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico 2009. Brasília, DF; 2010.

CHRISTOFARO, D. G. D.; RITTI-DIAS, R. M.; FERNANDES, R. A.; POLITO, M. D.; ANDRADE, S. M.; CARDOSO, J. R.; OLIVEIRA, A. R. Detecção de hipertensão arterial em adolescentes através de marcadores gerais e adiposidade abdominal. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 6, p. 465-470, 2011.

DANAEL, G.; FINUCANE, M. M.; LU, Y.; SINGH, G. M.; COWAN, M. J.; PACIOREK, C. J. et al. National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants. **Lancet**, 2011, 378(9785):31–40.

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012**: Regional & Country Facctsheets. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>. Acesso em: 04 jul. 2014.

LESSMANN, J. C.; SILVA, D. M. G. V.; NASSAR, S. M. Mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. **Acta Paul Enferm**. v. 25, n. 1, p. 81-6, 2012.

MODENEZE, D. M.; VILARTA, R.; MACIEL, E. S.; SONATI, J. G.; SOUZA, M. E. S. N.; BOCCALETTO, E. M. A. Nível de atividade física de portadores de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) em uma comunidade carente do Brasil. **Medicina (Ribeirão Preto)**, v. 45, n. 1, p. 78-86, 2012.

PINHEIRO, D. S.; COSTA, C. D. D.; ROCHA FILHO, C. R.; MUNDIM, C. A.; REIS, A. A. S.; GHEDINI, P. C. Avaliação do nível de controle glicêmico dos pacientes diabéticos tipo 2 atendidos em um Hospital Universitário. **Rev Univ Vale do Rio Verde**, v. 10, n. 2, p. 03-11, 2012.

POCOCK, S. J. **Clinical trials-a practical approach**. New York: John Wiley & Sons, 1989.

SILVA, T. R.; ZANUZZI, J.; SILVA, C. D. M.; PASSOS, X. S.; COSTA, B. M. F. Prevalência de doenças cardiovasculares em diabéticos e o estado nutricional dos pacientes. **J Health Sci Inst**. v. 30, n. 3, p. 266-70, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA /SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO /SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq Bras Cardiol**, v. 95, p. 1-51, 2010.

TOBIAS, D. K.; PAN, A.; JACKSON, C. L.; O'REILLY, E. J.; DING, E. L.; WILLETT, W. C.; et al. Body-mass index and mortality among adults with incident type 2 diabetes. **N Engl J Med**, v. 370, n. 3, p. 233–44, 2014.

WHITE, P. A. S.; CERCATO, L. M.; ARAÚJO, J. M. D.; SOUZA, L. S.; SOARES, A. F.; BARBOSA, A. P. O. et al. Modelo de obesidade induzida por dieta hiperlipídica e associada à resistência à ação da insulina e intolerância à glicose. **Arq Bras Endocrinol Metab**. v. 57, n.5, p. 339-45, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diabetes**. Fact sheet N°312 Reviewed October 2013. Disponível em <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>. Acesso em 04 jul 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Division of Noncommunicable Diseases**. Programme of Nutrition Family and Reproductive Health. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity. Geneva; 1998. (WHO/NUT/NCD/98.1).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva, World Health Organization, 2011.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTADO NUTRICIONAL E PERCEPÇÃO CORPORAL DE MULHERES DO CORPO ADMINISTRATIVO DE UM HOSPITAL EM FORTALEZA – CE.

Pabyle Alves Flauzino - Centro Universitário Estácio do Ceará (FIC) - pabylllef@gmail.com
Gabriella Fidelis de Sá - Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Yuri Alberto Freire de Assis - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Francisco José Rosa de Souza (Apresentador) - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Isabele Assunção Mendonça Cavalcante – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Germânia Alves Martins (Orientadora) – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Palavras-chave: Percepção corporal. Estado nutricional. Distorção corporal.

Resumo

Com as diversas mudanças de padrão estético, as mulheres são susceptíveis à esta variação. De acordo com a autopercepção de cada um, estar enquadrado ou não no padrão exigido, pode acarretar em medidas que prejudiquem a saúde do sujeito. Por este motivo, o presente estudo objetiva-se avaliar os aspectos relacionados a distorção corporal a partir da associação entre o estado nutricional e a percepção corporal, sendo realizado em um Hospital da cidade de Fortaleza – Ce, com 18 funcionárias do setor administrativo. Inicialmente, as participantes se inscreveram e se comprometeram a participar do estudo, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi realizada uma avaliação para identificar o estado nutricional e a percepção corporal. Com relação a análise do questionário Body Shape Questionnaire (BSQ), foi identificado que mais da metade da população estudada 77,78% (14) apresentaram algum tipo de distorção corporal. O diagnóstico nutricional através do IMC revelou que mais de 60% (11) da população estudada se encontra acima do peso, apresentando sobrepeso 49,99% (9) e obesidade 11,11% (2). Foi encontrada insatisfação corporal na maioria dos indivíduos em eutrofia, 57% com distorção leve e 28,6% moderada. Conclui-se que os indivíduos avaliados apresentaram alta prevalência de insatisfação corporal e excesso de peso. É importante o desenvolvimento de estratégias que estimulem a aceitação corporal assim como a adoção de estilos de vida saudáveis, como por exemplo, uma intervenção de caráter multidisciplinar, capaz de gerar benefícios tanto na saúde física quanto emocional dessas pessoas.

Introdução

A conjunção de inúmeros fatores, tais como, genéticos, físicos, familiares, comportamentais e psíquicos podem coexistir favorecendo tanto a gênese quanto a manutenção do sobrepeso e obesidade (ALMEIDA, 2005). Deve-se abordar então, no que diz respeito ao obeso, não só aspectos orgânicos relacionados à etiologia e terapêutica, como também fatores psicológicos, principalmente aqueles relacionados à imagem corporal (BUENO 2008), que começa a se formar ainda na infância, à medida que a criança desenvolve sua autopercepção, inicialmente adquirida por meio da visualização do reflexo do seu corpo no espelho.

A forma como a sociedade em que se está inserida enxerga as diferentes formas físicas ou o conhecimento do que é considerado atraente ou não, dará mais forma à imagem corporal que a criança tem de si, ao mesmo tempo em que pode gerar insatisfação com o corpo (LAUS *et al.*, 2011). A construção dessa imagem leva em consideração aspectos multidimensionais e traduz as representações internas da estrutura corporal e da aparência física em relação a nós mesmos e aos outros (DAMASCENO, 2005 *apud* CASH, PRUZINSKY, 1990).

Com o passar dos anos o conceito de corpo saudável ou bonito sofreram modificações. Até o início do século XX, a mulher era desejada quando tinha o corpo roliço, devido à deposição de gorduras em regiões específicas como; quadris, coxas, barriga e seios (ALMEIDA *et al.*, 2005). Na época pré-industrial, os períodos de carência alimentar eram frequentes e a mulher de peso excessivo simbolizava uma mulher forte, com energia suficiente para enfrentar períodos conturbados (INAD 2004;).

Atualmente vive-se em uma sociedade que confere extremo valor à estética corporal, onde um perfil antropométrico adequado, especialmente percentual de gordura reduzido, é almejado (PEREIRA JUNIOR *et al* 2013). Neste contexto, a adoção de algumas medidas visando o “corpo ideal”, são tomadas por muitas jovens, entre as mais comuns, as práticas dietéticas com baixa ingestão calórica, exercícios físicos em excesso, a utilização exacerbada de laxantes diuréticos e drogas anorexígenas e maiores índices de cirurgias plásticas (CORDÁS 2005).

Com as diversas mudanças de padrão estético por parte da sociedade, as mulheres são susceptíveis à esta variação. De acordo com a autopercepção de cada um, estar enquadrado ou não no padrão exigido, pode acarretar em medidas que prejudiquem a saúde do sujeito. Entende-se que seja necessário um levantamento do estado nutricional destas mulheres, além de avaliar a percepção corporal para o planejamento de medidas de prevenção ou tratamento. Por este motivo, o presente estudo objetiva-se avaliar os aspectos relacionados a distorção corporal a partir da associação entre o estado nutricional e a percepção corporal.

Metodologia

O presente estudo, de cunho transversal, descritivo e quantitativo, foi realizado em um Hospital da cidade de Fortaleza – Ce, com 18 funcionárias do setor administrativo. Foram analisadas e comparadas as variáveis, índice de massa corporal e percepção corporal.

Inicialmente, as participantes se inscreveram e se comprometeram a participar do estudo, por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, foi realizada uma avaliação para identificar o estado nutricional e a percepção corporal.

A análise da percepção corporal foi realizada mediante a auto-aplicação do questionário Body Shape Questionnaire (BSQ), na versão em português intitulada “Questionário sobre a Imagem Corporal”, de Cordás e Castilho (1994). O questionário consta de 34 perguntas, com seis possíveis respostas, cada uma delas equivalente a determinada pontuação. Deve-se realizar a somatória dos pontos de cada resposta. Onde a pontuação 0 a 80 é classificada como ausência de distúrbios da imagem corporal; 81 a 110 pontos, distorção de imagem corporal leve; 111 a 140 pontos, distorção moderada; e acima de 140 pontos, grave (SOUZA-KANESHIMA *et al.*, 2008).

Para a identificação do estado nutricional, utilizou-se os dados de peso e altura, para calcular o índice de massa corporal (IMC), representado pelo quociente entre o peso (kg) e a altura (m) ao quadrado. A classificação de adultos de acordo com o IMC se dá pelos seguintes valores: Magreza grau III <16 kg/m², Magreza grau II 16,0-16,99 kg/m², Magreza grau I, Eutrofia 18,5 - 24,99 kg/m², Sobrepeso 25, 0 - 29,99 kg/m² Obesidade Classe I 30,0 - 34,99 kg/m² Obesidade Classe II 35,0 - 39,99 kg/m² Obesidade Classe III ≥ 40 kg/m² pela WHO (2000). O peso foi determinado em balança digital da marca Plenna® com capacidade de até 150 kg, com os indivíduos posicionados no centro do equipamento, em posição ereta, pés juntos e com o mínimo de roupas e acessórios para não comprometerem a veracidade do resultado. A altura foi aferida com a utilização de estadiômetro com campo de uso de 0,7 a 2,0 m da marca Sanny®.

Os dados obtidos foram tabulados no programa SPSS 20 e os resultados avaliados por meio de estatística descritiva, medida de tendência central e distribuição de frequência.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resultados

Com relação a análise do questionário BSQ, foi identificado que mais da metade da população estudada 77,78% (14) apresentaram algum tipo de distorção corporal. Destas, 49,9% (9) foram classificadas com distorção leve e 27,8% (5) com distorção moderada. Apenas 22,22% (4) apresentaram ausência de distorção.

O diagnóstico nutricional através do IMC revelou que mais de 60% (11) da população estudada se encontra acima do peso, apresentando sobrepeso 49,99% (9) e obesidade 11,11% (2).

Discussão

TABELA 1: Apresentação dos valores quanto a Idade, IMC e Distorção Corporal

	Media	Std. Deviation
IDADE	29,33	8,506
	Fa	%
ESTADO NUTRICIONAL		
Eutrófico	7	38,9
Sobrepeso	9	49,9
Obeso	2	11,1
DISTORÇÃO CORPORAL		
Ausência	4	22,2
Leve	9	50
Moderada	5	27,8

Foi encontrada insatisfação corporal na maioria dos indivíduos em eutrofia, 57% com distorção leve e 28,6% moderada, sendo este achado semelhante aos com sobrepeso. Os dois indivíduos obesos presentes na amostra se dividiram igualmente entre ausência e moderada distorção corporal.

Tabela 2: Associação entre o estado nutricional e o nível de distorção corporal dos pesquisandos.

Estado Nutricional	Distorção Corporal	Ausência	Leve	Moderada	Total
Eutrófico		1 (14,3%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	100%
Sobrepeso		2 (22,2%)	5 (55,6%)	2 (22,2%)	100%
Obeso		1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	100%
Total		4 (22,2%)	9 (50%)	5 (27,8%)	100%

Ao analisar mulheres com idade entre 18 e 39 anos, Souza (2013) mostrou que quanto maior o índice de massa corporal, maior a distorção corporal. Já, na presente investigação, ao contrário do constatado por parte da literatura, um indivíduo obeso estudado, apresentou ausência de distorção corporal. Segundo Almeida *et al.* (2005), pode-se existir uma submissão aos padrões sociais enquanto exigências pessoais, referidas à autopercepção corporal por parte de mulheres obesas. A alta prevalência de excesso de peso observada nos indivíduos do presente estudo pode ter relação com o modo de vida da população. Se faz necessária intervenção ou estratégias que revertam este quadro, pois o aumento de 20% do peso corpóreo eleva significativamente riscos para doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão arterial, doença coronariana, dislipidemias e diabetes mellitus tipo 2 (LIMA E SAMPAIO, 2007).

No presente estudo, nota-se que independente do estado nutricional a distorção corporal leve e moderada sobrepôs-se à ausência de distorção corporal, o que revela insatisfação com a autoimagem por parte dos indivíduos. O mesmo encontrado por Camargos e Ramos (2008), quando comparado indivíduos do sexo masculino aos indivíduos do sexo feminino. Estes últimos apresentaram maiores valores de índice de massa corporal, com sobrepeso e obesidade e prevalência de distorção corporal.

Conclusão

Os indivíduos avaliados apresentaram alta prevalência de insatisfação corporal e excesso de peso. É importante o desenvolvimento de estratégias que estimulem a aceitação corporal assim como a adoção de estilos de vida saudáveis, como por exemplo, uma intervenção de caráter multidisciplinar, capaz de gerar benefícios tanto na saúde física quanto emocional dessas pessoas.

Referências

ALMEIDA, G. A. N.; SANTOS, J. E.; PASLAM, S. R.; LOUREIRO, S. R. Percepção de tamanho e forma corporal de mulheres: estudo exploratório. Psicologia em Estudo. v.10, n.1, p.27-35, 2005.

BUENO, J.M. Estado nutricional, satisfação e percepção corporal em funcionários do Campus de Ribeirão Preto - USP. 2008. 100f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

CAMARGOS, J. R.; RAMOS M. Distorção de imagem corporal e obesidade em freqüentadores do pampulha iate clube de Belo Horizonte - MG. Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento, São Paulo v.2, n. 8, p.139-148, Mar/Abril.2008.

CASH T.; PRUZINSKY, T. Body Images. Development, deviance and change (pp. 337-349). New York: Guilford Press, 1990.

CASTILHO, S. M. A imagem corporal. São Paulo: ESETec Editores Associados, 2001.

CORDÁS T A. Cirurgia plástica e transtornos alimentares. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2005

CORDÁS, T. A.; CASTILHO, S. Imagem corporal nos transtornos alimentares: instrumento de avaliação: body shape questionnaire. Revista de Psiquiatria Biológica, São Paulo, v. 2, p. 17-21, 1994.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

DAMASCENO, V. O.; LIMA, J. R. P.; VIANNA, J. M.; VIANNA, V. R. A.; NOVAES, J. S. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. Revista Brasileira de Medicina do Esporte, v. 11, n. 3, p. 181 – 186, 2005.

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS (INAD). Obesidade e Desnutrição: Projeto Com Gosto de Saúde. [online]. Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: <<http://www.saude.rio.rj.gov.br>>. Acesso em: mar 2014.

JUNIOR, M. P.; JUNIOR, W. C.; SILVEIRA, F. V.. Percepção e distorção da auto imagem corporal em praticantes de exercício físico: A importância do exercício físico na imagem corporal. RBNE-Revista Brasileira de Nutrição Esportiva, v. 7, n. 42, 2013.

KAKESHITA, I. S.; ALMEIDA, S. S. Relação entre índice de massa corporal e a percepção da auto-imagem em universitários. Revista de Saúde Pública, v. 40, n. 3, p. 497 – 504, 2006.

LAUS, M. F.; NASCIMENTO, P. C. B. D.; ALMEIDA, S. S.; BRAGA COSTA, T. M. Determinantes ambientais do comportamento alimentar. In: Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011. p. 118 – 138.

LIMA, L.P.; SAMPAIO, H. A. C. Caracterização socioeconômica, antropométrica e alimentar de obesos graves. Cienc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n.4 , 1011 – 1020, jul.ago. 2007.

MAGALHÃES, V. C.; MENDONÇA, G. A. S. Transtornos alimentares em universitárias: estudo de confiabilidade da versão brasileira de questionários autopreenchíveis. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 8, n. 3, p. 236 – 245, 2005.

SOUZA, M.C.D.F.P.; VILELA L. E.; BARROSO, S. M.; SCORSOLINI, C. F. Padrões alimentares e imagem corporal em mulheres que frequentam academias de ginástica . vol.18, n. 3, ISSN 1413-8271, Psico-USF, 2013.

SOUZA-KANESHIMA, A. M.; FRANÇA, A. A.; KNEUBE, D. P. F.; KANESHIMA, E. N. Identificação de distúrbios de imagem corporal e comportamentos favoráveis ao desenvolvimento de bulimia nervosa em adolescentes de uma Escola Pública do Ensino Médio de Maringá, Estado do Paraná. Acta Scientiarum Health Science, v. 30, n. 2, p. 167-173, 2008.

Agradecimentos

Agradeço aos colegas do presente trabalho pela dedicação e companheirismo. Às voluntárias pela disponibilidade e paciência.

Formatado: Esquerda: 2 cm, Direita: 2 cm, Superior: 4 cm, Inferior: 2 cm, Início da seção: Contínuo, Largura: 29,7 cm, Altura: 42 cm

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTÍMULO À PARTICIPAÇÃO SOCIAL NA ÁREA DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL: UM LEVANTAMENTO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS PUBLICADOS COM ESSE ENFOQUE.

Alessandra Karla Oliveira Amorim (apresentadora) – alessandrakoa@hotmail.com - UECE

Marjorie Rafaela Lima do Vale - UECE

Andressa Lima Alves – UECE

Andressa Eslayne Caldas Sales - UECE

Maria Marlene Marques Ávila (Orientadora) – UECE

Palavras-chave: Participação social. Segurança alimentar e nutricional. Materiais Educativos e de Divulgação.

Resumo

O cumprimento do direito humano à alimentação adequada, componente essencial da Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) está intrinsecamente relacionado à participação social e entre os principais desafios que se apresentam à participação da sociedade civil está a dificuldade no acesso à educação e informação. Objetivou-se com este estudo identificar as publicações oficiais que subsidiam os cidadãos para o exercício da participação social na área de SAN. Para isso, realizou-se um levantamento dos materiais educativos sobre SAN produzidos no período de 2003 a 2013 tendo como foco, a participação social. Diante da diversidade de materiais educativos, optou-se por categorizá-los conforme sua natureza (cartilha, livro, vídeo), tema, público a quem se destina e instituição responsável pela sua publicação. Para resgate desses materiais fez-se a busca nos sites dos órgãos públicos, federais e estaduais, e das organizações não governamentais (ONGs) envolvidas com a SAN e que são responsáveis pelas publicações oficiais. Em relação à natureza das publicações encontradas, os materiais educativos foram categorizados em cartilhas (71,5%), livros ou capítulos de livros (21,4%) e vídeos (7,1%), totalizando 14 materiais. Quanto ao órgão responsável pelas publicações, tem-se que 42,9% foram publicados por ONGs e 57,1% por órgãos públicos oficiais, como o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. A temática participação social foi abordada sobre diferentes perspectivas e para melhor compreensão dos materiais levantados, eles foram distribuídos em três subcategorias temáticas: apoderamento da sociedade civil, criação de conselhos de SAN nos diferentes níveis governamentais e controle social.

Introdução

A segurança alimentar e nutricional (SAN) está fundamentada na Declaração Universal dos Direitos Humanos das Nações Unidas e baseia-se no princípio de que todo ser humano tem direito à alimentação digna, de modo que assegure o seu bem-estar e saúde (VALENTE, 2003).

No Brasil, a temática da Segurança Alimentar e Nutricional apareceu pela primeira vez mais fortemente como referência de uma proposta de política contra a fome na década de 1980, tendo assumido em anos posteriores posição central de discussão na agenda governamental, resultando na elaboração de iniciativas como a Estratégia Fome Zero em 2003, a promulgação da Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional em 2006 e a reformulação da Política Nacional de Alimentação e Nutrição em 2012 (MALUF, 2011).

A realização do direito humano à alimentação adequada (DHAA) está indivisivelmente ligado à dignidade da pessoa humana, sendo portanto fundamental que a execução e a implantação das políticas, programas e ações públicas relacionadas à esta temática, sejam garantidas por um processo democrático, participativo e inclusivo (ABRANDH, 2010).

A participação social, no contexto da Segurança Alimentar e Nutricional, tem avançado muito nos últimos anos, tendo inúmeras organizações da sociedade civil se engajado e se colocado a tarefa de incorporar aspectos específicos da Segurança Alimentar e Nutricional em sua atuação. Silva (2005) afirma que, entre os principais desafios que se apresentam à participação da sociedade civil, está a dificuldade no acesso à educação e informação.

A difusão de informações por meio de materiais educativos possibilita a aquisição de poder técnico e consciência política, facilita o processo de ensino-aprendizagem, reforça orientações previamente fornecidas, colabora para a uniformização das orientações, além de estimular os indivíduos para a ação (KUBOTA *et al.*, 1980; BUSS, 2003; ECHER, 2005).

Sabendo-se da importância da participação social para a garantia da SAN e do papel que os materiais educativos podem desempenhar nesse processo, objetivou-se com este estudo identificar as publicações oficiais que subsidiam os cidadãos para o exercício da participação social na área de SAN.

Metodologia

Este estudo é um recorte de uma pesquisa mais ampla sobre a participação social na área da segurança alimentar e nutricional desenvolvida no Mestrado Acadêmico em Nutrição e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Para este recorte foi realizada uma pesquisa on-line nos sites dos Ministérios, Conselhos, Associações e Redes de atenção envolvidas diretamente com a SAN e que são responsáveis pelas publicações oficiais, tanto na esfera nacional quanto estadual, como: Conselhos de Segurança Alimentar e Nutricional (CONSEAs) Nacional e estaduais, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), Controladoria Geral da União (CGU), Rede SAN, Rede Nacional de Mobilização Social (COEP), Rede Brasileira de Alimentação e Nutrição do Escolar (REBRAE), Ação Brasileira pela Nutrição e Direitos Humanos (ABRANDH).

Realizou-se um levantamento dos materiais educativos disponibilizados nos sites das referidas instituições, publicados no período de 2003 a 2013. Após esse primeiro momento, realizou-se a triagem dos materiais que seriam norteadores dessa pesquisa, com base nas palavras chaves participação social e controle social.

Diante da diversidade de materiais educativos, optou-se por categorizá-los conforme sua natureza (cartilha, livro, vídeo), tema, público a quem se destina e instituição responsável pela sua publicação. Os resultados apresentados são parciais, uma vez que o estudo maior encontra-se na fase de qualificação junto ao programa de pós-graduação.

Resultados e Discussão

No período de dez anos proposto por este levantamento foram encontrados catorze materiais educativos sobre participação social na área de SAN, quantidade ainda pequena quando comparada ao espaço de tempo e aos locais de pesquisa - principalmente no que tange aos CONSEAs, já que foi realizada a busca no site do conselho da união e de todos os estados brasileiros.

Em relação à natureza das publicações encontradas, os materiais educativos foram categorizados em cartilhas (71,5%), livros ou capítulos de livros (21,4%) e vídeos (7,1%). Quanto ao órgão responsável pelas publicações, tem-se que 42,9% foram publicados pelas Organizações não Governamentais (ONG's), ABRANDH, REBRAE, Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP), COEP, Instituto Pólis e Instituto Kairós, e 57,1% por órgãos públicos oficiais, como o MDS, MAPA, CGU e CONSEAs Nacional e estaduais. A temática

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

participação social foi abordada sobre diferentes perspectivas e para melhor compreensão dos materiais levantados, eles foram distribuídos em três subcategorias temáticas: apoderamento da sociedade civil, criação do conselho de SAN e controle social.

a) Apoderamento da Sociedade Civil

No ano de 2003, o Instituto Pólis publicou o livro “Fortalecimento da sociedade civil em regiões de extrema pobreza”, evidenciando o papel das organizações comunitárias e das iniciativas de mobilização popular como determinantes para a defesa dos direitos humanos e da melhoria da qualidade de vida. No ano de 2005, foi lançada a cartilha “Direito ao Alimento que Nutre”, pelo Centro de Criação de Imagem Popular (CECIP), abordando de forma didática o estímulo ao apoderamento da sociedade civil para a garantia desse direito, apresentando como espaços para participação social os fóruns e conselhos de SAN.

Em 2007, a ABRANDH em parceria com a FAO lançaram o vídeo “Peraí, é nosso direito”, que aborda a experiência de luta pela garantia e efetivação dos direitos humanos, em especial o direito humano à alimentação adequada, em duas comunidades nordestinas. Em 2008, a COEP divulgou o livro “Das ruas às redes: 15 anos de mobilização social na luta contra a fome e a pobreza” e em 2010, o MDS dedicou um capítulo do volume 1 do livro “Fome Zero: uma história brasileira” para abordar essa trajetória da participação social na luta pela exigibilidade do direito à alimentação.

Considera-se que os referidos materiais contribuem e subsidiam o exercício da participação social na área de SAN, já que apresentam iniciativas da sociedade em diferentes setores, estratégias consideradas fundamentais para que a SAN se configure, agregando, conforme destacado por Burlandy (2011), diferentes aspectos como a promoção da saúde, cultura alimentar, sustentabilidade econômica, social e ambiental.

b) Criação do Conselho de SAN

A temática “Como criar um Conselho Municipal de Segurança Alimentar e Nutricional” é debatida pelo Consea Nacional em cartilhas publicadas nos anos 2003 e 2011, refletindo o contexto de deliberações desses períodos. No ano de 2003, esse enfoque justifica-se pela recriação dos espaços de participação social, como o CONSEA nacional e a II Conferência Nacional de Segurança Alimentar (2004), havendo a necessidade de orientações sobre como estruturar esses espaços (ROCHA, 2008).

Com a aprovação da Lei 11.346/2006, Lei Orgânica de Segurança Alimentar (LOSAN), e com a realização das III e IV Conferências Nacionais de SAN, intensificaram-se as discussões referentes ao Sistema Nacional de SAN (SISAN) e à necessidade de estruturação dos Conseas nas três esferas governamentais, para o fortalecimento desse sistema. Dessa forma, a temática criação do Consea Municipal também passou a ser uma preocupação estadual, conforme evidenciado na publicação “Capacitação dos Conselheiros”, do Consea Ceará em 2010 (BRASIL, 2006).

c) Controle Social

O Controle Social foi temática de cartilhas publicadas nos anos 2008, 2010 e 2011. Neste primeiro ano, o MAPA lançou uma cartilha denominada “Controle Social: na venda direta ao consumidor de produtos orgânicos sem certificação”. Em 2010, o MDS lançou duas cartilhas, intituladas “Guia de atuação das instâncias de controle social do Programa Bolsa Família (PBF)” e “Exercendo o controle social do PBF”; a Controladoria-Geral da União publicou “Programa Bolsa Família: Orientações para acompanhamento das ações do PBF” e a REBRAE divulgou “O conselho de alimentação escolar e o controle social”. Já em 2011, o Instituto Kairós, publicou a cartilha “Caminhos para Práticas de Consumo Responsável: Controle Social na Alimentação Escolar”.

As cartilhas supracitadas apresentam orientações para estimular o controle social em diferentes contextos - escolar, assistencial ou agroecológico- visando garantir o direito humano à alimentação adequada, por meio da participação social. A ABRANDH (2013) conceitua o controle social como uma forma de participação da sociedade em ações de acompanhamento e vigilância das políticas públicas, dos recursos financeiros investidos e das ações governamentais, visando a garantia dos direitos humanos e a efetividade das implementações.

Conclusão

As publicações até aqui identificadas são estratégias didáticas importantes para a socialização do material educativo produzido na área de segurança alimentar e nutricional com ênfase na participação social. A divulgação desses materiais torna-se relevante, já que eles possuem uma linguagem mais acessível à população, reúnem experiências de participação social em diferentes espaços de SAN, podendo servir de estímulo para populações que não participam das discussões das políticas públicas de SAN em suas localidades ou que desconhecem o direito à alimentação adequada.

A grande dificuldade para o levantamento dos materiais educativos desse estudo deve-se ao enfoque escolhido: participação social. Revela-se, pois, uma realidade dicotômica em relação às publicações online, já que existem muitas com abordagem geral de SAN, mas poucas com essa especificidade. Ressalta-se que a participação social deveria ser mais enfatizada, já que a própria garantia do direito humano à alimentação adequada e reconhecimento da SAN, da forma ampla como se discute atualmente, se devem às mobilizações da sociedade civil.

Referências

_____. Controladoria-Geral da União. **Programa Bolsa Família: orientações para acompanhamento das ações do Programa Bolsa Família**. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. **Controle social na venda direta ao consumidor de produtos orgânicos sem certificação**. Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Secretaria de Desenvolvimento Agropecuário e Cooperativismo. – Brasília: Mapa/ACS, 2008

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Exercendo o controle social do programa bolsa família**. Brasília, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Guia de atuação das instâncias de controle social do programa bolsa família**. 2. ed., Brasília, 2010.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Fome Zero: Uma História Brasileira**. Brasília, DF: MDS, Assessoria Fome Zero, V. 1, 2010. 190 p.

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). **Direito humano à alimentação adequada no contexto da segurança alimentar e nutricional**. Brasília, 2010.

AÇÃO BRASILEIRA PELA NUTRIÇÃO E DIREITOS HUMANOS (ABRANDH). **O Direito humano à alimentação adequada e o Sistema de Segurança Alimentar e Nutricional**. Brasília: ABRANDH, 2013.

BADUE, A.F.B.; CHMIELEWSKA, D. **Controle social na alimentação escolar**. São Paulo: Instituto Kairós, 2011.

BARBAN, V. **Fortalecimento da sociedade civil em regiões de extrema pobreza**. São Paulo, Instituto Pólis, 2003. 100p.

BRASIL. **Lei Orgânica de Segurança Alimentar e Nutricional (LOSAN)**. Cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional - SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada e dá outras providências. Lei no. 11.346, de 15 de setembro de 2006.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BURLANDY, L. A atuação da sociedade civil na construção do campo da Alimentação e Nutrição no Brasil: elementos para reflexão. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.1, p. 63-72, 2011.

BUSS, P.M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D; FREITAS, CM. Promoção da Saúde – conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.15-37.

CENTRO DE CRIAÇÃO DE IMAGEM POPULAR (CECIP). **Direito ao alimento que nutre**. CECIP/CESE/IBASE, 2005.

CONSELHO NACIONAL DE SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL (CONSEA). **Como criar o Conselho Municipal de Segurança Alimentar Nutricional**. Brasília: CONSEA, 2011

ECHER, I.C. Elaboração de manuais de orientação para o cuidado em saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 5, p.754-7, 2005.

KUBOTA, N. *et al.* Avaliação de material educativo: adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. **Rev. Saúde Pública**, v. 14, n. 1, p.101-22, 1980.

MALUF, R.S. **Segurança Alimentar e Nutricional**. 3a ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

REDE BRASILEIRA DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO ESCOLAR (REBRAN). **O conselho de alimentação escolar e o controle social**. Curitiba: REBRAN, 2010.

REDE NACIONAL DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL(COEP). **Das ruas às redes: 15 anos de mobilização social na luta contra a fome e a pobreza**. Rio de Janeiro : COEP, 2008. 452 p.

ROCHA, E. G. **Direito à alimentação**: políticas públicas de segurança alimentar sob uma perspectiva democrática e constitucional. 2008. 159 f. Dissertação (Mestrado em Direito)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

SILVA, M.O.S.Participação social nas políticas de Segurança Alimentar e Nutricional. **Revista de Políticas Públicas**, n. 9, v.2, p.41-49, 2005.

VALENTE, F. L. S. Fome, desnutrição e cidadania: inclusão social e direitos humanos. **Saúde e Sociedade**. n.12, v.1, p. 51-60, 2003.

Agradecimentos

Agradecemos à agência financiadora CAPES pela concessão da Bolsa de mestrado.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE SOBRE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EM CENTRO DE DESENVOLVIMENTO FAMILIAR.

Juliana Cunha Maia –Acadêmica da Universidade Federal do Ceará – UFC. Membro do grupo de Pesquisa Práticas Cuidativas ao ser Idoso. Bolsista FUNCAP. julianacmaia.cunha@gmail.com

Ingridy da Silva Medeiros – Acadêmica da Universidade Federal do Ceará.

Mariana Alves Firmeza – Acadêmica da Universidade Federal do Ceará.

Marília Braga Marques – Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará. Doutoranda da Universidade Federal. Professora da Universidade Federal do Ceará.

Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante – Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Membro do grupo de Pesquisa Práticas Cuidativas ao ser Idoso

Janaina Fonseca Victor Coutinho – Enfermeira. Doutora e professora da Universidade Federal do Ceará – UFC.

Palavras-chave:Educação em Saúde. Métodos Contraceptivos. Contracepção. Roda de Conversa.

Resumo

O estudo tem como objetivo demonstrar a importância do uso das estratégias de Educação em Saúde pelos profissionais de Enfermagem nos Centros de Desenvolvimento Familiar. Trata-se de um relato de experiência, descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em maio de 2014, em um Centro de Desenvolvimento Familiar do município de Fortaleza. A o grupo foi constituído de 10 mulheres que consultavam-se anualmente no CEDEFAM. Foram realizados roda de conversa e jogos como estratégias de condução do momento e ao todo, teve duração de 2 horas. Durante a realização das estratégias, comprou-se a carência de informações e de uso de métodos contraceptivos durante a realização do ato sexual. Após o questionamento sobre a eficácia da estratégia e os novos conhecimentos sobre métodos contraceptivos, principalmente camisinhas femininas, as participantes demonstraram resultados positivos e responderam 90% dos questionamentos durante o jogo corretamente. Ademais, realizou-se apresentação e estímulo ao uso de camisinhas femininas e à realização do autocuidado.

Introdução

A estratégia educativa realizada no Centro de Desenvolvimento Familiar utilizou duas técnicas de educação: Roda de Conversa e Jogos. O tema abordado trata-se de Métodos Contraceptivos e Doenças Sexualmente Transmissíveis. Este tema foi escolhido após a realização de uma investigação temática, por meio da qual a enfermeira da instituição responsável pelo acompanhamento do público feminino foi questionada sobre qual o tema de maior relevância para a promoção da saúde daquela comunidade. A resposta, por sua vez, correspondeu à necessidade do conhecimento sobre os métodos contraceptivos e à importância de esclarecimento sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Assim como nos artigos “Jogo educativo como estratégia de Educação em Saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS”; O conhecimento das mulheres sobre o uso do preservativo feminino”; e “Roda de conversa com adolescentes e (des) construção de mitos e realidades sobre DSTs/AIDS e métodos contraceptivos”, observa-se a importância de haver uma introdução aprofundada e um estímulo da mulher para expressar a sua sexualidade e optar pela forma mais adequada de promover o auto cuidado, fazendo uso de métodos propícios à promoção da saúde. No artigo “O conhecimento das mulheres sobre o uso do preservativo feminino”, nenhuma mulher relatou já ter feito uso da camisinha feminina, isto evidencia a necessidade de divulgação, de acompanhamento e de explicações mais aprofundadas para ocorrer a mudança de comportamento.

A soma das técnicas de Roda de Conversa e de Jogos ocorreu, devido à necessidade de estabelecimento da educação em saúde concomitante com a constatação da aprendizagem através destes jogos. A roda de conversa é uma técnica eficaz, na qual há flexibilização do espaço e do tempo, além de proporcionar uma relação de homogeneidade, de troca de experiências e estímulo às habilidades sociais (falar e escutar), todos estes benefícios são eficazes na construção do conhecimento em curto prazo, principalmente em grupos de sala de espera. Os jogos por sua vez, constituem uma maneira simples e efetiva de discutir sobre um tema de forma mais leve e tranquila, impulsionada tanto pela busca do conhecimento, quanto pela vontade de conseguir a vitória. Além disso, promove a aproximação e o diálogo entre os indivíduos do grupo, fazendo com que haja aprendizado e constatação deste.

Metodologia

Trata-se de sistematização de prática, realizada com 10 mulheres pertencentes à faixa etária entre 20 e 50 anos, que se encontravam à espera do atendimento pra a realização de consulta e exames de prevenção anuais, no CEDEFAM - Centro de Desenvolvimento da Família da UFC. Foi realizado um encontro com duração de 2 horas, na sala de acolhimento ao lado da sala de espera do local, que se deu através da metodologia Roda de Conversa, nos quais foram abordados os temas: métodos contraceptivos e doenças sexualmente transmissíveis.

A estratégia educativa divide-se em três momentos. O primeiro momento ocorreu de forma dialógica, e os temas eram abordados à medida que as próprias participantes demonstravam interesse e dúvidas. Um material demonstrativo sobre os métodos foi apresentado a cada uma das integrantes e foram explanados sobre modo de uso, período, eficácia e capacidade de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Foram realizadas demonstrações da forma correta de uso dos preservativos masculino e feminino e foram mostrados outros métodos como o DIU (Dispositivo Intra – Uterino), modelo de DIU no útero, diafragma, injeção, anticoncepcional oral, pílula do dia seguinte e gel espermicida, dando a oportunidade às participantes de conhecer, pegar e sentir a espessura e o tamanho de cada método contraceptivo.

No segundo momento, realizou-se um jogo com o uso de dado e de perguntas correspondentes a cada número do dado. As perguntas foram a seguintes: 1) Qual método contraceptivo é mais eficiente para evitar a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis? (R: camisinha); 2) Qual método contraceptivo só pode ser introduzido pelo médico? (R: DIU); 3) Qual método contraceptivo pode ser lavado após a relação sexual e usado nas próximas relações? (R: Diafragma); 4) Cite algumas doenças sexualmente transmissíveis. (AIDS, Sífilis, Herpes...); 5) Quando a pílula do dia seguinte pode ser utilizada? (Apenas em situações de emergência); 6) Como colocar a camisinha feminina? (Uma das participantes demonstrou corretamente em um modelo de acrílico do aparelho reprodutor feminino). O jogo permitiu a avaliação da estratégia educativa pelo grupo, através do retorno e das respostas das participantes.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O terceiro momento constituiu-se da avaliação feita pelas próprias participantes sobre a satisfação com a estratégia educativa realizada pelo grupo.

Resultados

As clientes foram muito receptivas, apesar da ansiedade de serem chamadas para a realização da consulta. Mostraram-se dispostas a participar das atividades, roda de conversa e jogo.

e

Discussão

Ao ser questionado o que as participantes já conheciam previamente sobre métodos contraceptivos e quais já haviam tido contato ou usado uma delas respondeu: “Meu marido só me usa com camisinha, porque já tive raladura no útero e o médico me alertou sobre a importância do cuidado. Mas, antes, eu usava somente pílulas anticoncepcionais mesmo.” Outra participante era virgem, e as demais usavam tabelinha ou injeções.

A maioria relatou que faz regularmente consultas de prevenção, apenas a moça que era virgem não tinha esse hábito constante, apesar de ter 40 anos.

Foi questionado “Como é a relação e o diálogo com o parceiro sobre o uso de métodos contraceptivos, como a camisinha?”. As respostas indicavam que o diálogo era bom e satisfatório, mas apenas o marido usava a camisinha, quando usava. Ou seja, o grau de autonomia dessas mulheres com relação à prevenção de DSTs é muito baixo.

Nenhuma das mulheres conhecia a camisinha feminina ou havia a visto anteriormente, portanto, demonstraram curiosidade e rejeição inicial ao verem o tamanho e a forma. Inicialmente, não demonstraram motivação para usar.

Foi observado o desconhecimento por parte das participantes em relação ao uso demasiado de pílulas do dia seguinte.

Ao serem feitas as seguintes perguntas: “O que significa prevenção para você?” e “Complete a frase: Prevenção é ...” diversas respostas surgiram, como: “Prevenção é bom.” “Prevenção é segurança.” “Eu que sou quente, devo usar e ter conhecimentos.” “Prevenção é importante.” “É bom saber, vai que ainda encontro um esposo, né?”

* Para a verificação dos resultados e para melhor fixação dos conhecimentos e experiências compartilhados, foi realizado um jogo com o uso de dado e de perguntas correspondentes a cada número do dado.

1) Qual método contraceptivo é mais eficiente para evitar a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis? (R: camisinha)

2) Qual método contraceptivo só pode ser introduzido pelo médico? (R: DIU); 3) Qual método contraceptivo pode ser lavado após a relação sexual e usado nas próximas relações? (R: Diafragma);

4) Cite algumas doenças sexualmente transmissíveis. (AIDS, Sífilis, Herpes.). 5) Quando a pílula do dia seguinte pode ser utilizada? (Apenas em situações de emergência);

6) Como colocar a camisinha feminina? (A mulher demonstrou corretamente em um modelo de acrílico do aparelho reprodutor feminino).

A partir da resposta correta a essas perguntas, concluímos que a estratégia foi eficiente no compartilhamento de conhecimentos essenciais, principalmente, para que essas mulheres se previnam melhor das DST's

O local escolhido por nós foi um sala de espera. Esse ambiente geralmente é associado a uma espera prolongada para a consulta, assim, o tempo se torna ocioso e as pessoas ficam mais inquietas. Estratégias como a que nós realizamos têm entre seus objetivos a transformação desse tempo ocioso em um tempo útil, por exemplo, por meio do esclarecimento de dúvidas dos pacientes ou da realização de atividades que tornem o tempo menos ocioso resultando em diminuição da ansiedade.

Os maiores obstáculos encontrados para realização da estratégia foram: fluxo variável e contínuo de pessoas e preocupação dos usuários em relação ao momento de serem chamados. Para superarmos esses obstáculos utilizamos a técnica roda de conversa, que é de fácil engajamento mesmo após a saída para consulta seguida de posterior retorno a atividade; além disso, entramos em acordo com as enfermeiras para que as pacientes fossem chamadas onde a atividade estava sendo realizada em busca de diminuir a apreensão das clientes com relação ao momento da consulta.

Os objetivos de orientar sobre o uso de métodos contraceptivos e como estes podem evitar DST's foram alcançados, uma vez que através de discussão observou-se e indagou-se às mulheres que participaram sobre o que aprenderam e se o nosso objetivo de transmitir o conhecimento foi alcançado. Procurou-se estimular as mulheres a adquirirem novos conhecimentos e à promoção do autocuidado.

A partir do estudo realizado, pode-se inferir a grande necessidade existente de divulgação e orientação a respeito do preservativo feminino, ressaltando os benefícios que este método oferece e o quanto ele pode modificar padrões e tabus vividos pelos casais. Com relação ao preservativo feminino, constatou-se que este certamente poderá ser aliado efetivo no combate as doenças sexualmente transmissíveis e com o incentivo das equipes de saúde, com a realização de mais estratégias como estas, irá tornar-se popularmente conhecido assim como o masculino.

Conclusão

Conclui-se que a atividade realizada foi eficaz, pois se obteve um *feed back* positivo com as participantes. Constatou-se através do jogo que as informações foram compreendidas pelas mulheres, pois elas responderam corretamente a maioria das perguntas. Além disso, na avaliação final de desempenho do grupo, observaram-se boas notas, logo, a atividade foi útil para ampliar o conhecimento das participantes sobre os métodos contraceptivos. Em adição, a técnica utilizada, roda de conversa, proporcionou uma maior aproximação entre as facilitadoras e as participantes devido à posição das cadeiras em círculo, ou seja, desde o início da atividade, as mulheres se sentiram mais à vontade para interagir durante a prática. Ademais, esse método pode proporcionar a troca de experiências, a autonomia dos sujeitos e a comunicação efetiva, além de contribuir para a promoção da saúde. Portanto, diante dos fatos, observa-se que a estratégia educativa aplicada é de extrema importância, pois, a roda de conversa facilita o desenvolvimento do cuidado na enfermagem, seja no atendimento de pacientes ou na qualificação de acadêmicos.

Referências

OLIVEIRA, Jéssica Cristina P.; WIEZORKIEWICZ, Adriana M. O conhecimento das mulheres sobre o uso do preservativo feminino.

QUEIROZ, Maria Veraci O.; PRATA, Kerley Menezes S.; CAVALEIRO, Laura M. M. Roda de conversa com adolescentes e (des) construção de mitos e realidades sobre DSTs/AIDS e métodos contraceptivos.

BARBOSA, Stella Maia; Jogo educativo como estratégia de educação em saúde para adolescentes na prevenção às DST/AIDS.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE VOLTADA À PROMOÇÃO DA SAÚDE DA MULHER

Jamilly Vital de Freitas (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará; Email: soljvf@hotmail.com

Maria Célia de Freitas – Universidade Estadual do Ceará

Lúcia de Fátima da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Maria Vilani Cavalcante Guedes (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Educação em saúde. Promoção da saúde. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência de desenvolver em um ambiente universitário uma estratégia educativa voltada à promoção da saúde da mulher. Trata-se de um relato de experiência realizado em uma Universidade Estadual no período entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014. Com o propósito de promoção da saúde da mulher no ambiente institucional da universidade, foi realizado um convite às mulheres presentes na instituição para participar da pesquisa. O sujeito escolhido foi uma mulher de 50 anos, prestadora de serviço na instituição e a escolha ocorreu por conveniência. A pesquisada aceitou participar espontaneamente do estudo e para execução da atividade educativa, foi realizada uma consulta de enfermagem. As consultas de enfermagem aconteceram em três momentos no espaço do Ambulatório de Saúde Coletiva. Com base nos problemas identificados na primeira consulta de enfermagem, a segunda consulta constitui-se por uma atividade educativa e utilizou-se uma cartilha criada pela pesquisadora. A cartilha abordou as temáticas por meio de uma linguagem simples e concisa, além de ilustrações que facilitassem o entendimento das informações. Na terceira consulta, observou-se as seguintes metas alcançadas: início de exercícios físicos, mudança de hábitos nutricionais, marcação de exames preventivos e utilização de protetor solar; além disso, esclareceu novas dúvidas e reforçou a continuação da prática de hábitos saudáveis. Após a atividade de educação em saúde, a participante mostrou-se apta a adoção de um estilo de vida saudável e a estratégia educativa foi considerada de grande importância por proporcionar ampliação de conhecimentos e melhoria da qualidade de vida da mulher.

Introdução

A Enfermagem é uma profissão que possui o seu cuidar transpassado na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, permanecendo comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e coletividade.

Dentre suas ações, a promoção da saúde vem se destacando por ser considerada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das estratégias de produção de saúde e por contribuir para a construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde e enfoca os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso país (BRASIL, 2010).

A promoção da saúde é fator determinante na prevenção de agravos à saúde, logo concentra seus esforços na construção de um modelo de atenção que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos.

As práticas de promoção da saúde possuem enfoque amplo e buscam o protagonismo para identificar e enfrentar os macrodeterminantes do processo saúde-doença, transformando-os, favoravelmente, em direção à saúde (GURGEL, 2011).

Logo, o enfermeiro como membro de uma equipe multiprofissional precisa utilizar-se das diversas tecnologias, para desempenhar no âmbito do ensino-serviço-comunidade a função de educador e promotor da saúde, exercendo com criatividade e competência a arte do cuidar (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

A tecnologia educativa surge como instrumento disponível que facilita o processo de ensino-aprendizagem, proporcionando o desenvolvimento de habilidades e mediando a transmissão de conhecimentos para o cuidado (BARROS et al., 2012).

Deste modo, a educação em saúde surge como instrumento de empoderamento dos sujeitos na melhoria da promoção a sua saúde, a partir de sua realidade de vida e uma estratégia indissociável do trabalho da enfermagem, no processo de educação popular (SOUZA et al., 2014).

Os manuais de cuidado em saúde, folhetos e cartilhas são capazes de promover resultados expressivos para os participantes das atividades educativas (REBERTE; HOGA; GOMES, 2012). Ocorre, então, a necessidade da elaboração e inserção destas tecnologias educativas para atuação da enfermagem frente às demandas relacionadas à promoção da saúde.

O estudo visa contribuir no desempenho dos profissionais de enfermagem na promoção da saúde e estimular o uso de tecnologias educativas no contexto da saúde da mulher.

Desta forma, o presente estudo possui como objetivo relatar a experiência de desenvolver em um ambiente universitário uma estratégia educativa voltada à promoção da saúde da mulher.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, desenvolvido em uma Universidade Estadual no período entre dezembro de 2013 e janeiro de 2014, durante a Disciplina de Conceitos e Práticas de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde cursada na pós-graduação. Representa um recorte da pesquisa intitulada "Prática clínica de enfermagem: fundamentação teórica e classificações para as práticas", aprovada pelo comitê de ética em pesquisa, obtendo número de parecer 446.753.

Com o propósito de promoção da saúde da mulher no ambiente institucional da universidade, foi realizado um convite às mulheres presentes na instituição para participar da pesquisa. O sujeito escolhido para o estudo foi uma mulher de 50 anos, prestadora de serviço na instituição e que não utilizava os serviços de saúde. A escolha desta ocorreu por conveniência.

A pesquisada aceitou participar espontaneamente do estudo, no qual foi esclarecida sobre a realização do mesmo e a confidencialidade das informações, tendo assinado o Termo de Conhecimento Livre Esclarecido, conforme o preconizado pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que se refere aos aspectos éticos para pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Como estratégia para a construção e execução da atividade educativa, foi realizada uma consulta de enfermagem. As consultas de enfermagem aconteceram em três momentos no espaço do Ambulatório de Saúde Coletiva da universidade, que compreende um consultório com dois compartimentos, sendo um ambiente fechado, o que garantiu a privacidade da participante.

O primeiro momento caracterizou-se pela anamnese e exame físico da participante, a fim de detectar suas demandas; o segundo e o terceiro momento envolveram as atividades educativas com vistas à promoção da saúde.

Resultados

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Na primeira consulta de enfermagem, identificou-se que a participante tinha 50 anos, era casada, possuía primeiro grau incompleto e trabalhava como zeladora da universidade há 23 anos. Esta relatou que seu pai faleceu por problemas cardiovasculares; ao exame físico apresentou-se pele ressecada com manchas hipercrômicas advindas do sol; refere dieta rica em sal, açúcares e alimentos gordurosos; faz as refeições apenas no horário do almoço e jantar; não apresenta conhecimento acerca de sua saúde; não pratica atividade física; relata nunca ter realizado exame ginecológico e mamografia; não utiliza os serviços de saúde, mas demonstra interesse em cuidar de sua saúde; seu valor pressórico enquadrou-se na classificação de hipertensão estágio I e o Índice de Massa Corpórea identificou sobrepeso.

Com base nestes problemas, a segunda consulta constitui-se por uma atividade educativa individual e utilizou-se como material uma cartilha criada pela pesquisadora. As evidências nortearam a elaboração de uma cartilha de saúde da mulher, que foi construída com foco: no autoconhecimento da mulher, a fim de que procure cuidar de si; na realização do autoexame da mama e do exame ginecológico, já que nunca havia realizado; na hipertensão, pois sua pressão arterial apresentou acima do valor normal; na alimentação saudável, visto que ingeri comidas salgadas, gordurosas e refrigerantes; e na realização de exercícios físicos, já que não realiza nenhuma atividade física; e na proteção contra a exposição solar.

A cartilha abordou as temáticas por meio de uma linguagem simples e concisa, além de ilustrações que facilitassem o entendimento das informações. Com o material, buscou-se: identificar junto da participante os fatores internos e externos capazes de acentuar a motivação para comportamentos saudáveis, como também enfatizar os benefícios a serem obtidos por comportamentos positivos; oferecer informações adequadas sobre as necessidades nutricionais; estimular o paciente no planejamento das atividades recreativas e enfatizar os benefícios a serem obtidos por atividades preventivas e de lazer voltadas para a melhora da qualidade de vida.

A terceira consulta identificou as metas alcançadas com a cartilha, como: início de exercícios físicos, mudança de hábitos nutricionais, marcação de exames preventivos e utilização de protetor solar; esclareceu novas dúvidas e reforçou a continuação da prática de hábitos saudáveis.

Portanto, observou-se que as demandas encontradas poderiam ser alicerçadas em intervenções vinculadas às ações de promoção da saúde, visto que por meio de ações educativas e preventivas prioriza a autorresponsabilidade, a adoção de um estilo de vida saudável, a redução dos fatores de risco e melhoria da qualidade de vida (OLIVEIRA et al., 2014).

Além disso, diante do meio no qual a participante está inserida, a literatura destaca que a associação entre o meio universitário e a promoção da saúde deve existir como forma de motivar a comunidade acadêmica para que a universidade incorpore a promoção da saúde em seu projeto (MUNOZ; CABIESES, 2008).

No estudo foi priorizado as atividades de educação em saúde, já que a maioria das demandas tinham forte relação com o desconhecimento de hábitos saudáveis e atitudes preventivas, e também por suscitar a participação ativa da mulher em prol de sua saúde.

Por meio de uma atividade educativa que utilizou uma cartilha criada sobre a Saúde da Mulher, incentivou-se os comportamentos e atitudes necessárias para o alcance de uma vida saudável. A cartilha foi considerada esclarecedora para a participante e um momento importante para suprir suas dúvidas. Além disso, permitiu sua autoavaliação, o estabelecimento de metas no seu plano de cuidados e o comprometimento em iniciar hábitos centrados na melhoria da sua saúde.

As ações educativas permitem discutir e formular estratégias com a própria mulher com vistas a buscar sua saúde nas diferentes mudanças e adaptações que terá que enfrentar no decorrer de sua vida, tomando como ponto de partida seus saberes e experiências (CEOLIN et al., 2009).

Um dos papéis do enfermeiro diz respeito ao seu trabalho como educador e que ele é considerado ideal para comandar atividades de cunho educativo em sua prática assistencial. Para tal, o enfermeiro deve aproveitar as oportunidades dos ambientes de cuidado de saúde internos e externos para facilitar o bem-estar da comunidade ou cliente sob sua responsabilidade (OLIVEIRA; MOREIRA; SANTIAGO, 2014).

Conclusão

A educação em saúde foi uma intervenção realizada junto da participante devido à presença de conhecimento deficiente, falta de familiaridade com os recursos de informação, compreensão inadequada sobre a prevenção de problemas de saúde e fatores de risco relacionados à alimentação.

Logo, foram trabalhados os conhecimentos de saúde e os comportamentos de vida atuais, esclarecido as crenças e os valores de saúde, por meio da utilização de um material educativo criado ao público alvo. Além disso, buscou-se o envolvimento da participante na implementação dos planos para modificação do estilo de vida e enfatizou-se a importância de padrões saudáveis de alimentação, sono e exercício.

Após a atividade de educação em saúde, a participante mostrou-se apta a adoção de um estilo de vida saudável e a estratégia educativa foi considerada de grande importância por proporcionar ampliação de conhecimentos e melhoria da qualidade de vida da mulher.

Conclui-se que a promoção da saúde por meio da realização de estratégia atividade educativa é uma ação primordial da enfermagem para ampliar o conhecimento dos sujeitos a respeito da saúde, para enfatizar o desenvolvimento hábitos saudáveis e por permitir um processo de empoderamento na melhoria da promoção a sua saúde a partir da realidade.

Referências

- BARROS, E.J.L. et al. Gerontotecnologia educativa voltada ao idoso estomizado à luz da complexidade. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, p.95-101, 2012.
- BRASIL.**Conselho Nacional de Saúde**.Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília (DF); 2010.60 p.
- CEOLIN, R. et al. Educação em saúde como ferramenta integral a saúde da mulher: uma reflexão teórica. **Rev. Enfermagem.**, v.4, n.5, p.127-137, 2009.
- GURGEL, M.G.I. et al. Promoção da saúde no contexto da estratégia saúde da família: concepções e práticas da enfermeira. **Esc. Anna Nery**, v.15, n.3. p.610-615, 2011.
- MUNOZ, M.; CABIESES, B. Universidades y promoción de la salud: cómo alcanzar el punto de encuentro? **Rev. Panam. Salud Publica**, v.24. n.2, p. 139-46, 2008.
- OLIVEIRA, D.C.; MOREIRA, T.M.M.; SANTIAGO, J.C.S. Ações de cuidado de enfermagem à saúde do trabalhador: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v.8, n.4, p.1072-80, 2014.
- OLIVEIRA, E.S. et al. Política nacional de promoção da saúde e a prática de enfermagem: revisão integrativa. **Rev. Enferm. UFPE on line.**, v.8, n.3, p.735-41, 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

OLIVEIRA, P. M. P.; PAGLIUCA, L. M. F. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v. 47, n. 1, p. 205-212, 2013.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K.; GOMES, A. L. Z. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 101-108, 2012.

SOUZA, V.B. et al. Tecnologias leves na saúde como potencializadores para qualidade de assistência à gestantes. **Rev. enferm. UFPE on line.**, v. 8, n.5, p.1388-93, 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIA PARTICIPATIVA PARA ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE GESTACIONAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA³.

Autor 1 Maria Fabiana de Sena Neri – Universidade Federal de Santa Catarina, mfabisn@gmail.com.

Autor 2 – Mariely Carmelina Bernardi – Universidade Federal de Santa Catarina

Palavras-chave: Sobrepeso. Obesidade. Gestação. Educação Popular. Círculo de Cultura

Resumo:

Por saber que o inadequado ganho de peso durante a gestação tem implicações para a saúde da mulher e do bebê, o objetivo deste trabalho consiste em construir uma estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Para tanto, pretende-se: descrever os passos, fluxos de causas do problema e analisar na literatura diretrizes que poderão ser usadas na confecção da estratégia. A Educação Popular será utilizada como referencial teórico-metodológico. Os atores envolvidos na elaboração e implementação da estratégia são: uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde. Como resultado do encontro com os profissionais ficou acordado que as atividades com as gestantes serão organizadas em círculo de cultura e ocorrerão mensalmente, de maneira que, primeiramente a temática será investigada (como está sendo a alimentação das participantes); depois haverá um diálogo mais aprofundado (com intuito de desvelar o que pode estar ocasionando o sobrepeso e obesidade), para então iniciar a problematização, voltada para a aprendizagem significativa. A vigilância da situação de sobrepeso e obesidade em gestantes necessita de uma proposta participativa, sendo assim, espera-se a colaboração de todos para que a estratégia ocorra de forma efetiva.

³Resultado do Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Opção: Saúde Materna, Neonatal e do Lactente, em 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Introdução

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não é favorável à saúde da população (BRASIL, 2006). Tanto que, no Brasil se observa a presença, de uma tendência mundial, da emergência da obesidade em gestantes, apesar de enfrentar também casos de baixo peso nas mesmas (BATISTA FILHO¹; RISSIN, 2003). Sendo assim, quanto ao efeito do peso excessivo durante a gestação, Andreto et al. (2006, p.2402) citam alguns estudos, que consideram: um efeito significativo no aumento das taxas de partos operatórios, bem como na elevação do risco de resultados perinatais desfavoráveis, como maior prevalência de fetos macrossômicos, desproporção céfalo-pélvica, trauma, asfixia e morte perinatal. Ademais, o ganho de peso excessivo durante a gestação pode aumentar a ocorrência de retenção de peso pós-parto, maior associação com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez.

Tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, durante a última década, a prevalência de mulheres obesas cresceu rapidamente inclusive durante a gravidez, que passou a ser considerada um fator de risco para a obesidade (ANDRETO, 2006). Na região nordeste do Brasil, a obesidade parece ser uma tendência, apesar da elevada prevalência de desnutrição no início da gravidez. Tal quadro poderia ser explicado pela baixa escolaridade e pelos hábitos alimentares atuais que privilegiam uma dieta rica em carboidratos e lipídeos (MONTEIRO et al, 2000; BATISTA; RISSIN, 2003). Ambos os fatores seriam reflexos das respostas em cascata determinadas pela condição socioeconômica inferior. Além disto, fatores culturais também podem favorecer o ganho ponderal excessivo na gestação (MELO, 2007).

Em um município cearense onde a autora trabalha como enfermeira, constatou-se que o estado nutricional de gestantes, no ~~ano~~^{ano} período de 2012 foi preocupante, pois 37 (15,55%) apresentavam baixo peso, 96 (40,34%) peso adequado ~~ou estrófico~~, 69 (28,99%) sobrepeso e 36 (15, 13%) obesidade. Comparando esses valores com os do Estado do Ceará, da Região Nordeste e do Brasil, no mesmo ano constatou-se que, o índice de sobrepeso era de 26,98%; 24,48% e 24,56%, respectivamente, e obesidade de 13,12%; 12,14% e 14,96%, respectivamente, portanto, evidencia-se que o referido município apresenta índices com maior percentual de sobrepeso e obesidade entre gestante do que o Estado, a região e o país⁴.

Por entender que dados gerais mostram uma tendência para a situação de sobrepeso e obesidade entre gestantes, e por saber que o inadequado ganho de peso durante a gestação tem implicações imediatas e a longo prazo para a saúde tanto para a mulher quanto para o bebê, considera-se relevante a abordagem dessa situação, operacionalizando a construção de uma estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional.

Neste sentido, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), onde as gestantes são acompanhadas sistematicamente, torna-se um local apropriado para a efetivação da estratégia, tendo em vista que, será possível diagnosticar a situação atual e planejar uma estratégia voltada às necessidades das gestantes.

De posse desses fatos e pelo interesse nas questões que envolvem os cuidados em enfermagem materna e neonatal, tem-se como objetivo construir uma estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional em uma UBSF.

Metodologia

Com o intuito de subsidiar a construção da estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional em uma UBSF, na perspectiva de problematizar a situação atual, a Educação Popular, proposta por Paulo Freire, será utilizada como referencial teórico e metodológico.

O método da Educação Popular se constitui como norteador de soluções técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. Apresenta como características a organização de ações de saúde integradas à dinâmica social local, promovendo a ruptura com a tradição autoritária e normatizadora da educação em saúde; buscando enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da Educação Popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social das comunidades (VASCONCELOS, 2004).

Em um trabalho contínuo, pautado na Educação Popular, é necessário que os usuários e a equipe estabeleçam relações intersubjetivas, pautadas num acordo mútuo entre o Eu e o Outro, uma relação transitiva, que partilha saberes e afetos, que promove laços e vínculos. Nessas relações manifestam-se expressões, confissões e ressignificações das experiências da vida cotidiana. Infelizmente tais relações são pouco destacadas nas práticas educativas de saúde normatizadoras; os profissionais ainda se preocupam mais em dar/oferecer orientações/informações para promover mudanças de atitudes e acabam desvalorizando/desconsiderando tais aspectos. É preciso considerar que o eu se constrói em colaboração (TEIXEIRA, 2008). Diante disso, Círculos de Cultura são indicados, pois requerem que:

o profissional de saúde atue não como professor, “dono do saber”, mas como animador (a), que acredita nas potencialidades do grupo, que não se limita a ensinar, mas também tem interesse de aprender com o grupo, que é capaz de se encantar com as conquistas, avanços e descobertas do grupo (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p.6).

Neste sentido, Alves (2004) refere que a educação popular parte da compreensão da realidade e da construção de um conhecimento capaz de transformá-la, utilizando o conhecimento prévio sobre a realidade como subsidio para encontrar novas relações e novas soluções. Sendo assim, a partir desta perspectiva, construiremos a estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade em gestantes.

Trata-se de uma tecnologia de concepção, que tem como produto um plano de ação voltado às gestantes que são atendidas em uma UBSF pertencente ao município de Trairi, localizado na microrregião de Itapipoca e macrorregião de Fortaleza, no Estado do Ceará. O município possui uma população de 53.561 habitantes, 13 equipes da Estratégia Saúde da Família e 76 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que cobrem 83,3% da população⁵.

Os atores envolvidos no processo serão os profissionais que vivenciam o acompanhamento gestacional (uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) e as gestantes que realizam o pré-natal na unidade de saúde. Sendo esta responsável por uma considerável demanda de gestantes e atendem também áreas rurais.

Vale destacar que, a proximidade com as pessoas que residem nas áreas adscritas a UBSF oportunizou observar o contexto, o qual pode ter contribuído para o estado nutricional de aumento de peso em gestantes atendidas, visto que, algumas dessas mulheres são mães que acompanham os filhos até a unidade, que se alimentam com biscoitos e sucos artificiais enquanto esperam atendimento para imunização; outras, são mulheres que acompanham seus pais em consultas de hipertensão e diabetes e queixam-se da má alimentação

⁴Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informação– NTI.

⁵Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

da família, como causa dessas patologias; enquanto que outras, sofrem com o alcoolismo do marido e precárias condições financeiras, e não conseguem administrar os problemas, dentre os quais a má alimentação da família.

Essa convivência faz com que relações sejam formadas, e com o tempo formalizadas por meio da construção de vínculo/confiança, que oportunizam aos profissionais apreender a dinâmica das famílias, de seus ambientes e costumes.

Sendo assim, uma reunião de equipe foi realizada para que o plano de ação fosse desenvolvido, com base em diálogos, observações diretas dos atores envolvidos e pesquisa bibliográfica. As informações foram utilizadas para identificar os elementos, princípios e relações que regem o processo de cuidado em saúde da equipe e estado alimentar e nutricional, no contexto de vida da gestante.

Este relato de experiência, voltado à um plano de ação, por não se tratar de pesquisa, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Resultados e Discussão

De acordo com Oliveira e Spiri (2006), recomenda-se que os membros da equipe articulem suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem os problemas. Neste sentido, com a intenção de explicar sobre o plano de ação à ESF, uma reunião foi realizada no mês de março de 2014, momento este de diálogo com os profissionais de saúde, que oportunizou a apresentação de dados epidemiológicos e informações de estudos contextualizando a problemática do sobrepeso e obesidade nas gestantes.

Ao questionar o que os profissionais pensavam sobre o assunto, alguns se expressaram dizendo que trata-se de algo relevante, pois podem ajudar as gestantes a evitar problemas para elas e seus filhos, visto que essa problemática é constante no contexto em que atuam.

Ao convidá-los a participar da estratégia, busquei sensibilizá-los a partir do papel que cada um exerce na ESF, assim como, da importância de aferir e conhecer as condições de vida das gestantes. Dessa forma, os profissionais que voluntariamente quiseram participar, foram: seis ACS, uma técnica de enfermagem e o médico da UBSF.

Por meio da reunião foi possível fazer com que emergissem algumas características dos participantes, percebi que um vínculo mais forte foi estabelecido entre os envolvidos e que cada profissional irá atuar considerando o perfil geral da equipe. Além disso, decidimos que dados epidemiológicos, manuais do [Ministério da Saúde](#) e estudos sobre a temática serão utilizados como recursos durante o planejamento da atividade proposta.

A reunião ocorreu em uma sala com as cadeiras organizadas em círculo, como forma de possibilitar e facilitar a participação de todos. Com isso, o planejamento foi viabilizado pela participação do grupo, que respondeu as seguintes questões: Quais os profissionais que irão atuar? Qual será o papel de cada profissional? Como as gestantes serão convidadas a participar dos grupos? Onde serão os encontros? Com que frequência serão os encontros? Em qual horário? Como serão organizados e o que será utilizado durante os encontros?

As respostas nos levaram a construção de uma estratégia com vistas a considerar todos os profissionais como facilitadores do processo, com cada um exercendo seu papel, resgatando a realidade do ambiente das gestantes e de seus processos de trabalho; escolheu-se que as gestantes serão convidadas por todos os profissionais, que se utilizarão da sensibilização, considerando os objetivos e relevância dos encontros.

Os encontros serão realizados na UBSF, mensalmente, no momento que antecede as consultas de pré-natal com médico ou enfermeiro, portanto, existe a necessidade de programar para a equipe chegar mais cedo; no período da manhã, para não prejudicar o retorno das gestantes às localidades. Para os encontros, surgiram ideias como: disponibilizar frutas para o lanche, além da distribuição/sorteio de lembranças para as gestantes. A equipe ficará responsável pela aquisição dos insumos a partir de parcerias com secretaria municipal de saúde e ação social.

Outras ideias que surgiram estão relacionadas a utilização de material educativo, como álbuns seriados, além de atividades como: sessão cinema, dramatizações e jogos. Surgiu também a ideia de realizar oficinas sobre o preparo de receitas saborosas com alimentos saudáveis (como salada de frutas, verduras, ou seja, produtos naturais), responsáveis por promover qualidade na alimentação e nutrição.

Vale destacar que, coube à mediadora, idealizadora do plano de ação, propiciar o espaço do diálogo e da escuta durante a reunião, com intuito de ter a participação espontânea de todos, respeitando as individualidades e possibilitando a troca das experiências, de modo que a mediadora ensina e aprende com o grupo (MONTEIRO; VIEIRA, 2010). Sendo assim, durante a reunião foram compartilhadas várias ideias, que com o tempo pretendemos inserir nos planejamentos dos encontros com as gestantes.

Neste sentido, os encontros com as gestantes serão organizados em círculo de cultura, conforme indica o referencial utilizado, para que haja estímulo a perguntas, respeito ao jeito de ser de cada gestante, dialogando, priorizando seu conhecimento e experiência anterior com gestação, parto e nascimento, e desenvolvendo como metodologia a educação popular.

Brandão (2005), afirma que o Círculo de Cultura enseja uma vivência participativa com destaque na elaboração de processos de conhecimento e ação a partir das necessidades do grupo e, em conjunto, articular alternativas para resolvê-los, facilitando o processo de cuidado. Através desta abordagem, práticas educativas voltadas para a promoção da saúde e temas relacionados à realidade das gestantes serão utilizadas, possibilitando aproximação, interação e diálogo entre o conhecimento técnico e o popular (ABREU et. al., 2013).

De acordo com Souza (2009), o Círculo de Cultura consiste em três momentos: investigação temática, tematização e problematização. Sendo assim, pretendemos organizar os encontros da seguinte forma: 1o.) A temática será investigada: iremos dialogar sobre o cotidiano das gestantes, sobre como está sendo a alimentação; 2o.) Um diálogo mais aprofundado será realizado, com intuito de fazer todos os participantes pensarem sobre o que pode estar ocasionando o sobrepeso e obesidade em gestantes; 3o.) Uma problematização será realizada, por meio da qual será buscada a superação da visão superficial por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido. Neste momento, serão apresentados materiais didáticos referentes ao tema, como forma de fundamentar o diálogo.

Com isso, tem-se a intenção de estimular a participação e expressão das mulheres, o que pode contribuir positivamente para sua autoestima, troca de experiências e busca de enfrentamentos, ou seja, para a transformação da realidade.

Acreditamos que, por meio desse plano de ação seja possível conscientizar as gestantes sobre a importância da alimentação saudável e dos riscos relacionados ao sobrepeso e obesidade, visto que, a sistematização dos momentos a partir dos círculos de cultura, visam proporcionar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, para uma educação em saúde libertadora.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O enfrentamento do sobrepeso e obesidade em gestantes se caracteriza como uma necessidade que deve ser mediada pelo trabalho conjunto de profissionais que atuam na área da saúde, de maneira que, deve-se considerar todos os profissionais como facilitadores do processo, cada um exercendo seu papel.

Acreditamos que, planejando encontros mensais, associados as consultas de pré-natal de rotina, será possível viabilizar insumos, atividades, produtos e resultados positivos a curto, médio e longo prazos. Além disso, utilizando-se do método da Educação Popular, buscaremos proporcionar no espaço da Atenção Primária em Saúde discussões baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, na integralidade, universalidade e equidade.

Diante dessa perspectiva, temos em vista superar a ideia de que as pessoas, neste caso, as gestantes, precisam receber apenas prescrições dos profissionais de saúde, pois é necessário ter o entendimento de que o sujeito deve ser agente corresponsável pela própria saúde, e portanto, deve participar de maneira ativa nesse processo de conscientização sobre fatores que podem ocasionar riscos à saúde.

Referências

ABREU, L. D. P. et al. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no "Grupo Adolescer". [Adolescência e Saúde](#), Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez., 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=427>. Acesso em: 12 de abril de 2014.

ANDRETO, L. M. et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. [Cadernos de Saúde Pública](#), Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2401-9, nov., 2006.

ALVES, G. G. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa ação como estratégia educativa. [Boletim da Saúde](#), Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 41-58, jan./jun., 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. [Cadernos de Saúde Pública](#), Rio de Janeiro, v.19, supl. 1, p.181-91, 2003.

BRANDÃO, C. R. [O que é método Paulo Freire](#). 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Obesidade](#). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MELO, A. S. O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. [Revista brasileira de epidemiologia](#), São Paulo, v. 10, n. 2, p. 249-257, 2007.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (org.). [Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil](#). São Paulo: Editora Hucitec; 2000. pp.247-255.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. [Revista Brasileira de Enfermagem](#), Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, maio-jun., 2010.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. [Revista de Saúde Pública](#), Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Acesso em: 12 de abril de 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>>.

SOUZA, H. T. de. [Educação popular em saúde no município de Venturosa - PE no cotidiano da estratégia de saúde da família](#). Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. [PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva](#), Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.67-83, 2004.

TEIXEIRA, E.. Modos de sentir e aprender entre mulheres em um projeto de educação popular em saúde. [Escola Anna Nery Revista de Enfermagem](#), Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 57-62, 2008.

Agradecimentos

Agradecimentos sinceros à equipe de saúde da UBSF SEDE II e à população dos bairros adscritos, ~~no município de a mesma de~~ Trairi-CE.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIA PARTICIPATIVA PARA ENFRENTAMENTO DO SOBREPESO E OBESIDADE GESTACIONAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Autor 1 Maria Fabiana de Sena Neri – Universidade Federal de Santa Catarina, mfabisn@gmail.com.

Autor 2 – Mariely Carmelina Bernardi – Universidade Federal de Santa Catarina

Palavras-chave: Sobre peso. Obesidade. Gestação. Educa o Popular. Círculo de Cultura

Resumo

Por saber que o inadequado ganho de peso durante a gesta o tem implica es para a saúde da mulher e do beb , o objetivo deste trabalho consiste em construir uma estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional em uma Unidade Básica de Saúde da Família. Para tanto, pretende-se: descrever os passos, fluxos de causas do problema e analisar na literatura diretrizes que poderão ser usadas na confecção da estratégia. A Educa o Popular será utilizada como referencial teórico-metodológico. Os atores envolvidos na elabora o e implementa o da estratégia são: uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde. Como resultado do encontro com os profissionais ficou acordado que as atividades com as gestantes serão organizadas em círculo de cultura e ocorrerão mensalmente, de maneira que, primeiramente a temática será investigada (como está sendo a alimenta o das participantes); depois haverá um diálogo mais aprofundado (com intuito de desvelar o que pode estar ocasionando o sobrepeso e obesidade), para então iniciar a problematiza o, voltada para a aprendizagem significativa. A vigilância da situa o de sobrepeso e obesidade em gestantes necessita de uma proposta participativa, sendo assim, espera-se a colabora o de todos para que a estratégia ocorra de forma efetiva.

Introdu o

O modo de viver da sociedade moderna tem determinado um padrão alimentar que, aliado ao sedentarismo, em geral não   favorável   saúde da popula o (BRASIL, 2006). Tanto que, no Brasil se observa a presença, de uma tendência mundial, da emergência da obesidade em gestantes, apesar de enfrentar também casos de baixo peso nas mesmas (BATISTA FILHO, 2003; RISSIN, 2003). Sendo assim, quanto ao efeito do peso excessivo durante a gesta o, Andreto et al. (2006, p.2402) citam alguns estudos, que consideram: um efeito significativo no aumento das taxas de partos operatórios, bem como na eleva o do risco de resultados perinatais desfavoráveis, como maior prevalência de fetos macrossômicos, despropor o céfalo-pélvica, trauma, asfixia e morte perinatal. Ademais, o ganho de peso excessivo durante a gesta o pode aumentar a ocorrência de reten o de peso pós-parto, maior associa o com diabetes mellitus gestacional e síndromes hipertensivas da gravidez.

Tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, durante a última década, a prevalência de mulheres obesas cresceu rapidamente inclusive durante a gravidez, que passou a ser considerada um fator de risco para a obesidade (ANDRETO, 2006).

Na região nordeste do Brasil, a obesidade parece ser uma tendência, apesar da elevada prevalência de desnutri o no início da gravidez. Tal quadro poderia ser explicado pela baixa escolaridade e pelos hábitos alimentares atuais que privilegiam uma dieta rica em carboidratos e l pdeos (MONTEIRO et al, 2000; BATISTA; RISSIN, 2003). Ambos os fatores seriam reflexos das respostas em cascata determinadas pela condi o socioecon mica inferior. Além disto, fatores culturais também podem favorecer o ganho ponderal excessivo na gesta o (MELO, 2007).

Em um município cearense onde a autora trabalha como enfermeira, constatou-se que o estado nutricional de gestantes, no ano de 2012 foi preocupante, pois 37 (15,55%) apresentavam baixo peso, 96 (40,34%) peso adequado, 69 (28,99%) sobrepeso e 36 (15, 13%) obesidade. Comparando esses valores com os do Estado do Ceará, da Região Nordeste e do Brasil, no mesmo ano constatou-se que, o  ndice de sobrepeso era de 26,98%; 24,48% e 24,56%, respectivamente, e obesidade de 13,12%; 12,14% e 14,96%, respectivamente, portanto, evidencia-se que o referido município apresenta índices com maior percentual de sobrepeso e obesidade entre gestante do que o Estado, a região e o pa s⁶.

Por entender que dados gerais mostram uma tendência para a situa o de sobrepeso e obesidade entre gestantes, e por saber que o inadequado ganho de peso durante a gesta o tem implica es imediatas e a longo prazo para a saúde tanto para a mulher quanto para o bebê, considera-se relevante a abordagem dessa situa o, operacionalizando a constru o de uma estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional.

Neste sentido, a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), onde as gestantes são acompanhadas sistematicamente, torna-se um local apropriado para a efetiva o da estratégia, tendo em vista que, será possível diagnosticar a situa o atual e planejar uma estratégia voltada às necessidades das gestantes.

De posse desses fatos e pelo interesse nas questões que envolvem os cuidados em enfermagem materna e neonatal, tem-se como objetivo construir uma estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional em uma UBSF.

Metodologia

Com o intuito de subsidiar a constru o da estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade gestacional em uma UBSF, na perspectiva de problematizar a situa o atual, a Educa o Popular, proposta por Paulo Freire, será utilizada como referencial teórico e metodológico.

O método da Educa o Popular se constitui como norteador de solu es técnicas construídas a partir do diálogo entre o saber popular e o saber acadêmico. Apresenta como características a organiza o de a es de saúde integradas   dinâmica social local, promovendo a ruptura com a tradi o autoritária e normatizadora da educa o em saúde; buscando enfrentar o desafio de incorporar no serviço público a metodologia da Educa o Popular, adaptando-a ao novo contexto de complexidade institucional e da vida social das comunidades (VASCONCELOS, 2004).

Em um trabalho contínuo, pautado na Educa o Popular,   necessário que os usuários e a equipe estabeleçam rela es intersubjetivas, pautadas num acordo mútuo entre o Eu e o Outro, uma rela o transitiva, que partilha saberes e afetos, que promove laços e vínculos. Nessas rela es manifestam-se expressões, confissões e ressignifica es das experiências da vida cotidiana. Infelizmente tais rela es são pouco destacadas nas práticas educativas de saúde normatizadoras; os profissionais ainda se preocupam mais em dar/oferecer

⁶Fonte: MS/SAS/DAB/Núcleo de Tecnologia da Informa o– NTI.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

orientações/informações para promover mudanças de atitudes e acabam desvalorizando/desconsiderando tais aspectos. É preciso considerar que o eu se constrói em colaboração (TEIXEIRA, 2008). Diante disso, Círculos de Cultura são indicados, pois requerem que:

o profissional de saúde atue não como professor, “dono do saber”, mas como animador (a), que acredita nas potencialidades do grupo, que não se limita a ensinar, mas também tem interesse de aprender com o grupo, que é capaz de se encantar com as conquistas, avanços e descobertas do grupo (MONTEIRO; VIEIRA, 2010, p.6).

Neste sentido, Alves (2004) refere que a educação popular parte da compreensão da realidade e da construção de um conhecimento capaz de transformá-la, utilizando o conhecimento prévio sobre a realidade como subsidio para encontrar novas relações e novas soluções. Sendo assim, a partir desta perspectiva, construiremos a estratégia participativa para enfrentamento do sobrepeso e obesidade em gestantes.

Trata-se de uma tecnologia de concepção, que tem como produto um plano de ação voltado às gestantes que são atendidas em uma UBSF pertencente ao município de Trairi, localizado na microrregião de Itapipoca e macrorregião de Fortaleza, no Estado do Ceará. O município possui uma população de 53.561 habitantes, 13 equipes da Estratégia Saúde da Família e 76 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que cobrem 83,3% da população⁷.

Os atores envolvidos no processo serão os profissionais que vivenciam o acompanhamento gestacional (uma enfermeira, um médico, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde) e as gestantes que realizam o pré-natal na unidade de saúde. Sendo esta responsável por uma considerável demanda de gestantes e atendem também áreas rurais.

Vale destacar que, a proximidade com as pessoas que residem nas áreas adscritas a UBSF oportunizou observar o contexto, o qual pode ter contribuído para o estado nutricional de aumento de peso em gestantes atendidas, visto que, algumas dessas mulheres são mães que acompanham os filhos até a unidade, que se alimentam com biscoitos e sucos artificiais enquanto esperam atendimento para imunização; outras, são mulheres que acompanham seus pais em consultas de hipertensão e diabetes e queixam-se da má alimentação da família, como causa dessas patologias; enquanto que outras, sofrem com o alcoolismo do marido e precárias condições financeiras, e não conseguem administrar os problemas, dentre os quais a má alimentação da família.

Essa convivência faz com que relações sejam formadas, e com o tempo formalizadas por meio da construção de vínculo/confiança, que oportunizam aos profissionais apreender a dinâmica das famílias, de seus ambientes e costumes.

Sendo assim, uma reunião de equipe foi realizada para que o plano de ação fosse desenvolvido, com base em diálogos, observações diretas dos atores envolvidos e pesquisa bibliográfica. As informações foram utilizadas para identificar os elementos, princípios e relações que regem o processo de cuidado em saúde da equipe e estado alimentar e nutricional, no contexto de vida da gestante.

Este relato de experiência, voltado à um plano de ação, por não se tratar de pesquisa, não foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Resultados e Discussão

De acordo com Oliveira e Spiri (2006), recomenda-se que os membros da equipe articulem suas práticas e saberes no enfrentamento de cada situação identificada para propor soluções conjuntamente e intervir de maneira adequada, já que todos conhecem os problemas. Neste sentido, com a intenção de explicar sobre o plano de ação à ESF, uma reunião foi realizada no mês de março de 2014, momento este de diálogo com os profissionais de saúde, que oportunizou a apresentação de dados epidemiológicos e informações de estudos contextualizando a problemática do sobrepeso e obesidade nas gestantes.

Ao questionar o que os profissionais pensavam sobre o assunto, alguns se expressaram dizendo que trata-se de algo relevante, pois podem ajudar as gestantes a evitar problemas para elas e seus filhos, visto que essa problemática é constante no contexto em que atuam.

Ao convidá-los a participar da estratégia, busquei sensibilizá-los a partir do papel que cada um exerce na ESF, assim como, da importância de aferir e conhecer as condições de vida das gestantes. Dessa forma, os profissionais que voluntariamente quiseram participar, foram: seis ACS, uma técnica de enfermagem e o médico da UBSF.

Por meio da reunião foi possível fazer com que emergissem algumas características dos participantes, percebi que um vínculo mais forte foi estabelecido entre os envolvidos e que cada profissional irá atuar considerando o perfil geral da equipe. Além disso, decidimos que dados epidemiológicos, manuais do [Ministério da Saúde](#) e estudos sobre a temática serão utilizados como recursos durante o planejamento da atividade proposta.

A reunião ocorreu em uma sala com as cadeiras organizadas em círculo, como forma de possibilitar e facilitar a participação de todos. Com isso, o planejamento foi viabilizado pela participação do grupo, que respondeu as seguintes questões: Quais os profissionais que irão atuar? Qual será o papel de cada profissional? Como as gestantes serão convidadas a participar dos grupos? Onde serão os encontros? Com que frequência serão os encontros? Em qual horário? Como serão organizados e o que será utilizado durante os encontros?

As respostas nos levaram a construção de uma estratégia com vistas a considerar todos os profissionais como facilitadores do processo, com cada um exercendo seu papel, resgatando a realidade do ambiente das gestantes e de seus processos de trabalho; escolheu-se que as gestantes serão convidadas por todos os profissionais, que se utilizarão da sensibilização, considerando os objetivos e relevância dos encontros.

Os encontros serão realizados na UBSF, mensalmente, no momento que antecede as consultas de pré-natal com médico ou enfermeiro, portanto, existe a necessidade de programar para a equipe chegar mais cedo; no período da manhã, para não prejudicar o retorno das gestantes às localidades. Para os encontros, surgiram ideias como: disponibilizar frutas para o lanche, além da distribuição/sorteio de lembranças para as gestantes. A equipe ficará responsável pela aquisição dos insumos a partir de parcerias com secretaria municipal de saúde e ação social.

Outras ideias que surgiram estão relacionadas a utilização de material educativo, como álbuns seriados, além de atividades como: sessão cinema, dramatizações e jogos. Surgiu também a ideia de realizar oficinas sobre o preparo de receitas saborosas com alimentos saudáveis (como salada de frutas, verduras, ou seja, produtos naturais), responsáveis por promover qualidade na alimentação e nutrição.

Vale destacar que, coube à mediadora, idealizadora do plano de ação, propiciar o espaço do diálogo e da escuta durante a reunião, com intuito de ter a participação espontânea de todos, respeitando as individualidades e possibilitando a troca das experiências, de modo que a mediadora ensina e aprende com o grupo (MONTEIRO; VIEIRA, 2010). Sendo assim, durante a reunião foram compartilhadas várias ideias, que com o tempo pretendemos inserir nos planejamentos dos encontros com as gestantes.

⁷Fonte: DAB/SAS/MS, 2013.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Neste sentido, os encontros com as gestantes serão organizados em círculo de cultura, conforme indica o referencial utilizado, para que haja estímulo a perguntas, respeito ao jeito de ser de cada gestante, dialogando, priorizando seu conhecimento e experiência anterior com gestação, parto e nascimento, e desenvolvendo como metodologia a educação popular.

Brandão (2005), afirma que o Círculo de Cultura enseja uma vivência participativa com destaque na elaboração de processos de conhecimento e ação a partir das necessidades do grupo e, em conjunto, articular alternativas para resolvê-los, facilitando o processo de cuidado. Através desta abordagem, práticas educativas voltadas para a promoção da saúde e temas relacionados à realidade das gestantes serão utilizadas, possibilitando aproximação, interação e diálogo entre o conhecimento técnico e o popular (ABREU et. al., 2013).

De acordo com Souza (2009), o Círculo de Cultura consiste em três momentos: investigação temática, tematização e problematização. Sendo assim, pretendemos organizar os encontros da seguinte forma: 1o.) A temática será investigada: iremos dialogar sobre o cotidiano das gestantes, sobre como está sendo a alimentação; 2o.) Um diálogo mais aprofundado será realizado, com intuito de fazer todos os participantes pensarem sobre o que pode estar ocasionando o sobrepeso e obesidade em gestantes; 3o.) Uma problematização será realizada, por meio da qual será buscada a superação da visão superficial por uma visão crítica, partindo para a transformação do contexto vivido. Neste momento, serão apresentados materiais didáticos referentes ao tema, como forma de fundamentar o diálogo.

Com isso, tem-se a intenção de estimular a participação e expressão das mulheres, o que pode contribuir positivamente para sua autoestima, troca de experiências e busca de enfrentamentos, ou seja, para a transformação da realidade.

Acreditamos que, por meio desse plano de ação seja possível conscientizar as gestantes sobre a importância da alimentação saudável e dos riscos relacionados ao sobrepeso e obesidade, visto que, a sistematização dos momentos a partir dos círculos de cultura, visam proporcionar uma vivência participativa com ênfase no diálogo, para uma educação em saúde libertadora.

Conclusão

O enfrentamento do sobrepeso e obesidade em gestantes se caracteriza como uma necessidade que deve ser mediada pelo trabalho conjunto de profissionais que atuam na área da saúde, de maneira que, deve-se considerar todos os profissionais como facilitadores do processo, cada um exercendo seu papel.

Acreditamos que, planejando encontros mensais, associados as consultas de pré-natal de rotina, será possível viabilizar insumos, atividades, produtos e resultados positivos a curto, médio e longo prazos. Além disso, utilizando-se do método da Educação Popular, buscaremos proporcionar no espaço da Atenção Primária em Saúde discussões baseadas nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, na integralidade, universalidade e equidade.

Diante dessa perspectiva, temos em vista superar a ideia de que as pessoas, neste caso, as gestantes, precisam receber apenas prescrições dos profissionais de saúde, pois é necessário ter o entendimento de que o sujeito deve ser agente corresponsável pela própria saúde, e portanto, deve participar de maneira ativa nesse processo de conscientização sobre fatores que podem ocasionar riscos à saúde.

Referências

ABREU, L. D. P. et al. Abordagem educativa utilizando os Círculos de Cultura de Paulo Freire: experiência de acadêmicos de enfermagem no "Grupo Adolescer". [Adolescência e Saúde](#), Rio de Janeiro, v.10, n.4, out./dez., 2013. Disponível em: <http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=427>. Acesso em: 12 de abril de 2014.

ANDRETO, L. M. et al. Fatores associados ao ganho ponderal excessivo em gestantes atendidas em um serviço público de pré-natal na cidade de Recife, Pernambuco, Brasil. [Cadernos de Saúde Pública](#), Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2401-9, nov., 2006.

ALVES, G. G. O processo de capacitação desenvolvido em um PSF: a experiência da utilização da educação popular e da pesquisa ação como estratégia educativa. [Boletim da Saúde](#), Porto Alegre, v. 18, n. 1, p. 41-58, jan./jun., 2004.

BATISTA FILHO, M.; RISSIN, A. A transição nutricional no Brasil: tendências regionais e temporais. [Cadernos de Saúde Pública](#), Rio de Janeiro, v.19, supl. 1, p.181-91, 2003.

BRANDÃO, C. R. [O que é método Paulo Freire](#). 7 ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. [Obesidade](#). Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

MELO, A. S. O. et al. Estado nutricional materno, ganho de peso gestacional e peso ao nascer. [Revista brasileira de epidemiologia](#), São Paulo, v. 10, n. 2, p. 249-257, 2007.

MONTEIRO, C. A. et al. Da desnutrição para a obesidade: A transição nutricional no Brasil. In: MONTEIRO, C. A. (org.). [Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil](#). São Paulo: Editora Hucitec; 2000. pp.247-255.

MONTEIRO, E. M. L. M.; VIEIRA, N. F. C. Educação em saúde a partir de círculos de cultura. [Revista Brasileira de Enfermagem](#), Brasília, v. 63, n. 3, p. 397-403, maio-jun., 2010.

OLIVEIRA, E. M. de; SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. [Revista de Saúde Pública](#), Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 727-733, 2006. Acesso em: 12 de abril de 2014. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102006000500025>>.

SOUZA, H. T. de. [Educação popular em saúde no município de Venturosa - PE no cotidiano da estratégia de saúde da família](#). Recife: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

VASCONCELOS, E. M. Educação Popular: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. [PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva](#), Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p.67-83, 2004.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

TEIXEIRA, E.. Modos de sentir e aprender entre mulheres em um projeto de educação popular em saúde. [Escola Anna Nery Revista de Enfermagem](#), Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 57-62, 2008.

Agradecimentos

Agradecimentos sinceros à equipe de saúde da UBSF SEDE II e à população dos bairros adscritos, no município de-a mesma de Trairi-CE.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EDUCAÇÃO EM SAÚDE BUCAL: DESENVOLVENDO CAPACIDADES, OU VEICULANDO IDEOLOGIA DOMINANTE?

July Grassiely de Oliveira Branco. UNIFOR. julybranco.upa@gmail.com
Paulo Leonardo Ponte Marques. UNIFOR
Maria Vieira de Lima Saintrain- UNIFOR
Karyne Barreto Gonçalves Marques- UNIFOR
Mirna Albuquerque Frota- UNIFOR
Fátima Luna Pinheiro Landim- UNIFOR
Palavras-chave: Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.

Resumo

INTRODUÇÃO: Integrando a educação com a saúde realizam-se as práticas educativas em saúde. Destarte, como a “educação” dentro dos discursos filosóficos, essa práticas tem se destacado por um viés seu de transmissão das ideologias dominantes. Estudo qualitativo realizado no município de Acaraú-Ceará. **OBJETIVO:** Objetivou-se: analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004. **MÉTODO:** Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir em espaço no trabalho de campo. Responderam a entrevista semiestruturada os alunos entre 11 e 12 anos de uma sala de aula em cada escola participante, média de vinte por turma. **RESULTADOS:** Os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. O reconhecimento da doença cárie, assim como a dor consequente, está presente no imaginário dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas. **CONCLUSÃO:** A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessário uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar.

Introdução

A saúde bucal, como componente inseparável da saúde geral dos indivíduos, está relacionada com as condições sociais, de educação e de representação do povo acerca do que é “vida saudável” (SANTOS, 2010). De outro lado, a cárie é reconhecida como a doença bucal mais comum entre os populares, sendo lembrada por uma associação com as odontalgias e as “arrancações”.

Integrando a educação com a saúde realizam-se as práticas educativas em saúde. Voltadas para o desenvolvimento de capacidades individuais e coletivas, tais práticas visam a munir pessoas comuns com um conhecimento que promova mudanças comportamentais, com consequente melhoria nos padrões e na qualidade de vida.

Essa perspectiva de transformação, ou mudança, somente se concretiza com o reconhecimento e compreensão de que a educação deve ocupar uma posição de destaque nas ações de saúde que visam a “desenvolver capacidades”. No caso específico da odontologia, trata-se de promover autonomia de decisões pautadas em conhecimentos técnico-científicos transmitidos com pertinência e exatidão.

Destarte, a “educação em saúde”, como a “educação” dentro dos discursos filosóficos, tem se destacado por um viés seu de transmissão das ideologias dominantes. Nas práticas educativas realizadas por profissionais dentistas junto a escolares, ela pode sofrer ainda de uma certa “infantilização” dos discursos. No contexto das estratégias “educativas”, ao mundo mágico da criança – já povoado por “monstro do armário”, “bicho que mora em baixo da cama”, o “velho do saco que carrega crianças desobedientes” etc... – acrescenta-se o “bicho da cárie”, que destrói o dente e traz outras consequências para crianças que comem mal ou não escovam os seus dentes.

A inserção dos trabalhadores de saúde bucal na Estratégia Saúde da Família (ESF) ampliou o campo de práticas. A atuação destes profissionais antes se concentravam no curativismo, inexistindo os procedimentos coletivos nas comunidades, dentre os quais se encontram as atividades de educação em saúde (SOUZA; RONCALLI, 2007).

Incorporada nas ações dos trabalhadores de saúde, a educação torna-se um grande instrumento capaz de levar os sujeitos ao conhecimento e à consciência de sua participação nos estados bons da própria saúde. De acordo com as concepções freirianas os sujeitos podem de “posse” desses conhecimentos, passar a ter a opção de agir modificando seu cotidiano na busca por melhores condições de saúde e de vida (FREIRE, 2011).

Com a implantação da ESB no Sistema Único de Saúde -SUS- o acesso às informações e a troca de experiências relativas à saúde bucal passou a acontecer principalmente com escolares. A atuação deixou de ser esporádica para ser sistemática, programada, de forma que obtivesse efetivas alterações no cotidiano dos sujeitos sociais participantes de um processo. Ao considerar que a saúde bucal é parte integrante da saúde geral e que na adolescência ela representa um bom indicador de saúde individual (WASHINGTON, 2010), cada vez mais se torna importante introduzir ações de cunho educativo para este grupo populacional.

Ao tomar por base as necessidades dos usuários do sistema de saúde, necessário se faz procurar saber se os conhecimentos e a compreensão que os participantes adquirem passam a contribuir sobre o entendimento do processo saúde-doença. Assim sendo, decidiu-se realizar junto à escolares adolescentes uma série de atividades educativas, de forma problematizadora, abordando diversos temas relativos à saúde bucal, seguida por uma avaliação da aprendizagem dessas ações educativas.

O objetivo da pesquisa foi analisar a construção de conceitos e práticas ocorridas através das ações de educação em saúde bucal na população escolar assistida pelas equipes da ESF no período de 2002 a 2004.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa observacional com abordagem qualitativa realizada no município de Acaraú- Ceará. Este município, distante 235 km da capital cearense, consta como sendo um dos mais antigos redutos dos tempos coloniais. Emancipado como município em 1849, seu nome é uma palavra de origem tupi que significa “Terra do Rio das Garças”, designada pela grande quantidade dessas aves que havia nas margens do rio que limita a cidade pelo Oeste, o rio Acaraú. Com área de 842Km² e população de 57.551 habitantes, o município é sede da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde (CEARÁ, 2000:32; ACARAÚ, 2004:04; IBGE, 2013).

Este município iniciou suas atividades de saúde bucal na ESF em 2002, desenvolvendo atividades clínicas individuais e atividades coletivas voltadas para a prevenção e promoção da saúde. Entre as atividades coletivas realizadas se encontram as de educação em saúde, realizadas principalmente nas escolas.

Um total de quatro escolas foi selecionado para se constituir espaço no trabalho de campo: uma no distrito de Aranaú, duas em Celsolândia, e uma em Juritianha. Os participantes foram alunos, média de vinte por turma, que estiveram presentes em atividades educativas nas áreas abrangidas pelas equipes da ESF. Neste contexto, Minayo (2008) enfatiza que na pesquisa qualitativa busca-se privilegiar os sujeitos detentores dos atributos sociais que o investigador pretende conhecer. Portanto, utilizaram-se como critérios de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

inclusão: crianças com idade entre 11 e 12 anos; estudar em escola com abrangência de equipe de saúde bucal da ESF; e participação mínima de duas atividades educativas por ano, realizadas entre 2002 e 2004. A referência inicial atrelou ao fato de que somente a partir do mês de 2002 passou a haver um registro diário das atividades educativas que eram realizadas.

A opção por essa idade deveu-se também ao fato de que estes se encontram no final da fase operatório-concreto e iniciam a sua abstração, o pensar, possibilitando maior resposta aos questionamentos. De acordo com os pressupostos de Piaget sobre o desenvolvimento cognitivo, a pessoa neste estágio operacional já se mostra capaz de raciocinar indutivamente, não tratando cada experiência como algo isolado e sim como parte de um todo (BEE, 1986).

Para a seleção dos escolares utilizou-se as folhas de registro de procedimentos coletivos, formulários onde são coletados os nomes de todos os participantes das ações de educação em saúde e que ficam arquivados nas unidades de saúde.

Para cada participante realizou-se entrevista, baseado em questionário semiestruturado, contendo questões sobre o que havia sido aprendido nas atividades educativas, incluindo aspectos preventivos e conhecimento sobre as doenças bucais.

A técnica de análise utilizada foi a hermenêutica-dialética. Proposta no diálogo entre Harbemas e Gadamer em 1987, consiste numa metodologia de abordagem da comunicação, superando o formalismo dos outros tipos de análise, indicando “um caminho do pensamento”. Na hermenêutica-dialética faz-se uma explicação e interpretação de um pensamento, seja esta interpretação literal, por meio de expressões linguísticas, ou temática, na qual importa mais a compreensão simbólica de uma realidade a ser aprofundada (MINAYO, 2008).

Utilizou-se termo de consentimento livre e esclarecido para os participantes e para seus pais ou responsáveis. A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade Estadual Vale do Acaraú – Sobral, sendo aprovada sob o parecer nº 204/2004 por estar em harmonia com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar a identidade dos sujeitos pesquisados, seus nomes foram modificados.

Resultados

e

Discussão

Constatou-se haver, decorrente do tipo de atividade oferecida pelos profissionais da saúde ao escolar, uma simplificação acerca da real etiologia da doença cárie, bem como das relações desta com o contexto sociocultural.

Nos depoimentos das crianças acerca dos cuidados para prevenir as doenças bucais é fortemente considerada a escovação dentária, e em menor proporção citado o uso do fio dental, como recursos bons e suficientes. Erasmo declarou: “[...] *tendo os cuidados de escovar os dentes e passar o fio dental todo dia, as doenças da boca têm zero por cento de chance de aparecer*”.

Esse tipo de depoimento é o que leva a pensar no (des)conhecimento ou subconhecimento proporcionado por práticas consideradas de educação em saúde. Muitos outros fatores podem gerar a doença em pauta, não estando limitada exclusivamente à falta de escovação ou à ausência de fio dental.

Uma abordagem próxima do ideal acerca da doença cárie passa por informar do fenômeno da desmineralização dos dentes; o que pode ser causada por ácidos provenientes do ciclo de existência das bactérias, mas também existem outros agentes com mesma propriedade. Entretanto, transparece ser mais simples incutir uma determinada prática na população, ficando evidente a massificação das ideias, ou seja, a cárie tendo origem na falta de escovação não é representação social mas sim uma construção ideológica.

Na mesma linha de discurso Fábio e Bruna esclarecem: “*O dente furado apareceu porque esqueceu de escovar os dentes!*”. Já no depoimento de Haroldo entram e cena os vilões para protagonizarem o episódio da cárie: o bombom e o chiclete: “*As doenças da boca aparecem porque não escova todos os dias. Chupa chiclete, bombom e não escovamos os dentes.*”. De mesmo modo pensam outros colegas de seu grupo:

“*Comer muito pirulito, chiclete, biscoito, bombom, chocolate, muito doce... quando não escova os dentes fica um resto dentro do dente, aí vem umas cáries comer.*” (Carlos).

Pode-se concluir que a escovação, por ser constantemente comentada pelos educadores de saúde durante as atividades educativas, acaba influenciando nos discursos dos participantes. Eles então reproduzem esse discurso como fosse uma sua prática diária, habitual – o que não é verdade. Apesar da aparente percepção da importância da escovação, nem sempre os escolares a realizam cotidianamente.

Prova de que as crianças somente reproduzem um discurso criado pelo profissional de saúde, é que o número de escovações é algo mencionado mecanicamente, ou seja, sem que sofra de uma crítica por parte delas: “*Três vezes ao dia*”.

Falando do tema, o escolar de nome Ivan diz: “*Escovo três vezes por dia para o dente não apodrecer: uma antes do café, outra depois de almoçar e outra quando vou dormir. Quando os pesquisadores questionam sobre suas motivações para agir assim, o escolar não consegue justificar. Sua resposta é evasiva: “Porque eu acho que tá bom, se quiser escovar mais pode. Mas, três é suficiente para não ficar bactérias nos dentes, pra não apodrecer e não ficar com mau hálito.”.Na colocação da criança Fábiana: “Precisa escovar os dentes depois do café, depois do almoço e depois da janta*”.

As falas levam a pensar o realizado junto as crianças da pesquisa como algo que se distancia da educação em saúde, aproximando-se mais da verticalidade dos *slogans* básicos em higiene bucal. Do ponto de vista Freiriano, o antidiálogo, a sloganização, a verticalidade, os comunicados são instrumentos de “domesticação” e não de educação. De mesmo modo, não são essas crianças pensadas como sujeitos com capacidades reflexivas, mas sim como objetos alvos de uma prática massificadora de ideias preconcebidas (FREIRE, 2005). O ato de conhecer é simplificado no processo de “repetição” de procedimentos.

Outro achado na pesquisa aponta para um olhar puramente biológico ao subjetivamente indicar o fator tempo dentro da etiologia da cárie. Do alto de seus dez anos de idade, Fábiana explicou: “*Se a gente escovar os dentes só uma vez, elas (se referindo às bactérias cariogênicas) aproveitam quando a gente tá dormindo.*”

Esse olhar biológico parece predominar dentro das atividades de educação em saúde bucal, fazendo com que os educandos desenvolvam a percepção de que a doença se deva ao ataque de bactérias. O folclore relacionado à doença, e originário no próprio discurso do profissional de saúde povoa o imaginário das crianças entrevistadas, e surge, em certos momentos, com mais força e significado do que os conceitos propostos cientificamente. Os comentários de Célia leva a conhecer do vilão “bicho da cárie”: “*Há um bicho dentro do dente que rói o dente. Ele pode acabar com o dente, deixar só o tronco.*”. E segue o depoimento: “*Depois que o bicho come os dentes a pessoa sente dor de dente*”.

A denominação das bactérias cariogênicas pelos escolares como **bichos que roem**, revela ainda influência biológica no conhecimento dos escolares que passam a citar as **bactérias** como as causadoras diretas da cárie.

As crianças passam assim a representarem as bactérias como “monstrinhos ou fantasmas” que roem o dente. Tipicamente, essa representação se deve aos trabalhadores de saúde bucal utilizar frequentemente “criaturas” para designar as bactérias, possivelmente com o objetivo de amedrontar os sujeitos sociais para que não se descuidem de sua saúde bucal.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

São utilizados monstros de diferentes tamanhos e cores para designar as bactérias, que acabaram sendo muito bem retratados pelos escolares. Essas imagens podem trazer repercussões negativas ao passo que no momento em que os escolares compreendem que todos os sujeitos possuem bactérias na boca, isso pode vir a causar uma preocupação, medo de “**ter o bicho**” roendo e provocando dor.

Isso reflete, em parte, o que é repassado nas atividades educativas pelos profissionais de saúde, que por sua vez tiveram sua formação no modelo biomédico, incapaz de atender as necessidades da população e permitir o empoderamento (GIUDICE; PEZZATO; BOTAZZO, 2013)

Conclusão

A prática educativa dentro dos serviços de saúde é relativamente comum aos trabalhadores de saúde, e rotina para os engajados na estratégia de saúde da família em Acaraú. Porém, para que ela sirva como instrumento de transformação social é necessário uma avaliação contínua e processual sobre como ela vai se expressar. Os dados analisados levaram a interpretar que as ações educativas, realizadas com o propósito de promover mudanças, estão se limitando a pura “transmissão de conhecimentos” e “culpabilização” dos escolares que por vezes são vítimas dentro do processo saúde-doença, no qual se conhece a grande influência dos fatores externos determinantes.

Ainda os participantes das atividades educativas conhecem as doenças bucais, principalmente a cárie dentária, e suas consequências, como as dores de dentes e as consequências pós-extração. A estética e a preocupação no relacionamento social se mostraram como fatores importantes dentro do contexto social em que os escolares estão envolvidos. Os depoimentos revelaram principalmente o lado negativo dos problemas bucais com dentes cariados e dores com envolvimento psicológico. O reconhecimento da doença cárie, em si, está presente no imaginário dos escolares, porém outras doenças como as periodontites e as más oclusões não são mencionadas e que não podem ser desprezadas, tendo em vista as mudanças nos perfis epidemiológicos em idade mais avançadas.

O entendimento dos escolares sobre a evolução das doenças bucais limita-se ao aspecto biológico, provavelmente devido ao olhar biomédico centrado e predominante nas atividades educativas. Os educandos passam a conhecer a evolução das doenças como dependente da atuação de microrganismos que “furam e roem” os dentes.

O descuido na escovação e a ingestão de alimentos com açúcar são fatores primordiais na opinião dos escolares, para evolução das doenças da boca. Desta forma, as alterações nos hábitos preventivos que ficaram perceptíveis na pesquisa se limitaram a modificações nos hábitos de escovação e na quantidade de açúcar na alimentação. Por ouvirem com frequência nas ações educativas, o bordão escovar os dentes “três vezes ao dia”, foi muito utilizado entre os escolares, que o memorizam e o repetem sem haver reflexão consistente. Além disso, a escovação é muito vista como a salvação para evitar ou minimizar os danos das doenças bucais, onde a falha nesta ou a “falta de cuidados”, parece ser o fator mais importante no desencadeamento do “estrago” nos dentes.

Conclui-se, por fim, pela necessidade de uma revisão das teorias de ensino-aprendizagem para os trabalhadores de saúde bucal de Acaraú, capacitando-os para realização de atividades educativas à população com base em metodologias ativas. O aporte construído em atividades educativas rígidas, com transferência de conhecimentos desmotivadores, torna a população alienada, dependente e pouco consciente de seus problemas, impossibilitando mudanças para melhoria das condições de saúde bucal.

Referências

ACARAÚ. **A SAÚDE EM ACARAÚ:** Ações Implementadas pelo Sistema Público Municipal em 2003. 2004. 40p.

BEE, H. **A criança em desenvolvimento**. 3ª ed. São Paulo: Harbra, 1986. p. 187-218.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Anais da 1ª Conferência Microrregional de Saúde de Acaraú. Acaraú, 2000. 59p.

SOUZA, T.M.S. RONCALLI, A.G. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Caderno de Saúde Pública** v. 23, n.11, 2007, p. 2727-2739.

SANTOS, S.F. CAMPINAS, L.L.S.L, SARTORI, J.A.L. A afetividade como ferramenta na adesão às orientações sobre educação em saúde bucal na saúde da família. **O Mundo da Saúde**, v. 34, n.1, 2010, p.109-119.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 43ª ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. 144p.

_____. **Pedagogia do Oprimido**. 45ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005. 213p.

GIUDICE, A. C. M. P. PEZZATO, L. M. BOTAZZO, C. Práticas avaliativas: reflexões acerca da inserção da saúde bucal na Equipe de Saúde da Família. **Saúde em Debate**. v.37, n.96, 2013, p.32-42.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <http://www.ibge.gov.br> Acesso em 07 de abril de 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento:** Pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 2008. 269p.

WASHINGTON, Washington State Department of Health Adolescent Needs Assessment. Oral health. 2010; January p. 1-4. Disponível em: www.doh.wa.gov Acessado em 15 de junho de 2010.

Agradecimentos

Inserirosagradecimentosàs pessoas, entidades e/ou agências de fomento ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE DURANTE A SEMANA MUNDIAL DO ALEITAMENTO MATERNO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Niná Moraes Tavares – Universidade Regional do Cariri – URCA
Maria Williany Silva Ventura – Universidade Regional do Cariri – URCA
Regina Celes Alencar Coelho – Universidade Regional do Cariri – URCA
Doelam Coelho dos Reis – Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro do Norte – CE.
Karla Jimena Araújo Sampaio – URCA (Coorientador)
Simone Soares Damasceno (Orientador e Apresentador) – URCA – Email: simonedamasceno@ymail.com

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Promoção da saúde. Educação em Saúde

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência de acadêmicas de enfermagem na realização de atividades de promoção à saúde durante a Semana Mundial de Aleitamento Materno. Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de enfermagem em parceria com profissionais de saúde do Banco de Leite de uma maternidade pública municipal de Juazeiro do Norte - CE. As atividades de promoção à saúde foram realizadas no período de 1 a 7 de agosto de 2014, período destinado a Semana Mundial de Aleitamento Materno. Foram elaboradas as seguintes estratégias para promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno: rodas de conversas sobre aleitamento materno, dinâmicas problematizadoras, oficinas de relaxamento para puérperas e gincana com alunos do ensino fundamental de uma escola privada de Juazeiro do Norte – CE, destinada à arrecadação de recipientes de vidro para armazenagem do leite. Percebeu-se que a utilização de estratégias educativas na promoção do aleitamento materno é fundamental para o alcance de bons resultados durante a amamentação. Trabalhar educação em saúde sobre aleitamento materno com crianças contribui para disseminação de uma cultura da amamentação. A participação das crianças nas atividades resultou na doação de mais de 300 frascos de vidro para o banco de leite que promoveu as atividades. Evidenciou-se a importância da parceria entre universidade e serviços de saúde utilizando a comunicação e dinâmicas problematizadoras como potentes estratégias educativas a serviço da promoção à saúde.

Introdução

Dada a importância do aleitamento materno para redução da morbimortalidade infantil e contribuição para a saúde da criança, a *World Alliance for Breastfeeding Action - WABA* ou Aliança Mundial de Ação Pró-Amamentação com apoio da Organização Mundial de Saúde – OMS e do Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF criou em 1992 a Semana Mundial do Aleitamento Materno, visando facilitar e fortalecer a mobilização social para a importância da amamentação, esta acontece em 120 países e no Brasil o Ministério da Saúde a coordena desde 1999 (REDEBLH, 2014). Tal ênfase deve-se a constatação dos benefícios que o leite materno traz tanto para criança como para mãe. O Ministério da Saúde garante que o aleitamento materno fornece nutrição e crescimento à criança, é uma estratégia natural para promoção do vínculo, afeto e proteção contra doenças. A exclusividade do aleitamento materno deve ser promovida até os seis meses de vida da criança (BRASIL, 2009). Mesmo com tantas indicações e benefícios, a prática da amamentação exige esforços no sentido de promovê-la, Frota *et al.* (2009) em seu estudo relatam os fatores que predisõem o desmame precoce: a má interpretação do choro do lactente relacionando-o à fome; insuficiência do leite materno; a necessidade dessas mães trabalharem para ajudar nas despesas de casa; dificuldades relacionadas às mamas; a recusa do seio por parte da criança e sobretudo, a carência de informações relativas ao período de lactação (FROTA *et al.* 2009). Em vista disso, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro devem promover estratégias para garantir o aleitamento materno desde a consulta do pré-natal até o pós-parto através de atividades que mostrem sua importância e estimulem sua adesão. Uma das potentes estratégias que pode ser utilizada é a educação em saúde pela utilização de recursos como rodas de conversas, dinâmicas problematizadoras realizadas em grupos, entre outras. Para Zampieri *et al.* (2010) o processo educativo é flexível, dinâmico, social, reflexivo, terapêutico e ético e se constrói a partir das interações entre os seres humanos. É, portanto uma abordagem em que quem ensina aprende e quem aprende, ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências. Fundamentado nessa perspectiva esse trabalho foi desenvolvido em uma parceria entre universidade e serviço de saúde. Um grupo de acadêmicas de enfermagem no curso da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança em parceria com profissionais de um banco de leite municipal desenvolveram um conjunto de estratégias para promoção, apoio e incentivo ao aleitamento materno durante a Semana Mundial do Aleitamento Materno promovida na cidade de Juazeiro do Norte – CE. Acredita-se que esse relato de experiência amplia as possibilidades de atuação de profissionais de saúde e estudantes frente ao aleitamento materno e pode subsidiar o desenvolvimento e ou replicação das estratégias utilizadas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicas de enfermagem da Universidade Regional do Cariri em parceria com profissionais de saúde do Banco de Leite de uma maternidade pública municipal de Juazeiro do Norte - CE. As atividades de promoção à saúde foram realizadas no período de 1 a 7 de agosto de 2014, período destinado a Semana Mundial de Aleitamento Materno. Neste período foram realizadas algumas rodas de conversas com puérperas do alojamento conjunto da referida maternidade. Nessas rodas foram realizadas dinâmicas problematizadoras, a exemplo da dinâmica que utilizou cartões que continham questionamentos denominada de “jogo de cartões” sobre a temática no sentido de promover o debate. Neste momento foram tratados alguns mitos e tabus próprios do período de amamentação como as ideias de “leite fraco”, “leite insuficiente”, além dos temas aleitamento exclusivo, doação de leite e alimentação complementar, diferenciando-os em uma abordagem educativa e dialógica que permitiu a participação ativa das lactantes fazendo novos questionamentos e retirando suas dúvidas. Nesses encontros foram realizadas também demonstrações sobre as técnicas de amamentação, falado sobre características, funções e importância do leite materno e cuidados com as mamas no período de lactação. Oficinas de relaxamento e postura foram desenvolvidas com o apoio de fisioterapeutas. Para promover o aleitamento materno desde a infância realizou-se uma gincana com alunos do ensino fundamental de uma escola privada de Juazeiro do Norte – CE, a qual consistiu em construir com os alunos conhecimentos relativos ao aleitamento materno, banco de leite e doação de leite e posteriormente foram formados entre os alunos do 4º ano do ensino fundamental grupos de 5 alunos, os quais foram desafiados a realizar arrecadação de frascos de vidro para o armazenamento de leite humano. Para tanto foram confeccionadas caixas com o desafio: “Doe Vidros”. O prêmio para o grupo de alunos que arrecadasse o maior número de frascos seria uma visita supervisionada ao banco de leite e o recebimento do certificado de Doutor e Doutora Mirim.

Resultados

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

As estratégias utilizadas para promoção do aleitamento materno descritas neste trabalho permitiram a participação ativa de nutrizes e crianças em fase escolar em uma abordagem que privilegiou o diálogo e a escuta de questionamentos criando um espaço de ensino-aprendizagem múltiplo. Percebeu-se que dessa forma o conhecimento foi construído e não somente repassado, pois ao acolher e respeitar dúvidas e experiências das mulheres houve troca de saberes e as informações/orientações foram assimiladas espontaneamente. O diálogo e a comunicação são potentes instrumentos de promoção à saúde, a qual deve manter o compromisso de trocar experiências, vivências e conhecimentos (SANTOS; PENNA, 2009). Durante as rodas de conversas e dinâmicas realizadas foram recorrentes os questionamentos: *O meu leite é fraco para o meu bebê? Como faço para meu bico não ferir e o que fazer para melhorar? Meu bebê pode mamar em outra mãe? O uso de chupetas e mamadeiras faz mal a criança? O que fazer quando o leite está emperrado?* As mães relataram suas dúvidas sobre tais assuntos por meio das discussões desenvolvidas e dos relatos de experiências de outras mães. As nutrizes foram capazes de chegar às respostas corretas, ou seja, de elaborar seu conhecimento. Foram abordados mitos e tabus referentes a amamentação respeitando o conhecimento popular, mas garantindo que a informação adequada fosse promovida durante os diálogos. Percebeu-se que ainda há muitos mitos que acompanham as mulheres durante a amamentação, há carência de informações relativas ao aleitamento materno, cuidados com a mamas, retirada e armazenagem do leite e reconhece-se a necessidade de promover a saúde através de informações sobre amamentação, pois a promoção à saúde visa capacitar os indivíduos e empoderá-los para aumentar o controle sobre os determinantes de saúde e, desse modo, manter e melhorar a saúde, propiciar autonomia, mudanças de condições de vida e transformações de posturas, com vistas ao viver saudável (BRASIL, 2006). Nesse sentido, acredita-se que as estratégias aqui relatadas cumpriram esse princípio permitindo as mulheres repensarem seus papéis na condução do aleitamento materno por meio dos conhecimentos elaborados. A Gincana desenvolvida entre escolares do 4º ano do ensino fundamental reforçou a tendência de que a promoção da amamentação deve ser veiculada desde a infância, pois como já mostram alguns estudos (GALVÃO; SILVA, 2011, 2013) amamentar é uma decisão que tem relação com a história de vida da mulher e associa-se com a educação que recebe. As crianças em idade escolar desenvolvem senso crítico e capacidade reflexiva, sendo necessário abordar o tema aleitamento materno desde o ensino fundamental, pesquisa recente (GALVÃO; SILVA, 2013) no entanto, mostra que esse é um tema pouco discutido no ensino fundamental estando a temática fora dos currículos escolares. A estratégia da gincana estimulou a turma a aprender sobre a temática e esteve de acordo com a faixa etária envolvida, crianças entre 7-9 anos, as quais mostraram-se bastante comprometidas com o desafio de doação de vidros. Percebeu-se que as crianças entenderam a importância da doação de leite e o desafio lançado foi alcançado com louvor, visto que ao final de uma semana foram obtidos mais de 300 recipientes de vidro. A visita ao banco de leite foi um momento de descoberta para as crianças, ao final da visita mais um momento educativo foi realizado e as crianças receberam como estímulo os certificados de “Doutores Mirins”. A experiência realizada por acadêmicos e profissionais de saúde mostrou que há diversas oportunidades de ensinar, esclarecer, isto é, construir conhecimentos relativos ao aleitamento materno. As atividades realizadas durante a Semana Mundial de Aleitamento Materno são exemplos que a educação em saúde é o processo pelo qual as mulheres podem adquirir autonomia e decidir pelo aleitamento materno de forma segura. Os esforços empreendidos em busca da promoção da saúde perpassam a formação do profissional de saúde, o qual deve experimentar a utilização de estratégias educativas em sua formação.

Conclusão

A parceria entre diversas instituições, universidade, serviços de saúde e escola é fundamental para disseminação de uma cultura da amamentação. Esforços devem ser empreendidos no sentido de possibilitar educação em saúde e criar espaços de ensino-aprendizagem múltiplos. O desenvolvimento de estratégias educativas durante a Semana Mundial de Aleitamento Materno é exemplo de que a atuação interinstitucional é necessária para se promover saúde através da troca de experiências e multiplicação de saberes. A educação em saúde é condição necessária para garantir autonomia da mulher quanto ao aleitamento materno. Além disso, percebeu-se a necessidade de promover a temática entre crianças em meio escolar na perspectiva de que estas sejam multiplicadoras dessas informações. Enquanto acadêmicas de enfermagem a vivência desde o planejamento até a execução das atividades realizadas sensibilizou-nos para necessidade do profissional voltar-se para educação em saúde como possibilidade de ampliar as estratégias de cuidado voltadas a mulher e ao recém-nascido.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de risco** – Brasília: Anvisa, 2007.

_____. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Manual de práticas Integrativas e complementares no SUS**. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013

FROTA, M. A. *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. **Rev RENE**. Fortaleza v. 10, n. 3, p. 61-67, jul/set. 2009

GALVÃO, D. M. P. G.; SILVA, I. A. A amamentação nos manuais escolares de estudo do meio do 1º ciclo do ensino básico. **Rev. de Enferm. Referência**, v. 3, n. 4, p. 7-16. Jul, 2011

GALVÃO, D. M. P. G.; SILVA, I. A. Abordagem da amamentação nos primeiros anos do ensino fundamental. **Rev Esc Enferm USP**, v.47, n.2, p. 477-85 ago/set. 2013

REDEBLH, **Semana Mundial de Aleitamento Materno – SMAM**. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=377> Acesso em: 16 de agosto de 2014

SANTOS, R. V.; PENNA, C. M. M. A Educação em Saúde como Estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 18, n.4, p. 652-60, 2009.

ZAMPIERI, M. F. M. *et al.* Processo educativo com gestantes e casais grávidos: Possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-27, 2010.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A Equipe do Banco de Leite da Instituição que promoveu as atividades da Semana Mundial de Aleitamento Materno em Juazeiro do Norte-CE por buscar a articulação com a universidade e permitir a graduandos de enfermagem a participação nas atividades.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO: RELATO DE EXPERIÊNCIA EM UM CENTRO DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ

Andressa Lima Ramos – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral, Ceará

Email: andressalimaramos@hotmail.com

Janayna dos Santos Moura – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral, Ceará

Rosa Renata Araújo Dias – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia, Sobral, Ceará

Glênia Costa Aguiar – Universidade Vale do Acaraú, Sobral, Ceará

Evelyne de Freitas Araújo – Faculdade INTA, Sobral, Ceará.

Gracyanne Maria Oliveira Machado – Faculdade Maurício de Nassau, Parnaíba, Piauí

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

Resumo

A Amamentação é uma forma eficiente de proporcionar a criança um alimento completo e saudável, no qual contribui para a prevenção de doenças e adequado crescimento e desenvolvimento psicomotor na infância. Este trabalho tem por objetivo relatar a experiência da utilização de estratégias de incentivo ao aleitamento materno, vivenciada por residentes multiprofissionais em saúde da família no Centro de Saúde da Família. Trata-se de um relato de experiência acerca das atividades de educação em saúde realizadas por uma equipe de um Centro de Saúde da Família na zona urbana em Sobral-Ceará. Foram respeitados os aspectos éticos de acordo a Resolução 466/12. De 2 a 8 de agosto ocorreu a Semana Sobralense de Aleitamento Materno que teve como tema “Amamentação: um ganho para toda a vida!” Nesse período um CSF na zona urbana em Sobral-Ceará, promoveu uma gincana como estratégia para intensificar as atividades promovidas pelas equipes com apoio dos residentes que planejaram e desenvolveram ações de abordagem grupal e individual voltado a gestantes, nutrízes e familiares de incentivo e estímulo ao aleitamento materno. Essa experiência possibilitou uma maior sensibilização, não só dos residentes, mas também dos demais profissionais, em relação ao aleitamento materno, já que todos estavam engajados na produção de materiais didáticos e no planejamento de ações de promoção do aleitamento materno resultando em um trabalho interdisciplinar envolvendo os profissionais da equipe básica e a equipe multiprofissional.

Introdução

Amamentação exclusiva até os seis meses e a partir dos dois anos complementada com alimentos apropriados, é uma forma eficiente de proporcionar a criança um alimento completo e saudável, no qual contribui para a prevenção de doenças respiratórias, alergias alimentares, adequado crescimento e desenvolvimento psicomotor na infância, devendo-se, portanto, desencorajar a oferta de água e chá ao bebê durante esse período (DINIZ et al., 2007).

Além dos benefícios para o bebê o aleitamento materno também protege a mãe contra o câncer mamário e ovariano, auxilia na involução uterina, retarda a volta da fertilidade e aperfeiçoa a mulher em seu papel de mãe. Dessa forma, o ato de amamentar transcende o prisma biológico da promoção nutricional e de adaptação da criança. O momento da amamentação supre desde o início as necessidades emocionais, o contato pele a pele, olhos nos olhos entre dois seres, permitindo um maior contato entre mãe e filho, aumentando assim, o vínculo afetivo entre ambos (ICHISATO; SHIMO, 2001; REGO, 2009).

É um processo que envolve fatores fisiológicos, ambientais e emocionais, o que faz com que se configure como um comportamento humano complexo e heterogêneo, influenciado por credices populares que muitas vezes atingem uma proporção tão ampla, que é capaz de influenciar os próprios profissionais da saúde. Neste intuito, a iniciativa da OMS e da Unicef foi de elaborar os dez passos da amamentação com intuito de beneficiar a saúde do lactente, essa conduta têm sido potencializada no sentido de incentivar a sua prática e aumentar a adesão (VITOLLO, 2008).

Corroborando com isso, no Brasil, apesar de estudos evidenciarem uma tendência de aumento da prática da amamentação nas três últimas décadas, não faltam indícios de que ações de proteção, promoção e apoio à amamentação devem ser intensificadas, uma vez que estamos longe de atingir as metas propostas pela OMS (RAMOS; ALMEIDA, 2003).

Nesse contexto, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode ser uma ferramenta crucial para promoção e apoio ao incentivo aleitamento materno, na proporção em que oferece às famílias um cuidado integral a saúde, através da articulação de intervenções no contexto do pré-natal, durante visitas domiciliares, sessões educativas no acolhimento e sala de espera. Assim, utilizando essas formas de cuidado na saúde das mulheres, será possível conhecer os aspectos subjetivos que possam interferir no aleitamento materno (MACHADO et al., 2010).

Neste aspecto, no município de Sobral acontece anualmente desde 2006 a semana Sobralense de aleitamento materno, devido ao baixo índice de aleitamento materno exclusivo até os 4 meses no município. Uma das inovações no decorrer dos anos foi a escolha das princesas do aleitamento materno, onde são escolhidas 28 mulheres que conseguiram vencer todas as barreiras e mantiveram seus filhos em aleitamento materno exclusivo. Essa ação proporciona a mobilização de toda sociedade e tem como ponto de partida a atenção básica (VASCONCELOS; MUNIZ, 2013).

Diante do exposto este estudo tem como objetivo relatar a experiência da utilização de estratégias de incentivo ao aleitamento materno, vivenciada por residentes multiprofissionais em saúde da família.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência acerca das atividades de promoção da saúde realizadas por uma equipe multiprofissional em um Centro de Saúde da Família na zona urbana em Sobral-Ceará. As atividades desenvolvidas proporcionaram a interação do público alvo estimulando a participação, a comunicação, o autocuidado e a expressão de opiniões, contribuindo para o aprendizado individual ou grupal com trocas de conhecimentos, experiências, esclarecimento de dúvidas e desenvolvimento das práticas orientadas.

Enfatizamos, por meio da metodologia dialógica, os benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade; os riscos do uso de chupetas, mamadeiras e qualquer tipo de bico artificial; pega e posicionamento da criança; como realizar a ordenha manual e armazenamento; e como superar possíveis dificuldades durante a amamentação.

Foram respeitados os aspectos éticos de acordo a Resolução 466/12 pelos resultados não ter se referido a nenhum indivíduo, e nem tampouco ter causado prejuízos à instituição envolvida. Este tipo de estudo se trata de um relato de uma experiência vivenciado pelos autores, o que exige a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (BRASIL, 2012).

Resultados

e

Discussão

No período de 2 a 8 de agosto ocorreu a Semana Sobralense de Aleitamento Materno que teve como tema “Amamentação: um ganho para toda a vida!”, o objetivo do evento foi divulgar a importância da amamentação para mães, familiares e profissionais, e sensibilizar a sociedade o apoio à mulher que amamenta. A partir desse movimento, todos os Centros de Saúde da Família (CSFs) da cidade

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

estavam mobilizados para o incentivo ao aleitamento materno, tendo como público alvo gestantes e mães de crianças menores de 6 meses (PREFEITURA MUNICIPAL, 2014).

Nesse período o CSF Alto da Brasília, composto por duas equipes de saúde da família, promoveu uma gincana como estratégia para intensificar as atividades promovidas pelas equipes. Conforme o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB, 2014) o CSF atende a 3.945 famílias, nas quais estão inseridas 50 gestantes acompanhadas no pré-natal e 30 crianças menores de 4 meses, das quais apenas 20 estão em Aleitamento Materno Exclusivo (AME).

O pré-natal, assim como a puericultura, são momentos oportunos para realizar ações voltadas para o incentivo ao aleitamento materno, fazendo com que as mães se tornem corresponsáveis pela alimentação de seus filhos e a família como ponto de apoio para essa ação. Porém, existem fatores que influenciam negativamente na amamentação que vão desde a baixa escolaridade; idade materna jovem; baixo poder aquisitivo; falta do apoio familiar e ainda a valorização estética que se tornou um grande incentivo à alimentação artificial com o estímulo do consumo do leite em pó (PARIZOTTO; ZORZI, 2008).

Para essa realidade, é necessária uma intervenção para que os profissionais da saúde tenham um trabalho com ações efetivas, utilizando assim de conhecimentos e habilidades, tanto na prática clínica da lactação como na técnica de aconselhamento.

Nesse contexto a equipe 3 da 11ª turma de residentes em Saúde da Família Visconde Saboia composta por enfermeira, nutricionista, profissional de educação física, psicóloga e assistente social, está inserida como equipe de apoio às equipes mínimas do CSF junto com o Núcleo de Apoio à Saúde a Família (NASF).

O residente é um profissional em formação que assume responsabilidades sanitárias nos territórios de atuação, trabalhando na perspectiva de cogestão, desenvolvendo diversas atividades considerando a diversidade da clientela adstrita (MARTINS JUNIOR et al., 2008).

Neste período, os residentes como apoio às equipes, planejaram e desenvolveram ações de abordagem grupal e individual de incentivo e apoio ao aleitamento materno a gestantes, nutrízes e familiares.

Durante o pré-natal das enfermeiras, as residentes se inseriam para a realização de interconsultas com o intuito de ter um diagnóstico completo sobre a situação atual da gestante, tanto na parte física quanto na emocional e assim promover o cuidado integral oportunizando o incentivo ao aleitamento materno, enfatizando os benefícios da amamentação para mãe, a criança, a família e a sociedade.

As puericulturas também passaram a ser realizadas em forma de interconsultas, principalmente entre enfermeira e nutricionista, para o levantamento preciso das possíveis barreiras e dificuldades levantadas pelas mães contra o ato de amamentar.

Um estudo realizado em São Paulo aponta a necessidade de orientar adequadamente às lactantes dentro de um eficiente programa de educação nutricional em saúde, integrando programas de atendimento de pré-natal e de puericultura (CIAMPO et al., 2008).

A atuação da equipe multiprofissional na atenção a gestantes e nutrízes demonstrou a relevância de cada categoria profissional no acompanhamento sistemático nesta fase de vida que consideramos de extrema importância para a mulher e a família.

Uma equipe multidisciplinar é um grupo com diferentes especializações funcionais que trabalham para alcançar um objetivo comum, favorece a articulação do conhecimento de várias áreas com os seus saberes e os seus fazeres, de forma a dar mais sentido à teoria, ampliar a compreensão dos problemas de saúde e, conseqüentemente, melhorar a prática. (PEDUZZI, 2001).

Além das interconsultas realizadas a corresponsabilidade pelo cuidado do grupo de gestantes é ponto relevante para a reflexão deste público sobre a importância do aleitamento materno.

O grupo é promovido pelas enfermeiras e tem como apoio as residentes, ocorre quinzenalmente e tem público variável entre 12 a 20 gestantes. As atividades desenvolvidas no grupo ocorrem com uma metodologia dinâmica, planejada pelas cuidadoras do grupo buscando participação ativa das gestantes. Geralmente o aleitamento materno aparece nas discussões em grupo, porém na semana sobralense do aleitamento materno foi abordado como tema principal.

Para a efetividade dessa abordagem, o espaço do grupo foi ambientalizado com fotos de mães do território com seus bebês em AME, além disso, foi exposto um banner com uma figura de uma mulher amamentando e uma frase de incentivo à prática do aleitamento materno. Para discussão do tema foi utilizado um álbum seriado como recurso didático-pedagógico, confeccionado pelas residentes, o qual aborda desde os benefícios do aleitamento materno, as técnicas de amamentação até os fatores que dificultam essa prática. Esse recurso facilitou a sistematização da ação educativa, a organização conceitual, o diálogo e a interação entre profissionais e população.

Outras estratégias utilizadas para aumentar a adesão das mães à iniciativa de amamentar foram as rodas de quarteirão e as visitas domiciliares realizadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) em parceria com as residentes, com o objetivo de sensibilizar a comunidade em geral sobre os benefícios de do leite materno. Com o mesmo intuito foram confeccionados duas faixas ressaltando a importância do aleitamento materno, as quais foram expostas no bairro em pontos estratégicos diferentes.

Como forma de buscar o apoio e o comprometimento de todos dos profissionais com a promoção do aleitamento foram confeccionadas blusas com estampa voltada para o tema. Além disso, elaborou-se uma paródia cantada por toda a equipe e registrada através de vídeo para ser apresentado como produto final na gincana e utilizado como recurso didático em salas de espera de pré-natal ou grupos de gestantes.

Conclusão

A experiência relatada neste artigo possibilitou uma maior sensibilização não só dos residentes, mas também dos demais profissionais em relação ao aleitamento materno, já que todos estavam engajados na produção de materiais didáticos e no planejamento de ações de promoção do aleitamento materno resultando em um trabalho interdisciplinar envolvendo os profissionais da equipe básica e a equipe multiprofissional.

Ficou evidente a necessidade da garantia dos diversos campos de conhecimento incorporados no processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família, e, portanto, a necessidade de uma equipe multiprofissional. Além disso, destacamos a importância da realização de um planejamento para a execução desta ação de promoção da saúde, com a participação de todos os envolvidos no processo (profissionais de saúde e gestantes), levando-se em consideração os princípios que norteiam a Estratégia Saúde da Família.

Assim, ressalta-se que a inserção da equipe multiprofissional potencializou as ações de sensibilização ao incentivo ao aleitamento materno, proporcionando a construção de vínculos entre os usuários e a equipe de profissionais, além de promover um espaço de troca de saberes. Sugere-se que esta experiência seja incorporada a rotina de funcionamento do Centro de Saúde da Família, no intuito de melhorar os índices de aleitamento materno.

Referências

ALVES VS. Educação em saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no programa de saúde da família.[dissertação]. Bahia: Instituto de Saúde Coletiva; 2004.

ADAMS, F.; RODRIGUES, F.C.P. Promoção e apoio ao aleitamento materno: um desafio para enfermagem vivências. **Revista Eletrônica de Extensão da URI** ISSN 1809-1636 Vivências. Vol.6, N.9: p.162-166, Maio/2010. Disponível em:

<http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_009/artigos/artigos_vivencias_09/n9_16.pdf/>

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

BLOG DE SOBRAL: PREFEITURA MUNICIPAL. **Semana Sobralense de Aleitamento Materno**. Postado em: 5 de agosto de 2014. Disponível em:< <http://blog.sobral.ce.gov.br/2014/08/semana-sobralense-de-aleitamento.html>>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Caderno de Educação Popular em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a. 160 p. (Série B de textos básicos de saúde). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa com seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em:<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

CIAMPO, L. A. D. et al. Aleitamento materno e tabus alimentares. **Rev. Paul. pediatria**. São Paulo, v.26, n.4, p. 345-349, 2008.

DINIZ, A. B et al. Influência do Perfil Sócio-Econômico no Aleitamento Materno em Salvador, Bahia. **Gaz. méd. Bahia**, v.77, n.1, p.13-22, 2007.

GRACA, L.C.C. DA; FIGUEIREDO, M. DO C. B. CONCEICÃO, M.T.C.C. Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** .2011, vol.19, n.2, pp. 429-436. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_27.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2014.

ICHISATO SM, SHIMO AK. Aleitamento materno e as crenças alimentares. *Rev Latino-Am Enferm* 2001; 9(5):70-6.

MARTINS JUNIOR T, PARENTE JRF, SOUSA FL, SOUSA MST. Residencia Multiprofissional em Saude da Família de Sobral-Ce. **Sanare: revista de politicas publicas** 2008; v.7; n.2: 23-30.

MACHADO MCHS et al. Avaliação de intervenção educativa sobre aleitamento materno dirigida a agentes comunitários de saúde. **Rev Bras Saude Matern Infant**. 2010 dec;10(4):459-68.

PARIZOTTO J, ZORZI NT. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. **Mundo Saúde** 2008; 32(4):466-74.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev.Saúde Pública**, 2001; 35(1):103-9.

RAMOS CVR, ALMEIDA JAG. Alegações maternas para o desmame: estudo qualitativo, **J Pediatr** (Rio de Janeiro) 2003; 79(5):385-90.

REGO,J.D. **aleitamento materno**. 2ª Ed.,São Paulo: atheneu, 2009.

ROZEMBERG B. Comunicação e participação em saúde. In: CAMPOS G. W. S. et al. **Tratado de Saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009. p. 741-766.

SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=04>>. Acesso em 22 ago. 2014.

VASCONCELOS, J L; MUNIZ ,E S. **Amamentar é Doar Saúde**: Os desdobramentos de uma ação educativa de equipe multiprofissional na promoção do aleitamento materno. Comunidade de Práticas, 2013. Disponível em: <<http://atencaobasica.org.br/relato/5530>>. Acesso em: 25 ago. 2014.

VITOLO, Márcia Regina. Nutrição: da Gestação ao Envelhecimento. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM CARDIOPATIA CRÔNICA: UM ENFOQUE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza. Email: virna.ribeiro@hotmail.com

Vera Lúcia Mendes de Paula Pessoa – Universidade Estadual do Ceará.

Islene Victor Barbosa – Universidade de Fortaleza.

Rita Mônica Borges Studart – Universidade de Fortaleza.

Thereza Maria Magalhães Moreira – Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Cardiopatias. Doença crônica. Educação em Saúde. Promoção da Saúde. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se identificar as estratégias educativas utilizadas pelos enfermeiros ao paciente cardiopata crônico. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com busca de artigos nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e *National Library of Medicina* (PubMed), com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): cuidados de enfermagem (*nursing care*) e cardiopatia (*coronary disease*). A busca dos artigos ocorreu no mês de julho de 2014. A análise dos resultados deu-se de forma descritiva. Destacaram-se as seguintes estratégias educativas que visam à promoção do comportamento do autocuidado nos pacientes com cardiopatias crônicas: planejamento da alta hospitalar, consulta de enfermagem, acompanhamento e seguimento de pacientes, visitas domiciliares, implementação de programas educativos, tele-enfermagem, cartilhas impressas e tecnologias Web. Consta-se que a educação em saúde apresenta-se como um caminho válido e exitoso no manejo dos pacientes cardiopatas. Esta, quando desenvolvida de maneira clara, pode capacitar profissionais, o cliente e familiares a lidarem com o aparecimento da doença, bem como com as limitações causadas por ela.

Introdução

As Doenças Cardíacas Crônicas (DCC) são definidas como situação de adoecimento caracterizada pela progressiva limitação da capacidade física e funcional do coração, a ponto de acarretar risco à vida e/ou impedir que o indivíduo realize suas atividades diárias (BOCCHI *et al.*, 2009). Inclui a Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC) e a Doença Arterial Coronariana (DAC) e representam um conjunto de problemas de saúde complexo que apresentam grande variedade de sintomas debilitantes e uma constante ameaça de morbidade (BRENNAN; CASPER; STURGEON, 2010).

Estudos revelam que as DCV provocam mudança na vida do indivíduo acometido, pois causam deterioração da qualidade de vida e das funções pessoal e social, além de levar à perda progressiva da capacidade de se cuidar. Destaca-se, portanto, a importância de intervenções com programas educativos no intuito de capacitar os cardiopatas, tornando-os co-gestores de sua saúde (RODRIGUES-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTÉS, 2012).

A promoção da saúde, de acordo com a Carta de Ottawa, é definida como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986).

Conforme o referencial da promoção da saúde, a educação em saúde caracteriza-se como estratégia fundamental para o alcance de melhores condições de vida/saúde. É importante ressaltar que a promoção da saúde e a educação em saúde encontram-se intimamente vinculadas e promovem a qualidade de vida no cotidiano das pessoas (COLOMÉ; OLIVEIRA, 2008).

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).

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).

Nesse interim, objetivou-se identificar as estratégias educativas utilizadas pelos enfermeiros ao paciente cardiopata crônico.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, método de pesquisa utilizado na prática baseada em evidências que permite a incorporação de subsídios na prática clínica (SOARES *et al.*, 2014). A questão norteadora desta revisão foi: Quais as evidências científicas de enfermagem acerca das estratégias educativas utilizadas com pacientes cardiopatas?

Para busca dos artigos foram selecionadas as bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE) e *National Library of Medicina* (PubMed), com base nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): cuidados de enfermagem (*nursing care*) e cardiopatia (*coronary disease*). Os descritores foram analisados de forma associada, a fim de realizar uma aproximação das produções encontradas para elucidação do objetivo apresentado.

Os critérios de inclusão das publicações selecionadas para o estudo foram: artigos produzidos por enfermeiros, em parceria ou não com outros profissionais da saúde; que contemplassem o objetivo proposto; indexadas nas bases de dados LILACS, MEDLINE e PubMed; publicadas no período de 2009-2014; nos idiomas português, inglês e espanhol; e disponíveis eletronicamente na íntegra. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, trabalhos publicados em anais de evento, artigos de reflexão e de revisão. A busca dos artigos ocorreu no mês de julho de 2014.

Do material obtido, 56 artigos, procedeu-se à leitura minuciosa de cada resumo/artigo, destacando aqueles que responderam ao objetivo proposto por este estudo, a fim de organizar e tabular os dados. Seguindo os critérios de inclusão, 10 estudos foram selecionados para análise, apresentando-se de forma descritiva.

Resultados

A educação em saúde é atualmente compreendida como um processo complexo que, unindo um conjunto de saberes e práticas diversas, busca proporcionar às pessoas o mais alto nível de saúde (SOUSA *et al.*, 2010). O conceito de educação em saúde soma-se ao conceito de promoção da saúde, pois é através do educar que se potencializa a capacidade de cuidar. A utilização deste pode intervir de forma construtiva, reflexiva, dinâmica e flexível, num complexo histórico cultural de relações humanas entre sujeitos, num sistema cíclico de relações, em que se aprende com o outro, concentra-se para a transformação de ambos, de quem os rodeiam e do meio no qual estão inseridos (RIGON; NEVES, 2011).

Em se tratando da Enfermagem, a essência e especificidade do cuidado ao ser humano, à família e a comunidade implica desenvolvimento de atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2013). A

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Enfermagem configura-se, portanto, como potencialmente capaz de influir na construção de novas práticas relacionadas à promoção da saúde, principalmente através da implementação de estratégias educativas.

Partindo dessa premissa, autores evidenciaram que a educação em saúde, bem como o acompanhamento de pacientes com DCC são medidas eficazes para prevenção de agravos. Estudo realizado em um centro de reabilitação cardíaca mostrou que os pacientes acompanhados periodicamente por enfermeiros, recebendo informações sobre a doença e medidas de controle, apresentaram menos complicações decorrentes da doença, quando comparados ao grupo controle (POORTAGHI *et al.*, 2013).

Ressalta-se, também, a necessidade de uma alta hospitalar planejada e seguimento dos pacientes com cardiopatia crônica. O planejamento da alta é uma ferramenta indispensável para o cuidado integral durante a hospitalização e no pós-alta hospitalar, objetivando o autocuidado continuado do paciente em seu domicílio. Desta forma, além de aumentar a capacidade de autocuidado, fortalece a adesão ao tratamento proposto, reduz a frequência de hospitalizações não planejadas e estreita a comunicação entre o hospital e o cuidado fornecido aos pacientes de forma resolutiva e humanizada (DELATORRE *et al.*, 2013).

Nessa perspectiva, destaca-se a implementação de programas tendo como objetivo a promoção do comportamento de autocuidado dos pacientes cardiopatas. Os benefícios desses programas podem ser evidenciados em estudo recente, cujo programa envolvia atividades como encontros educativos, visitas domiciliares, tele-enfermagem e cartilha impressa (RODRIGUES-GAZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUIN; HERRERA-CORTÉS, 2012). Os autores verificaram que os pacientes que participaram do programa apresentaram melhora no comportamento de autocuidado.

O autocuidado é uma prática essencial para a obtenção de uma melhor evolução dos pacientes. Portanto, a educação em saúde sobre questões relativas à doença e tratamento podem influenciar as atitudes dos pacientes com IC, melhorar a adesão ao tratamento, reduzir internações, reduzir custo do tratamento e mortalidade, além de contribuir para a melhora da qualidade de vida (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

Uma outra ferramenta importante dentro da educação em saúde é o acompanhamento de pacientes em sua residência. Autores buscaram implementar um programa de educação e acompanhamento de pacientes com IAM por meio de visitas domiciliares e telefonemas, em um período de um ano (KIRCHBERGER *et al.*, 2010). Os resultados evidenciaram melhoras no controle da pressão arterial, manutenção do peso adequado e aderência ao uso dos medicamentos prescritos.

Estudo avaliou o impacto de um programa de prevenção de riscos de doenças cardiovasculares em pacientes que receberam alta após episódio de síndrome coronária aguda (JORSTAD *et al.*, 2013). O programa foi coordenado por enfermeiros e desenvolvido nas unidades de atenção secundária e terciária, e abrangia orientações que tinham como foco o estilo de vida saudável, fatores de risco biométricos e adesão à medicação, além dos cuidados habituais. Os autores verificaram que, em um ano, o programa resultou em redução de riscos para DCV (17,4%), bem como na redução das re-hospitalizações (34,8%).

Estudo semelhante utilizou as consultas de enfermagem para aconselhamento sobre o conhecimento, atitudes e crenças sobre os sintomas da síndrome coronariana aguda e a resposta apropriada aos sintomas, com 3.522 pacientes (McKINLEY *et al.*, 2009). Após 3 meses de estudo, os resultados evidenciaram o aumento significativo do conhecimento dos pacientes, bem como diminuição dos sintomas de ansiedade.

Destaca-se, ainda, a importância da educação em saúde para a diminuição do tempo do aparecimento da síndrome coronariana aguda e o tempo de procura do serviço hospitalar (DRACUP *et al.*, 2009).

No tocante às estratégias para as mudanças do estilo de vida, estudo recente buscou incrementar o nível de atividade física entre pacientes coronariopatas, em seguimento ambulatorial (RODRIGUES *et al.*, 2013). O grupo de intervenção, submetido ao planejamento de ação e de enfrentamento de obstáculos, apresentou níveis significativamente mais elevados de atividade física após a abordagem inicial e foram mais ativos do que os indivíduos do grupo controle. Desta forma, evidencia-se esta intervenção como uma ferramenta útil para facilitar mudanças no estilo de vida, essenciais para promoção do bem estar nesses pacientes.

Ressaltam-se a utilização dos sistemas de apoio à tomada de decisões como estratégia inovadora de educação em saúde voltadas aos pacientes cardiopatas. Estudo internacional realizou a implantação de uma tecnologia prática avançada, uma inovação do modelo de cuidados de enfermagem em domicílio, com a utilização de recursos com base na Web (*HeartCarell*). Os autores dividiram 282 pacientes com cardiopatias crônicas em dois grupos: o grupo experimental, que receberam informações de auto-gestão, ferramentas de auto-monitoramento e serviço de mensagens; e o grupo controle, com cuidados gerais. A análise dos resultados verificou-se que os grupos expostos ao *HeartCarell* apresentaram melhora qualidade de vida e autocuidado com sua doença cardíaca crônica (BRENNAN; CASPER; STURGEON, 2010).

Conclusão

Verificou-se que os enfermeiros têm grande participação nas ações educativas, em função de serem considerados como detentores de um saber científico sobre os processos de adoecimento e, conseqüentemente, sobre as diversas formas de preveni-los.

As estratégias educativas utilizadas pelos enfermeiros identificadas na literatura científica foram: planejamento da alta hospitalar, consulta de enfermagem, acompanhamento e seguimento de pacientes, visitas domiciliares, implementação de programas educativos, tele-enfermagem, cartilhas impressas e tecnologias Web.

Percebe-se, portanto, que o enfermeiro transforma o momento da técnica em momento exclusivo para o educar, dando outros contornos a sua atuação. Nesse intervím, esta torna-se menos fria e mais humanizada, fazendo com que o próprio paciente/familiar participe da ação.

Constata-se que a educação em saúde apresenta-se como o caminho mais fácil e exitoso no manejo dos pacientes cardiopatas. Esta, quando desenvolvida de maneira clara, objetiva, sem preconceitos, pode capacitar profissionais, o cliente e familiares a lidarem com o aparecimento da doença, bem como com as limitações causadas pela mesma.

Referências

BOCCHI, E.A.; BRAGA, F.G.M.; FERREIRA, S.M.A.; ROHDE, L.E.P.; OLIVEIRA, W.A.; ALMEIDA, D.R. III Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica. **Arq Bras Cardiol.**, v.93, n.1, p.1-71, 2009.

BRENNAN, P.F.; CASPER, G.R.; STURGEON, B. Technology enhanced practice for patients with chronic cardiac disease: home implementation and evaluation. **Heart Lung**, v.39, n.6, p.S34-S46, 2010.

COLOMÉ, J.S.; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação em saúde na perspectiva de graduandos de Enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v.29, n.3, p.347-53, 2008.

DELATORRE, P.G.; SÁ, S.P.C.; VALENTE, G.S.C.; SILVINO, Z.R. Planejamento para a alta hospitalar como estratégia de cuidado de enfermagem: revisão integrativa. **Rev Enferm UFPE on line**, v.7, número especial, p.7151-9, 2013.

DRACUP, K.; McKINLEY, S.; RIEGEL, B.; MEISHKE, H.; DOERING, L.V. et al. A randomized clinical trial to reduce patient prehospital delay to treatment in acute coronary syndrome. **Circ Cardiovasc Qual Outcomes**, v.2, n.6, p.524-32, 2009.

FEIJÓ, M.K.; ÁVILA, C.W.; SOUZA, E.N.; JAARSMA, T.; RABELO, E.R. Adaptação transcultural e validação da European Heart Failure Self-care Behavior Scale para o português do Brasil. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.20, n.5, 09 telas, 2012.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

JORSTAD, H.T.; BIRGELEN, C.V.; ALINGS, A.M.W.; LIEM, A.; DANTZIG, J.M.V.; JAARSMA, W. et al. Effect of a nurse-coordinated prevention programme on cardiovascular risk after acute coronary syndrome: main results of the RESPONDE randomized trial. **Heart**, v.99, p.1421-30, 2013.

OLIVEIRA, S.K.P.; LIMA, F.E.T.; PESSOA, V.L.M.P.; CAETANO, J.A.; MENESES, L.S.T.; MENDONÇA, L.B.A. Práticas de autocuidado de pacientes com insuficiência cardíaca. **Rev Ciênc Méd**, v.22, n.1, p.23-30, 2013.

POORTAGHI, S.; BAGHERNIA, A.; GOLZARI, S.E.J.; SAFAYIAN, A.; ATRI, S.B. The effect of home-based cardiac rehabilitation program on self-efficacy of patients referred to cardiac rehabilitation center. **Research Notes**, v.6, p.287-90, 2013.

RIGON, A.G.; NEVES, E.T. Educação em saúde e a atuação de enfermagem no contexto de unidades de internação hospitalar: o que tem sido ou há para ser dito? **Texto Context Enferm**, v.20, n.4, p.812-7, 2011.

RODRIGUES, R.C.M.; JOÃO, T.M.S.; GALLANI, M.C.B.J.; CMÉLIO, M.E.; ALEXANRE, N.M.C. Programa Coração em Movimento: intervenção para promover atividade física entre pacientes com doença arterial coronária. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.21, número especial, 11 telas, 2013.

RODRIGUES-GÁZQUEZ, M.A.; ARREDONDO-HOLGUIN, E.; HERRERA-CORTÉS, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado.. **Rev Latino-Am Enferm.**, v.20, n.2, 11 telas, 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.154-65, 2012.

SOARES, C.B.; HOGA, L.A.K.; PEDUZZI, M.; SANGALETI, C.; YONEKURA, T.; SILVA, S.R.A.D. Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.2, p.335-45, 2014.

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.55-60, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa charter for health promotion**. In: First International Conference on Health Promotion; Ottawa; 1986.

Agradecimentos

Às professoras que orientaram a elaboração deste estudo. Aos programas de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza e Doutorado Saúde Coletiva da Ampla Associação e Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza pela realização deste evento.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIAS HUMANIZADORAS NA PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS NEUROCOMPORTAMENTAIS DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Marina Frota Lopes – Universidade de Fortaleza; marinafrota_@hotmail.com
Erika Miller Alves Martins – Universidade de Fortaleza
Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza
Rochelle da Costa Cavalcante – Universidade de Fortaleza
Antonio Dean Barbosa Marques – Universidade de Fortaleza
José Iran Oliveira das Chagas Junior – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Recém-nascido prematuro. Enfermagem. Desenvolvimento Infantil.

Resumo

As possibilidades de surgimento de consequências no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro, durante o cuidado em unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), provêm da própria condição fisiopatológica ou são provocadas pelo uso da terapêutica, da ambiência, do manuseio excessivo e outros fatores que podem interferir no bem-estar do bebê. Objetivou-se verificar agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, bem como conhecer as estratégias humanizadoras utilizadas nesse contexto. Pesquisa observacional exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa desenvolvida na UTIN numa maternidade da rede pública de Fortaleza, Ceará, Brasil, no período de março a maio de 2012. Utilizou-se a observação direta e um questionário voltado aos cuidados durante o manuseio do bebê e a sua relação com os agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro. Foram observadas alterações comportamentais e fisiológicas durante os diversos manuseios realizados. O estudo demonstrou que a enfermagem se preocupa com a promoção de saúde e da eficiência da assistência prestada ao recém-nascido prematuro no intuito de evitar agravos posteriores à sua internação.

Introdução

Apesar da importância da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) para os neonatos doentes, contraditoriamente, essa unidade que deveria zelar pelo bem-estar da criança em todos os seus aspectos, é por excelência um ambiente impessoal e até instável para aqueles que não estão adaptados às suas rotinas. Tal ambiente é repleto de luzes fortes e constantes, barulho, mudanças de temperatura, interrupção do ciclo do sono, visto que são necessárias repetidas avaliações e procedimentos, acarretando, muitas vezes, desconforto e dor (REICHERT; LINS; COLLET, 2011).

Segundo Cruz et al (2011), as possibilidades de surgimento de consequências no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro (RNPT), durante o cuidado em UTIN, provêm da própria condição fisiopatológica ou são provocadas pelo uso da terapêutica, da ambiência, do manuseio excessivo e outros fatores que podem interferir no bem-estar do bebê. Em contradição a estes aspectos o Método Mãe Canguru (MMC) é um modelo de assistência perinatal voltado para a promoção do cuidado humanizado que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial. Visa promover, por meio do contato pele-a-pele precoce entre a mãe e o seu bebê, maior vínculo afetivo, maior estabilidade térmica e melhor desenvolvimento (BRASIL, 2009).

O MMC recomenda a continuidade dessa promoção da saúde ao RNPT e de baixo peso após a alta hospitalar, por meio de um programa de acompanhamento chamado *follow-up*. Diante das considerações o estudo se justifica ao ressaltar a participação dos profissionais de enfermagem na qualidade da assistência na UTIN e o cuidado no manuseio dos RNPT para a prevenção de agravos no seu desenvolvimento neurocomportamental.

Seguindo este pensamento, surgiram alguns questionamentos: *Quais as consequências do manuseio na UTIN? Após a alta hospitalar, como ocorre o acompanhamento dos RNPT? Como é a dinâmica desse acompanhamento? Como a equipe de enfermagem pode contribuir na prevenção de danos neurocomportamentais aos RNPT internados na UTIN?* Diante das considerações buscou-se com o estudo verificar agravos no desenvolvimento neurocomportamental do recém-nascido prematuro internado em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, bem como conhecer as estratégias humanizadoras utilizadas nesse contexto.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter observacional exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. A pesquisa qualitativa costuma a ser descrita como holística, pois se baseia na premissa de que os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus autores (POLIT, 2004).

O local escolhido para execução desse estudo foi a UTIN, da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), pertencentes à Universidade Federal do Ceará (UFC), na cidade de Fortaleza-Ceará, Brasil. A MEAC é uma Instituição-escola de saúde especializada, considerada de nível terciário, constituindo referência para atendimentos obstétrico e neonatal de alta complexidade, e atende cerca de 8.000 partos anuais.

Os sujeitos da pesquisa foram os RNPT internados na UTIN da MEAC durante a coleta de dados mediante observação não participativa para verificar as respostas fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN durante o manuseio. Para tanto, utilizou-se um formulário contendo os dados de identificação do RN e da mãe; e as respostas fisiológicas e comportamentais apresentadas pelo RN durante o manuseio, sendo captadas mediante o auxílio de monitores de oximetria de pulso e saturação de oxigênio do RN.

A coleta de dados foi realizada nos meses de março a maio de 2012 e ocorreu em dois momentos. Em um primeiro momento observou-se o manuseio e as respostas fisiológicas e comportamentais do RNPT, bem como estratégias humanizadoras desenvolvidas durante o cuidado. Cada um dos RNPT foi observado por um período de 12 horas. Neste estudo considerou-se manuseio o toque ao neonato internado em UTIN, após a abertura da incubadora. Concomitante observou-se o delineamento do relacionamento equipe de enfermagem/paciente. No segundo momento fez-se uma observação durante a consulta de *follow-up* quando se buscou identificar, possíveis consequências do manuseio excessivo do RNPT na UTIN.

Para análise dos dados, utilizou-se uma abordagem qualitativa, que não se preocupa em quantificar, mas sim em compreender e explicar as relações sociais bem como a dinâmica, e, tem o interesse de atingir um nível de realidade, ou seja, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2004).

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da referida Instituição, sob protocolo nº 156/11, respeitando os aspectos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para garantir o anonimato dos RNPT estes foram identificados no texto mediante nomes fictícios com as denominações de RNPT: (RNPT 1... RNPT 12). As mães e/ou responsáveis também ficaram cientes de que os dados obtidos podem ser divulgados junto à comunidade acadêmica, respeitando o caráter confidencial das identidades.

Resultados

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Participaram da pesquisa doze RNPT, sendo que sete deles com idade gestacional (IG) entre 22 a 30 semanas e cinco com IG acima de 30 semanas. Os diagnósticos dos bebês avaliados na UTIN eram: prematuridade, icterícia, síndrome do desconforto respiratório, risco para infecção neonatal, baixo peso ao nascer (BPN) na maioria dos casos com mais de um diagnóstico. Os tratamentos mais utilizados eram: incubadora aquecida, antibioticoterapia, ventilação mecânica, uso de surfactante, fototerapia e fisioterapia. Vale ressaltar que no ano de 2010 foram registrados 4.308 nascido-vivos na MEAC, dos quais 4.289 (99,55%), quase sua totalidade, foram admitidos na Unidade de Internação Neonatal (UIN) e, destes, 848 RN (19,77%) apresentaram baixo peso, ou seja, peso inferior a 2.500g. No primeiro trimestre de 2011, segundo o Sistema de Controle Clínico da MEAC, foram registrados 1.081 nascidos vivos, dos quais 433 RN (40%) foram admitidos na UIN.

O manuseio do RNPT na UTIN

Com os avanços tecnológicos ocorridos nas UTIN, os RN, em particular os prematuros, apresentam aumento na sobrevivência, e, por conseguinte, crescimento no tempo de permanência dentro da unidade, que lembra um parque tecnológico, com incubadoras, berços, ventiladores mecânicos, bombas de infusão, produzindo sons que se misturam às vozes em conversação.

O manuseio ao RNPT internado na UTIN é essencial para que se possa alcançar a sua recuperação, porque são realizados inúmeros cuidados pela gravidade das patologias e caso não seja realizado de forma adequada poderá trazer malefícios. É importante que a equipe multiprofissional seja consciente dos riscos que podem ser causados a esse tipo de paciente no que diz respeito aos mecanismos gerados pelo manuseio.

O manuseio do RNPT quase sempre fica por conta da equipe de saúde devido às suas condições. Esse manuseio deve levar em consideração que o bebê é uma pessoa. Assim, deve-se observar sua pele, seu choro, as mímicas que demonstram desconforto, buscando ajustar o manuseio do neonato aos sinais que ele demonstra. Caso isso não seja possível, deve-se tentar suavizar ao máximo o manuseio (BRASIL, 2009).

No que se refere às respostas fisiológicas, observou-se que nos 19 manuseios ao RNPT na UTIN, seis apresentaram alterações na cor da pele; 16 apresentaram diminuição na saturação de oxigênio (SAO₂); 10 bebês tiveram sua frequência cardíaca (FC) aumentada. Quanto às alterações comportamentais quatro deles demonstraram estado de satisfação e conforto; oito apresentaram choro, e 18 estado de sonolência. Em relação às expressões e mímicas demonstradas pelos bebês, quatro apresentaram maior abertura dos olhos, 14 apresentaram maior abertura da boca; três tinham um olhar mais expressivo (medo?) e 12 apresentaram alterações na expressão facial.

Assim, esses dados representam que durante todos os manuseios o RNPT apresentou alguma alteração, seja fisiológica ou comportamental, o que pode interferir no seu desenvolvimento neurocomportamental. Além de verificar as alterações do bebê durante o manuseio, observou-se o ambiente da UTIN, como nesse local existem fatores que contribuem para um risco no desenvolvimento neurocomportamental desse, como os ruídos, luminosidade, RN entubados, a ausência de algum profissional da equipe de enfermagem e a superlotação, sobrecarregando os profissionais atuantes, interferindo na assistência.

Os níveis de ruídos altos, também podem prejudicar a cóclea, causando a perda da audição, além de interferirem no repouso e no sono do bebê, levando à fadiga, agitação e irritabilidade, deixando a criança chorosa, aumentando a pressão intracraniana e predispondo à hemorragia craniana intraventricular nos prematuros (TAMEZ; SILVA, 2006).

Durante o estudo as atividades mais executadas pelas enfermeiras na UTIN eram: mudança de decúbito, aspiração, coleta de exames, gasometria, curativo, passagem de cateter central de inserção periférica (PICC). A UTIN em questão apresenta ruídos que podem causar agravos no desenvolvimento do RNPT. Os ruídos percebidos são gerados da torneira de lavar as mãos que fica na unidade, da portinhola das incubadoras, dos aparelhos, do ar condicionado, do diálogo entre os profissionais que atuam no local.

Em relação à luminosidade, verificou-se que os profissionais utilizam uma manta sobre a incubadora como proteção aos olhos do bebê. E ao que é submetido à fototerapia, é colocado um protetor ocular em seus olhos. Os efeitos de luzes fluorescentes contínuas sobre os RN têm preocupado os pesquisadores, devido aos efeitos fisiológicos e bioquímicos que esse tipo de iluminação causa, pois acaba interferindo no desenvolvimento do ritmo de padrão dia e noite, muito importante no desenvolvimento futuro desse paciente.

Com relação ao manejo frequente devido às rotinas e aos procedimentos, a equipe deve melhorar a posição da criança antes dos procedimentos; programar o cuidado em etapas, se possível, e providenciar a manutenção de suporte até que o neonato se acalme. Algumas posturas no leito que favorecem o conforto da criança internada precisam ser adotadas e consistem em criar um “ninho” com rolos de fralda; usar colchão de água; alternar posição regularmente e manter posição prona (decúbito ventral) e lateral sempre que possível.

Estratégias humanizadoras

Pode-se constatar a interação enfermeira/RNPT/mãe durante a implementação de estratégias humanizadoras na realização dos cuidados ao neonato na UTIN. Percebeu-se que durante a realização dos cuidados aos RNPT as enfermeiras observadas, praticaram algumas estratégias humanizadoras haja vista que sete delas realizaram troca de olhar com o RNPT; sete tocaram o neonato de forma carinhosa; oito enfermeiras proferiram palavras de conforto e tranquilidade durante a realização dos cuidados; cinco sorriram para o bebê; seis o acalentaram após procedimentos dolorosos e três enfermeiras interagiram com mãe do neonato durante e após o cuidado realizado.

Estudos demonstram que para promover o conforto, deve-se intervir no ambiente físico, como também, na ambiência humana que cerca o RN, atentando para alguns procedimentos como: interagir com o bebê de forma a comunicar que serão iniciados os cuidados de rotina, aquecer as mãos antes de tocá-lo, explicar que ele se encontra numa UTIN e que em breve seus pais virão visitá-lo, chamá-lo pelo nome, avisá-lo de irá embora ao final de seu expediente e que alguém irá substituí-la (SILVA; SILVA; CHRISTOFFEL, 2009).

Acredita-se que o cuidado a ser promovido na UTIN necessite ser exercido e vivenciado em sua totalidade, na tentativa de reduzir manuseios excessivos que possam comprometer o bem-estar do RN, provocando manifestações de estresse, dor, alterações fisiológicas e comportamentais. O profissional de enfermagem tem grande importância no cuidado com um paciente frágil que é o RNPT, pois ele irá acolher e incentivar a recuperação desse pequeno paciente, fazendo com que esse cuidado seja prolongado ao ter uma comunicação com a família/mãe do RN.

Conclusão

A capacidade de o profissional observar e intervir junto aos sinais neurocomportamentais é um dos passos para a humanização do atendimento. Destaca-se que essas ações não dependem de tecnologia e grande disponibilidade de recursos financeiros, porém esta prática é influenciada por diversos fatores como: sobrecarga de trabalho; sutileza dos sinais; a observação ativa na prática diária; e a necessidade de capacitações para tal.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O estudo demonstrou que a enfermagem se preocupa com a promoção da saúde oferecida ao RNPT no intuito de evitar agravos posteriores à sua internação. Contudo, o barulho dos aparelhos, o diálogo entre os profissionais e os ruídos provocados pela abertura das portinholas são fatores de risco que podem interferir no desenvolvimento neurocomportamental, mesmo que essas ocorrências sejam uma rotina da UTIN. Sendo necessária uma melhor avaliação do ambiente para que este não seja um fator prejudicial no desenvolvimento do RN.

Vale ressaltar que o mesmo não tem capacidade verbal para se comunicar, e é através dessas alterações que ele interage com a equipe multiprofissional. Cabe à enfermagem perceber e compreender o que estas respostas representam, a fim de amenizar e prevenir futuras mudanças no crescimento e desenvolvimento da criança.

Referências

REICHERT, A.P.S.; LINS, R.N.P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. **Rev. eletrôn. enferm.**, v.9, n.1, p.200-213, 2007.

CRUZ, A.R.M. et al. Sentimentos e expectativas da mãe com filho prematuro em ventilação mecânica. **Rev. eletrôn. enferm.**, v.12, n.1, p.133-139, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso: método mãe-canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2004.

TAMEZ, R.N.; SILVA, M.J.P. **Enfermagem na UTI neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SILVA, L.J.; SILVA, L.R.; CHRISTOFFEL, M.M. Tecnologia e humanização na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: reflexões no contexto do processo saúde-doença. **Rev. Esc. Enferm.** v.43, n.3, p.45-8, 2009.

Agradecimento

À equipe que se dispôs a dialogar e expor superações para a realização do trabalho, bem como os professores que contribuíram para que a pesquisa se tornasse realidade.

.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATÉGIAS PARA A PROMOÇÃO DO CUIDADO EM PLANEJAMENTO FAMILIAR: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Raisa Tomé de Sousa Santos – Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – raisa_jasmine@hotmail.com

Erika Pollyany Ferreira Balbino – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Dalila Ribeiro da Silva – Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC)

Luciene Silva Domingos Ferreira – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Rwizziane Kalley Silva Pessoa de Barros – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Vívian Marcella dos Santos Silva – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Palavras-chave: Planejamento Familiar. Anticoncepção. Saúde da Família. Serviços de planejamento familiar. Saúde da Mulher

Resumo

De acordo com estudo feito por Santos e Freitas (2011), o planejamento familiar como mecanismo de limitação da reprodução feminina é composto de: visita das mulheres ao ginecologista, participação das reuniões de planejamento familiar e compra do contraceptivo ou entrega gratuita no Posto de Saúde. Sendo assim, objetivou-se na presente pesquisa refletir sobre as práticas em planejamento familiar e, especialmente se os resultados obtidos são satisfatórios para o núcleo familiar e profissionais de saúde. Neste estudo foi utilizado o método da revisão bibliográfica e para isso foram utilizados 11 artigos que estivesse em língua portuguesa. Notou-se então que, há necessidade de mudança no modelo de assistência atualmente prestado, que espera ser procurado, por um modelo que busque os usuários/casais/famílias precocemente, agindo de forma preventiva e fornecendo um cuidado em planejamento familiar individualizado, equânime e integral, de acordo com os princípios norteadores do SUS e com as orientações da Política de Planejamento Familiar. Sugere-se assim que, ações de planejamento familiar ultrapassem o simples ato da entrega de anticoncepcionais e promovam relações familiares, comunitárias e sociais mais saudáveis, com espaços para todos conversarem e trocarem experiências sobre as condições de vida, visando a uma participação ativa do parceiro e de todos os membros da equipe de saúde e reconheceu-se a importância da qualidade desse serviço para as mulheres, casais e família, visando que todos possam ter uma prática saudável e efetiva como medida de promoção da saúde.

Introdução

A assistência ao planejamento familiar é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes do Programa Saúde da Família (PSF), um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência. (MS, 2001)

Desde a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, são incentivadas práticas de saúde relativas ao planejamento familiar, adotando políticas e medidas para permitir o acesso da população aos meios de contracepção. Inicialmente foram ofertados insumos contraceptivos para os serviços públicos de saúde e a capacitação dos profissionais para desenvolverem a atenção em planejamento familiar com qualidade. (Osis et al., 2006)

O planejamento familiar foi definido segundo Fonseca-Sobrinho citado por Santos e Freitas (2011), como instrumento da assistência materno-infantil e advém de um processo de informação e de educação aos casais e à população em geral, sobre a reprodução, a importância da família na comunidade, o papel da mulher, o papel do pai e do filho dentro desse contexto e, finalmente, sobre as repercussões de tudo isso na comunidade.

Ainda hoje, apesar de ser uma das principais ações de prevenção dentro do Programa de Saúde da Família (PSF), vê-se que os esforços empregados são marcados pela descontinuidade e baixa efetividade das ações, e os avanços ocorrem de forma muito lenta, trazendo consequências importantes no desenvolvimento familiar. Porém, tem suas ações comumente voltadas ao controle de natalidade e, mais recentemente, centradas na mulher e no uso de métodos contraceptivos.

Sendo assim, objetiva-se a presente pesquisa refletir sobre as práticas em planejamento familiar e, especialmente se os resultados obtidos são satisfatórios para o núcleo familiar e profissionais de saúde.

Metodologia

Para o alcance do objetivo, optamos pelo método da revisão bibliográfica, isto é, explica um problema a partir de referenciais teóricos publicados em documentos. O levantamento bibliográfico foi realizado pela Internet, pela BIREME, no banco de dados Lilacs (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde) e na base de dados BDENF (Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil), consideradas as principais da área da saúde brasileira.

Foi utilizado como descriptor principal: Planejamento familiar associado a anticoncepção, saúde da família política de planejamento familiar. Foram utilizados 11 artigos que estivesse em língua portuguesa.

Resultados

O planejamento familiar permite aos indivíduos traçarem o rumo de suas gestações de acordo com suas vontades de maneira consciente e racional, pretende-se com essas ações um impacto direto na saúde e bem-estar familiar, ou seja, sobre o resultado de cada gestação, uma vez que permite seu espaçamento adequado, e pode atrasar a gravidez em mulheres jovens, reduzindo os riscos de problemas de saúde e de mortalidade materna e infantil.

Além disso, ao reduzir as taxas de gravidez indesejada, o planejamento familiar reduz a necessidade de abortos inseguros, que responde por 13% da mortalidade materna global. Repercute também no aspecto social, haja vista a maternidade na juventude estar relacionada com educação precária, baixa inserção no mercado de trabalho, baixa autoestima e falta de perspectiva de vida, fatores que contribuem para a perpetuação do ciclo de pobreza. (Moura e Gomes, 2014)

De acordo com estudo feito por Santos e Freitas (2011), o planejamento familiar como mecanismo de limitação da reprodução feminina é composto de: visita das mulheres ao ginecologista, participação das reuniões de planejamento familiar e compra do contraceptivo ou entrega gratuita no Posto de Saúde. Contudo, as mulheres, tanto do meio urbano quanto rural, não assistem a todas as reuniões de orientação do planejamento familiar, tendo como principal objetivo o comparecimento para obter o contraceptivo.

Segundo Camiá et al. (2001), a qualidade da informação fornecida pelos profissionais é fundamental para obtenção de resultados positivos. Nesse caso, a eficiência do processo educativo aumenta as possibilidades de efetividade do planejamento familiar, ou seja, capacita os usuários na tomada de decisões sobre a arquitetura e a dinâmica da família.

Além disso, de acordo com Santos e Freitas (2011), as políticas públicas destinadas ao planejamento familiar não lidam com as diferenças socioeconômicas e geográficas, o que torna o modelo frágil para famílias pobres, especialmente as rurais.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Fato também reafirmado por Carvalho e Brito (2005), quando diz que o planejamento familiar não atende às demandas de mulheres pobres, apresentando restrições quando aplicado a mulheres que pertencem a classes sociais menos favorecidas. Uma vez que, devido ao desemprego e baixa renda, famílias carentes necessitam dos benefícios advindos da procriação, tais como salário maternidade, bolsa família, entre outros, para manutenção financeira do lar, acabando por tornar ineficazes as orientações dadas durante as ações de planejamento familiar.

De acordo com estudo feito em 2014, sobre o uso de serviços de planejamento familiar por jovens em experiência de gravidez, feito por Moura e Gomes, viu-se que estes são utilizados majoritariamente por indivíduos de baixa renda familiar. Além de que em estudo realizado em Porto Alegre (RS) notou-se que tais indivíduos também apresentam maior necessidade insatisfeita de anticoncepção. (Fernandes et al., 2009)

Outro fator observado na pesquisa de Moura e Gomes (2014), foi que a ocorrência de uma gravidez não foi suficiente para garantir a utilização do serviço de planejamento familiar por estas jovens, o qual só ocorreu significativamente após vivenciarem mais de uma gestação. Portanto, ser multigesta foi a característica das participantes deste estudo que as impulsionaram a buscar os meios de ter a decisão sobre o número de filhos a partir daquele momento de suas vidas.

Ainda, percebe-se com o estudo que após a ocorrência de uma gestação, a jovem fica menos constrangida em buscar auxílio dos profissionais de saúde para questões relacionadas ao sexo, e que uma vez participantes de serviço de planejamento familiar tendem a percebê-lo como importante provedor de informações e, consequentemente, práticas reprodutivas saudáveis. Constatado pelo fato de que aquelas que participavam efetivamente das atividades de planejamento familiar, utilizaram algum método contraceptivo nas últimas relações sexuais, seguindo assim as orientações para o controle da fertilidade que buscavam.

Outro aspecto importante, levantado por Santos e Freitas (2011) é a centralização do planejamento familiar na figura feminina. Na maioria das vezes, a mulher participa sozinha das reuniões de orientação para o planejamento familiar. A mulher faz a escolha do contraceptivo e assume a responsabilidade pela decisão da quantidade de filhos. Entretanto, a família é entendida como um sistema em que o indivíduo não deve ser tratado separadamente, mas fazendo parte de uma rede interligada a outros seres e a comunidade em geral.

Quanto às ações educativas em planejamento familiar realizadas em uma Unidade de Saúde da Família em Riberião Preto (SP), em pesquisa feita por Pierre e Clapis (2010), os profissionais informaram que as mesmas são realizadas, prioritariamente, de forma individualizada em visitas domiciliares ou por meio de consultas médicas ou de enfermagem, e, esporadicamente, são realizadas em grupos no serviço de saúde, nas escolas e em reuniões de quarteirão. Percebe-se que há predominância do atendimento individual, distanciando-se do enfoque mais coletivo, que é a proposta do Programa de Saúde da Família, e ainda que as mulheres constituem o público-alvo das ações educativas sobre planejamento familiar nesse serviço.

Ainda nesta mesma pesquisa, observou-se que dentre as ações educativas do planejamento familiar, o principal tópico abordado é a orientação sobre métodos anticoncepcionais, ficando em segundo plano os aspectos relacionados à saúde sexual e reprodutiva, tais como: informações sobre a sexualidade humana, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo uterino, maternidade e paternidade responsáveis. Além disso, notou-se também que nenhuma menção foi feita as informações fornecidas sobre concepção.

O Ministério da Saúde (2002) recomenda que as ações educativas em contracepção devam ser realizadas em grupo, procedendo à primeira consulta

médica, a fim de que os usuários compartilhem dúvidas, sentimentos e conhecimentos. De acordo com Nagahama (2009) em uma análise do grau de implantação dos serviços de saúde reprodutiva feita nas unidades de saúde do município de Maringá no Paraná, percebeu-se que quase metade das 23 unidades (47,8%) não realizavam grupos educativos de planejamento familiar, e em outros 47,8% o tema do planejamento familiar era abordado em outros grupos educativos: gestantes, adolescentes e mães. Apenas uma unidade promovia, no mínimo uma vez ao mês, grupos educativos sobre planejamento familiar.

Partindo-se da premissa de que a atividade educativa em grupo deve ser a porta de entrada para o atendimento sistematizado, identificaram-se deficiências que se originaram na captação do usuário, persistiram nos grupos educativos e se estenderam à atenção subsequente da equipe de saúde. (Nagahama, 2009)

Nesta mesma pesquisa feita por Nagahama (2009), foi analisada a situação da oferta dos insumos contraceptivos nas unidades básicas de saúde, viu-se que o anticoncepcional hormonal oral monofásico de baixa dosagem e o preservativo masculino foram os únicos insumos disponíveis em todas as unidades básicas de saúde. Por outro lado, o anticoncepcional oral de emergência estava disponível em 65,2% das unidades básicas, o anticoncepcional hormonal injetável trimestral em 87%, a minipílula em 95,6% e o preservativo feminino em 30,4%.

Além disso, nas unidades de saúde pesquisadas em Maringá, a oferta do dispositivo intra-uterino (DIU) deu-se de forma variada e o anticoncepcional hormonal oral de média dosagem não constituía medicação padronizada pelo nível central e, por isso, não foi encontrado em nenhuma das unidades básicas de saúde. Quanto a referência para contracepção cirúrgica, viu-se que em 74% das unidades básicas de saúde não havia um mecanismo formal de encaminhamento para tal procedimento, apenas 26% delas realizava o encaminhamento por meio de ações individualizadas dos profissionais de saúde.

O estudo feito (Op., Cit.,) apontou para um modelo de atenção baseado no atendimento da demanda espontânea e, sobretudo, que restringe o direito do usuário de exercer amplamente seus direitos sexuais e reprodutivos, à proporção que limita o direito de escolha livre e informada do método contraceptivo e a oportunidade de discutir suas necessidades e opções em relação à fertilidade e à contracepção.

Diante destes achados, nota-se que há necessidade de mudança no modelo de assistência atualmente prestado, que espera ser procurado, por um modelo que busque os usuários/casais/famílias precocemente, agindo de forma preventiva e fornecendo um cuidado em planejamento familiar individualizado, equânime e integral, de acordo com os princípios norteadores do SUS e com as orientações da Política de Planejamento Familiar.

Conclusão

De acordo com o Ministério da Saúde, planejamento familiar é o direito que toda pessoa tem à informação e ao acesso aos recursos que permitam optar livre e conscientemente por ter ou não ter filhos. O número, o espaçamento entre eles e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são opções que toda mulher deve ter em relação ao direito de escolher de forma livre e por meio da informação, sem discriminação, coerção ou violência.

Porém como visto nesta revisão bibliográfica, na prática, o planejamento familiar preconizado pelo Ministério da Saúde não é compatível com as ações realizadas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma vez que, apesar de ser considerado prioritário, o planejamento familiar geralmente ocupa plano secundário nos serviços de saúde.

Além disso, o foco do planejamento familiar passou a contemplar elementos da saúde da mulher, mas ainda mantém como foco principal o controle da natalidade. Ainda assim, o planejamento familiar, muitas vezes, só é iniciado depois do primeiro filho. Mostrando,

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

portanto, que na organização dos serviços não é prioridade oferecer às usuárias a possibilidade de trilhar sua trajetória sexual sem risco de gravidez indesejada e de fato planejar a sua família como o casal desejar.

A maioria dos estudos efetivados aqui evidenciaram a predominância de serviços de saúde sexual e reprodutiva voltados para as mulheres. Entretanto, entende-se que é indispensável a introdução de ações que contemplem o planejamento familiar para homens também, de forma compartilhada com as mulheres, na perspectiva do exercício dos direitos sexuais e reprodutivos.

Outra fragilidade percebida foi a falta de adequação do programa às características individuais e familiares dos envolvidos: valores pessoais, características de personalidade, história de vidas são elementos que interferem diretamente nessa estrutura; enfim, se desconsiderados, oferta-se um modelo verticalizado de planejamento familiar, de modo que os envolvidos sejam passivos no processo.

Observou-se também a necessidade de se ampliar a disponibilidade de serviços de planejamento familiar para a população de menor renda, a qual possui maior dificuldade de controle de fecundidade, como forma de intervir para o melhoramento da qualidade e das perspectivas de vida deste grupo. Nesse sentido, o planejamento familiar ajudaria na promoção de um equilíbrio entre renda e fecundidade, tornando-se imprescindível para a diminuição da pobreza e da desigualdade social, com melhorias na saúde materna e infantil, e na condição social da população.

Também, viu-se que os métodos utilizados, tais como palestras em grupos ou individuais, podem ser falhos quando reproduzem a ação assistencial característica da saúde, não conseguindo tornar os usuários ativos no processo de planejar sua família.

A revisão bibliográfica revelou a má qualidade da atenção, a dificuldade de integrar ações e a oferta limitada de métodos anticoncepcionais, essa inadequação na assistência pode ser expressa no conhecimento limitado das mulheres sobre esses métodos, no seu uso inadequado, na falta de continuidade e seguimento no manejo de métodos, na desarticulação entre as atividades educativas e clínicas e na relação interpessoal autoritária entre clientes e profissionais de saúde.

Sugere-se assim que ações de planejamento familiar ultrapassem o simples ato da entrega de anticoncepcionais e promovam relações familiares, comunitárias e sociais mais saudáveis, com espaços para todos conversarem e trocarem experiências sobre as condições de vida, visando a uma participação ativa do parceiro e de todos os membros da equipe de saúde.

Por fim, reconhece-se a importância da qualidade desse serviço para as mulheres, casais e família, visando que todos possam ter uma prática saudável e efetiva como medida de promoção da saúde.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Planejamento familiar: manual para o gestor**. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

CAMIÁ, G.E.K; MARIN, H.F; BARBIERI, M. **Diagnósticos de enfermagem em mulheres que frequentam service de planejamento familiar**. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2001; 9(2):26-34.

CARVALHO, J.A.M; BRITO, F. **A demografia brasileira e o declínio da fecundidade no Brasil: contribuições, equívocos e silêncios**. Revista Brasileira Estado e População 2005; 22(2):351-369.

FERNANDES, L.C.L; BERTOLDI, A.D; BARROS, A.J.D. **Utilização dos serviços de saúde pela população coberta pela Estratégia de Saúde da Família**.*Rev Saude Publica*2009; 43(4):595-603

FONSECA-SOBRINHO, D. **Estado e população: uma história do planejamento familiar no Brasil**. Rio de Janeiro:Rosa dos Tempos; 1993.

MOURA, L.N.B; GOMES, K.R.O; **Planejamento familiar: uso dos serviços de saúde por jovens com experiência de gravidez**. Ciência & Saúde Coletiva, 19(3):853-863, 2014.

OSIS, M.J.D et al. **Atenção ao planejamento familiar no Brasil hoje: reflexões sobre os resultados de uma pesquisa**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(11):2481-2490, nov, 2006

NAGAHAMA, E.E.I. Avaliação da **implantação de serviços de saúde reprodutiva no Município de Maringá, Paraná, Brasil**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S279-S290, 2009.

PIERRE, L.A.S; CLAPIS, M.J. **Planejamento familiar em Unidade de Saúde da Família**. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 18(6):[08 telas] nov-dez 2010

SANTOS, J.C, FREITAS, P.M. **Planejamento familiar na perspectiva do desenvolvimento**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3):1813-1820, 2011

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, por ter nos dado saúde e força para superar às dificuldades, ao apoio e confiança, como também aos amigos que nos auxiliaram direta e indiretamente para conclusão deste trabalho, o meu muito obrigada.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO CARDIOVASCULAR GLOBAL PARA PREVENÇÃO DA MORBIMORTALIDADE POR ATEROSCLEROSE.

Autor 1 (apresentador) – Wagner Robson Germano Sousa – Universidade Estácio de Sá – dr.robsongermano.biomed1@gmail.com
Autor 2 – Maria Medice Silva Moreno – Sec. Saúde do Estado do Ceará
Autor 3 – Vânia Melo Chaves – Sec. de Saúde do Estado do Ceará
Autor 4 – Fabíola Rabelo Lopes - Sec. de Saúde do Estado do Ceará
Autor 5 – Ricardo Bezerra Oliveira – Sec. Saúde do Estado do Ceará
Autor 6 (Orientador) – Milena Abrão de Sena – Centro Universitário Christus

Palavras-chave: Aterosclerose. Risco Cardiovascular Global. Morbimortalidade.

Resumo

Inseri resumo (ARIAL,10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais (máximo de 250 palavras)

Esta pesquisa é um estudo observacional transversal do tipo multicêntrico. Teve como objetivo avaliar o risco cardiovascular global e identificar a prevalência de fatores de risco cardiovascular responsáveis pela instalação da aterosclerose. O estudo foi realizado no nordeste brasileiro, para coleta de dados utilizou-se questionário com módulos capazes de estratificar o risco cardiovascular global. O critério de inclusão foi, idade ≥ 40 anos. Para identificar associação entre o fator de risco e os seus desfechos ateroscleróticos (IAM, AVC e MS) e reduzir os vieses utilizou-se inferência estatística. Os resultados obtidos confirmaram que indivíduos com o risco mais aumentado para evento cardiovascular corresponderam aos portadores de estilo de vida aterogênico, entre aqueles com os mais baixos níveis de risco estavam os que apresentaram estilo de vida cardioprotetor. Por fim concluiu-se que os desfechos clínicos IAM, AVC e MS ocorreram com maior prevalência em indivíduos com fatores de risco e estilo de vida aterogênico.

Introdução

As doenças cardiovasculares são um importante problema de saúde pública, constituem-se na principal causa de morbidade e mortalidade no mundo. No Brasil, são responsáveis pela maior mortalidade proporcional por grupos de causas (32%), e dentre elas, destaca-se para a aterosclerose (Batista *et al.*, 2012).

A aterosclerose é uma doença inflamatória crônica de origem multifatorial que ocorre em resposta à agressão endotelial, acomete principalmente a camada íntima de artérias de médio e grande calibre (SPOSITO *et al.*, 2007). Lamas (2012), afirma que a lesão aterosclerótica delinea duas grandes vertentes de enfermidades, a primeira são as que dependem de Fatores de Risco Aterogênicos (FRA), dentro dos quais se encontram os fatores clássicos: dislipidemia, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM-2), obesidade e tabagismo. A segunda vertente agrupa as enfermidades conseqüentes da aterosclerose: a cardiopatia isquêmica (ICC-isquêmica), a doença cerebrovascular (AVC), a doença renal crônica (DRC), a doença arterial periférica (DAP) e os aneurismas ateroscleróticos.

Considerando que a aterosclerose subclínica se desenvolve e progride insidiosamente, constitui um desafio identificar e modificar o processo patológico em seus estágios subclínicos iniciais. Para isso, a estratificação do risco cardiovascular constitui-se estratégia útil para afastar os fatores de risco e reduzir a morbimortalidade por DCV. Assim, esta pesquisa tem como objetivo principal estratificar o risco cardiovascular global em populações de baixo ingresso financeiro, residentes no Nordeste do Brasil, de modo a se produzir informações para adoção de estratégias e intervenções que favoreçam a redução da morbimortalidade por DCV.

Metodologia

Este é um estudo observacional transversal multicêntrico. A casuística foi constituída por amostras de (n=220) indivíduos Brasileiros de ambos os sexos, residentes nos Estados do Ceará, Maranhão e Piauí com idade maior ou igual a 40 anos, constituindo-se a idade (≥ 40 anos) e estado de residência (NE) como fatores de inclusão. Para determinação do tamanho da amostra (n) para a Etapa 1 (Nordeste, Brasil), levou-se em consideração um grau de confiabilidade de 95%, uma precisão 10% e a prevalência de indivíduos de ambos os sexos com idade ≥ 40 anos. Os procedimentos do estudo foram desenvolvidos de forma a proteger a privacidade dos indivíduos, garantindo a participação anônima e voluntária. Um consentimento livre e esclarecido foi assinado por cada participante, não havendo portanto, incertezas sobre seu caráter ético.

Foi desenvolvido um questionário composto por perguntas e subdividido em módulos. Cada módulo objetivou avaliar de forma independente um fator de risco. Estimou-se ainda o Intervalo de Confiança (IC) em 95%. O teste do Qui-Quadrado (X^2) foi utilizado para dizer se há associação significativa entre presença de FR e DAC. Para os FR com frequência elevada e impactos nos desfechos da aterosclerose/DAC adotou-se o cálculo do Risco Atribuível ao Fator da População (RAP). Admitiu-se para o erro Tipo I (α) que $p = 0,05$ é aceitável, e para o erro Tipo II (β) o $p = 0,01$. Na hipótese nula diz-se que não há associação entre presença de FR para DCV e a incidência de IAM, AVC, morte súbita (MS) e DCNT na população adulta com idade acima de 40 anos, sendo sua oposta a hipótese alternativa.

Resultados

e

Discussão

Perfil Sócio-econômicos

A idade dos indivíduos incluídos no estudo variou de 40 a 89 anos, com média de 60,32 anos e desvio padrão de 1,41 anos. Do total da amostra de (n=220) entrevistados, 27,85% (n=62) eram homens e 72,15% (n=158) eram mulheres. Para o dado etnia, a população foi distribuída entre: negros (n=81), brancos (n=52), mestiços (n=55) e índios (n=13).

Foram identificados: analfabetos (n=68), primário (n=69), ensino médio incompleto (n=15), ensino médio completo (n=13), ensino superior incompleto (n=4) e ensino superior completo (n=12). Do total (n=84) informaram não ter nenhuma fonte de renda, enquanto que 45,9% (n=101) relataram renda ≤ 1 salário mínimo. Também verificou-se que, (n=196), ou seja, 89,09% são usuários do Sistema Público de Saúde (SUS).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Avaliação dos Fatores de Risco Cárdiovascular Global

Dislipidemia e Obesidade

Entre os (n=220) entrevistados, 27,72% (n=61) informaram que seus níveis de LDL-C estavam elevados (LDL-C > 150mg/dL), destes, (n=11) eram homens e (n=50) eram mulheres. Ainda, para o dado Triglicerídeos elevado (>150mg/dL), observou-se resposta positiva em (n=34) entrevistadas enquanto que o dado HDL-C esteve reduzido (<40mg/dL) em (n=230), (10,45%) das (n=158) mulheres entrevistadas. Para o de homens, 3,18% deles (n=7) relataram Hipertrigliceridemia; enquanto que 2,72% (n=6) referiram HDL-C baixo (<40mg/dL). Para o dado obesidade, 32,72% (n=72) apresentaram Índice de Massa Corpórea (IMC) dentro do padrão, no entanto, 37,72% (n=83) apresentaram sobrepeso ($25 \leq \text{IMC} \leq 29,9$) sendo (n=26) homens e (n=57) mulheres; ainda 22,72% (n=50) apresentaram IMC $\geq 30\text{Kg/m}^2$.

Hipertensão Arterial Sistêmica e tabagismo

Com relação ao dado HAS, os resultados apontaram uma prevalência significativa da HAS Estágio I (PS:140-159; PD:90-99) em (n=31), evidenciou-se que maioria estavam com de PA normais, (n=96) enquanto que 9,09% (n=20) e 4,09% (n=09) respectivamente apresentaram Hipertensão Estágio II (PS:160-179; PD: 100-109) e III (PS: ≥ 180 ; PD: ≥ 110). Com relação ao tabagismo, foi identificado em 29,09% (n=64) dos participantes.

Atividade Física e Alcoolismo

Observou-se que para esse segmento que, 48,18% (n=106) da população mantém pelo menos uma prática de exercício físico. O consumo de álcool apresentou prevalência relativa significativa em 20,90% (n=46) dos grupos etários.

Dieta, Diabetes Mellitus e perfil psicossocial

Para a análise do consumo de alimentos cardioprotetores, (n=39) mulheres e (n=11) homens mantém hábitos alimentares aterogênicos. Neste grupo, 95% dos participantes referiram DM-2, dislipidemia ou HAS. Para o dado DM, 6,81% referiram glicemia de jejum alterada e 11,81% (n=26) confirmaram serem DM-2 (Glicemia de Jejum ≥ 126).

A Sociedade Européia de Cardiologia (2012), propôs a introdução do dado perfil psicossocial, desse modo, sobre sentir-se feliz e realizado(a), 83,63% (n=184) responderam sim, enquanto que os demais (n=36) informaram que não.

Avaliação do risco cardiovascular global

Após avaliação da prevalência da indicadores de alto risco cardiovascular, foi possível identificar a frequência de IAM em n=10 o que corresponde a 4,54% da amostra total sendo que (n=7) mulheres e (n=3) homens apresentaram este evento de risco, principalmente nos grupos etários 1, 2 e 3. Estes mesmos grupos também correspondem aos que foi observado as maiores frequências de AVC (n=8), Doença Vascular Periférica (DVP), (n=9), Insuficiência Cardíaca Congestiva do tipo isquêmica (ICC_{isquêmico}) (n=7), AP (n=17), Doença Renal Crônica (DRC) (n=8) e Doença Arterial Coronaríaca (DAC) com (n=4). O risco intermediário para eventos cardiovasculares foi avaliado mediante verificação dos FR (Manifestação de aterosclerose, histórico familiar, diagnóstico prévio de DM, tolerância a glicose ou diabetes gestacional, tabagismo, obesidade e HAS) em homens com idade ≥ 45 anos e em mulheres com idade ≥ 55 anos. Ao final desta estratificação foi possível verificar que 40,45% (n=89) do grupo masculino apresentaram risco intermediário para evento cardiovascular, enquanto que para o gênero feminino estes fatores apresentaram o mais alto nível de frequência, com (n=279) citações.

As manifestações de aterosclerose como Síndrome Arterial Coronariana (SAC) e a diminuição ou ausência do pulso periférico apresentaram as respectivas frequências (n=4) e (n=6), com maior prevalência (n=5) no grupo feminino.

Constituíram a população deste estudo, (n=220) indivíduos com idade ≥ 40 anos, residentes no Nordeste do Brasil, os quais foram entrevistados como parte da pesquisa Risco Cardiovascular Global na América Latina: Resultados Brasil. Os resultados discutidos a seguir correspondem aos achados de sua primeira fase nacional chamada Etapa I – Nordeste, Brasil.

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, é avaliá-los em termos de seu risco cardiovascular. A prevenção baseada no conceito de Risco Cardiovascular Global (RCG) significa que esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, não de maneira independente dos riscos da elevação dos fatores isolados como a pressão arterial (PA) ou o colesterol, mas pelo resultado da soma dos riscos imposta pela presença de múltiplos fatores, estimado pelo risco absoluto global (RAG) de cada indivíduo.

Conclusão

Entre os indivíduos que apresentaram estilo de vida aterogênico, não cardioprotetor, estiveram expostos a pelo menos um Fatores de Risco Cárdiovascular (FRCV) e desenvolveram alguma Doença Crônica não Transmissível (DCNT). Entre os entrevistados com relatos de parentes de primeiro grau cardiopatas, com desfechos clínicos indicativos de Doença Aterial Coronariana (DAC) com etiologia aterosclerótica instalada, somente não desenvolvem alguma DCV aqueles que adotaram estilo de vida cardioprotetor e não aterogênico como a prática de exercícios físicos – diretamente relatado entre os não diabéticos, não dislipidêmicos e com IMC normal. Este resultado comprovou o efeito cardioprotetor destas práticas na prevenção da instalação de condições crônicas não transmissíveis reduzindo assim a carga de eventos de morbimortalidade.

Também foi confirmado como característica desse grupo com hábitos cardioprotetores, a ausência de HAS em seus diferentes graus de risco, o que evidenciou a manutenção da função renal destes indivíduos, refutando a possibilidade de Doença Renal Crônica por HAS nesta população.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Este estudo também evidenciou a prevalência de todos os fatores de risco para DCV, o que reafirma a aterosclerose como um processo patológico de origem multifatorial e ações de intervenção devem abordar a promoção de ações de rastreio preventivo do paciente de forma multidisciplinar, nesta perspectiva, os resultados identificados da análise das amostras apresentam evidências para considerarmos que a distribuição dos fatores de risco cardiovascular (FRCV) nas populações de baixo ingresso do Nordeste do Brasil, segue o padrão sistemático de FRCV, a saber: DAC prévia em familiares de primeiro grau, idade, tabagismo, dislipidemia, HAS, DM, obesidade com IMC $\geq 30\text{kg/m}^2$, sedentarismo, dieta aterogênica e estresse psicossocial.

Assim, diante das evidências postuladas nos resultados a Hipótese Nula foi rejeitada e conclui-se que há associação entre a presença de Fatores de Risco para Doença Cardiovascular e prevalência dos desfechos Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Morte Súbita (MS) em indivíduos com pelo menos uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT). Na população estudada, este evento foi responsável pela prevalência de risco para desenvolver Doença Arterial Coronariana (DAC) em pelo menos 80% (n=176) de toda a população avaliada nos Estados da região nordeste do Brasil, desse modo, o rastreio preventivo dos fatores de risco cardiovascular favorecem a identificação do fator de risco e delinea a adoção de medidas terapêuticas assertivas ampliando as possibilidades de maior sobrevida pela redução da carga dos efeitos e desfechos advindos da morbimortalidade por doença cardiovascular aterosclerótica.

Referências

BATISTA, R.M.; ROSETTI, E.P.; ZANDONADE, E.; ROELKE, L.H.; VETTORE, M.V.; EMMERICH, A.O. Associação entre doença periodontal e aterosclerose subclínica: Estudo ELSA-Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** **28 (5)**: 965-976, 2012.

LAMAS, R.P.; FERNÁNDEZ-BRITTO, J.E.R.; PADRÓN II, I.G.; Aterosclerose e a afetação da função cognitiva. **Revista Cubana de Plantas Medicinais** **31 (1)**: 37-45, 2012.

SPOSITO, A.C.; CARAMELLI, B.; FONSECA, F.A.H.; BERTOLAMI, M.C. Sociedade Brasileira de Cardiologia. IV Diretriz Brasileira Sobre Dislipidemias e Prevenção da Aterosclerose. Departamento de Ateroclerose. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia** **88 supl. 1**:1 – 19, abril, 2007.

Agradecimentos

Mensão honrosa aos que colaboraram para o desenvolvimento deste estudo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTRESSE VIVENCIADO PELOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR NO MUNICÍPIO DE CRATO, CEARÁ

Andréa Couto Feitosa. Faculdade Leão Sampaio, Faculdade de Medicina do ABC. E mail: andreafeitosa@leaosampaio.edu.br
Josneide Nogueira Brito, Faculdade Leão Sampaio
Marlene Menezes de Souza, Faculdade Leão Sampaio
Talita Ribeiro Firmino Sampaio, Faculdade Leão Sampaio
Luiz Carlos de Abreu. Faculdade de Medicina do ABC

Palavras-chave: Equipe de enfermagem. Esgotamento profissional. Serviço hospitalar.

Resumo

A palavra estresse significa esforço de adaptação do organismo para enfrentar situações que considere ameaça para sua vida e seu equilíbrio interno. O estudo teve como objetivo verificar o estresse vivenciado pelos profissionais de enfermagem em uma Instituição Hospitalar no município do Crato, Ceará. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa. O local do estudo foi uma unidade hospitalar, localizada no município de Crato, Ceará, no qual a coleta de dados aconteceu nos meses de julho e agosto de 2012. A população da pesquisa foi composta por 17 profissionais de enfermagem, sendo utilizada a entrevista semi-estruturada para coleta de dados. A pesquisa obedeceu a Resolução 196/96. Para análise dos dados, utilizou-se análise de conteúdo: Categoria 1 – Conceito acerca do estresse, na qual se pôde perceber que o conhecimento dos entrevistados sobre estresse, nos leva à satisfação, estimulando a comunicação e a compreensão entre os integrantes da equipe; Categoria 2 – Manifestação clínica de estresse no ambiente de trabalho, o qual verificou que ocorre a presença do estresse de diversas formas e sintomas; Categoria 3 – Fatores contributivos para o estresse no ambiente de trabalho, onde se observou que inúmeros fatores conseguem estressar o trabalhador; Categoria 4 – Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para amenizar o estresse, onde foi sugeridos trabalhos em grupos, dinâmicas vivenciais, relaxamento físico e mental. Concluiu-se que há necessidade de adotar estratégias no sentido de ocasionar diminuição do estresse para a equipe de enfermagem, buscando uma qualidade de vida melhor no ambiente de trabalho.

Introdução

Os profissionais de saúde, especialmente, os da área de enfermagem, em suas atividades profissionais, por si só, devido a repetições constantes da rotina e de procedimentos corriqueiros, geram espontaneamente um teor significativo de estresse nesses profissionais (PZZOLI, 2005).

A rotina nos hospitais, mesmo que em alguns aja rotatividade nos diversos setores que o compõem, é um fator de risco ao índice elevado de estresse em seus funcionários. Sabe-se, então, que qualquer que seja o grau do estresse adquirido, poderá levar a baixa produtividade e ao baixo grau de satisfação no trabalho hora executado, causando assim, transtornos que pode comprometer a conclusão dos procedimentos daquele setor (ALVES, 2004).

Vale a pena salientar que, de alguma forma, talvez involuntária, alguns profissionais podem sofrer da síndrome de Burnout, onde o querer de sempre ser o melhor, poderá levar ao desvio da real função que deveria ser executada, criando competições e aborrecimentos dentro do ambiente hospitalar.

Considerando que, estresse não é apenas um momento na vida de um indivíduo, mas uma ação extremamente difícil e pouco notória, com consequências tanto para o profissional, quanto para a cliente, surgem, deste modo, alguns questionamentos: Como a equipe de enfermagem percebe o processo do estresse? Será que a equipe de enfermagem está preparada para encarar esse processo? Que fragilidades podem ser identificadas que interferem para que esta equipe tenha uma vida saudável, mesmo diante do estresse ocasionado no trabalho?

Metodologia

Estudo do tipo exploratório, descritivo e com abordagem qualitativa. O estudo foi realizado em uma instituição hospitalar, situada na rua José Alves Cavalcante, s/n, bairro São Miguel, localizada no município de Crato, Ceará, a 565 quilômetros da capital Fortaleza, no Sul do Estado do Ceará, na região do Cariri.

A escolha do local deu-se a partir da facilidade de acesso, por se tratar do ambiente vinculado ao trabalho da pesquisadora, sendo enviado um ofício de solicitação para autorização da realização da pesquisa à Instituição Hospitalar.

A coleta de dados foi realizada nos meses de julho e agosto de 2012.

A população desse estudo foi composta por 17 profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros e técnicos de enfermagem) que trabalhavam na Instituição Hospitalar em Crato, CEARÁ.

Foram estabelecidos como critérios de inclusão: trabalhar na área de enfermagem, estar empregado no serviço há pelo menos 1 (um) ano e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram todos aqueles que não se enquadraram nos critérios de inclusão.

O questionário foi o questionário utilizado para a coleta dos dados, sendo que esta aconteceu nos dias agendados pela coordenadora do referido Hospital, no período matutino, sendo na segunda, quarta-feira e sexta-feira de cada mês.

Foi utilizada como método de análise do estudo a teoria de Bardin (2007), que diz que o campo de aplicação da análise de conteúdo é bastante extenso, de maneira que qualquer forma de comunicação escrita ou falada pode ser submetida a ela, no qual são utilizadas as falas expressadas nas entrevistas.

Foram respeitados os aspectos éticos e legais da pesquisa, obedecendo a Resolução N° 196/96, que dispõe sobre pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Resultados

e

Discussão

Conforme se pôde perceber em relação à caracterização dos sujeitos da pesquisa, houve predominância do sexo feminino, uma vez que dos 17 participantes, apenas 4 foram do sexo masculino. Quanto à idade, os entrevistados estavam assim distribuídos: (10) entre 26 a 38 anos, (05) entre 40 a 48 anos, (02) com 56 anos. O predomínio, segundo o estado civil, foi de casados (10), segundo dos solteiros (04), divorciados, que constituíam (02), e uma minoria (01) era viúvo. No tocante sobre a categoria profissional fica evidente

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

que a maioria (15), é formada por técnicos de enfermagem. Em relação ao tempo de formação, pôde-se perceber que a maioria dos sujeitos (12) apresentavam tempo de formação igual ou superior a 12 anos. Conforme o tempo de serviço na Instituição verificou-se que nos entrevistados (08) apresentavam bastante tempo entre 6 a 22 anos de atuação nesse local.

Categoria Temática 1 – Conceito acerca do estresse

Conforme na seguinte fala selecionada, retrata-se essa categoria:

[...] reação física e mental, e assim gerando os sinais e sintomas de estresse [...] (Safira).

Há cada vez mais uma preocupação com a saúde dos trabalhadores para que os danos sejam evitados, e segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), há um favorecimento da saúde física e mental quando o trabalho se adapta às condições do trabalhador e quando os riscos para a sua saúde estão sob controle (BATISTA; BIANCHI, 2006).

Categoria Temática 2 –Manifestações clínicas de stresseno ambiente de trabalho

Os entrevistados relataram que ocorre a presença do estresse, de diversas formas e sintomas, tais como demonstrado na fala:

[...] desmotivação no trabalho, suor, tensão muscular, dores de estômago e irritação [...] (Ametista).

O estresse vem sendo apontado pela OMS como o fator de risco que mais cresce no mundo para doenças cardíacas, digestivas, osteomusculares e psiquiátricas. Além dessas, ainda participa da história natural de doenças autoimunes, infecciosas, endocrinológicas, degenerativas, passando por alterações de sono, de sexualidade e de apetite (SANTINI et al., 2007).

Categoria Temática 3 – Estratégias utilizadas pelos profissionais de enfermagem para amenizar o estresse

Quando indagados acerca de estratégias utilizadas para diminuir o estresse, a equipe de enfermagem sugeriu trabalhos em grupos e dinâmicas vivenciais, relaxamento físico e mental para diminuir a tensão que envolve o trabalho no Hospital, conforme destacado nas falas:

[...] Fazer algum tipo de atividade física, trabalhos em grupos para as pessoas se conhecerem melhor e se descontraírem, dinâmicas vivenciais e relaxamento [...] (Esmeralda).

O trabalhador de enfermagem deve aprender que para poder continuar a prover cuidados para o doente deve primeiramente cuidar de si próprio. São sentimentos de estresse e angústia do cuidador que o levam ao abandono da tarefa de cuidar (MANGOLIN et al., 2008).

Conclusão

Como o ambiente hospitalar já é considerado desgastante, onde várias fontes geradoras de estresse estão presentes e incomodam a equipe de enfermagem, torna-se necessário promover uma convivência agradável, para que cada profissional possa interagir com o outro e trabalhar verdadeiramente em equipe. Deve-se buscar a autonomia, ter participação ativa nas decisões da equipe multiprofissional e, acima de tudo, obter melhorias para evitar a sobrecarga de trabalho, tendo assim uma tríade de bom ambiente de trabalho, trabalhador sadio e assistência de qualidade.

Referências

ALVES, M. G. M. Pressão no trabalho: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde. **Ver. Amer. Enfermagem**. Rio de Janeiro: s.n., 2004. p. 259. Acesso em 12/06/2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa – Portugal: Edições 70, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**, Resolução 196/96. 1996.

BATISTA, K. M; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Rev Latino Am Enferm**. 2006.

MANGOLIN, E. G. M; NUNES, N. A; ZOLA, T. R. P; FERREIRA, A. P. P; ANDRADE, C. B. Avaliação do nível de estresse emocional na equipe de enfermagem de hospitais de Lins/SP. **Rev. Saúde**. 2008.

PIZZOLI, L. M. L. Qualidade de vida trabalho não: um estudo de casodas enfermeiras do Hospital Heliópolis. **Ciência saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.4, dezembro 2005. Acesso em 05/04/2012.

SANTINI, A. M; COSTENARO, R. G. S; MEDEIROS, H. M. R; ZABERLAN, C. Estresse: vivência profissional de enfermeiros que atuam em UTI neonatal. **Cogitare Enferm**. 2007.

Agradecimento

Aos profissionais de enfermagem, em especial, aos que participaram na coleta de dados, pois sem vocês jamais teria chegado ao fim deste trabalho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ESTUDO LONGITUDINAL DE CASO DE FAMÍLIA

Wenceslau Kennedy Paiva Silveira Neto (apresentador) – Universidade de Fortaleza, kennedypaiv@gmail.com

Victória Feitosa Muniz – Universidade de Fortaleza

Pedro Barroso Girão – Universidade de Fortaleza

Daniel Araújo Kramer de Mesquita – Universidade de Fortaleza

Danilo Pinheiro (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Família, Promoção de Saúde, Estudo de caso, Instrumentos de análise familiar, Medicina centrada no paciente.

Resumo

A Atenção Primária à Saúde está muito envolvida com a medicina centrada no paciente, que visa a tratar a doença atual e a promover bem estar a longo prazo, respeitando as necessidades e os desejos do paciente. Envolvida nesse processo está a Medicina da Família, a qual precisa conhecer a família e os seus integrantes para cuidar deles de maneira longitudinal, integral e coordenada. Esse conhecimento é atingido quando o médico de família ou a equipe de saúde da família compreendem a funcionalidade familiar a partir de suas dinâmicas e das relações dela com a comunidade, o que é essencial para a formulação de planos terapêuticos bem sucedidos e para a promoção da saúde na população. Nesse sentido, os autores, médicos em formação, procuraram conhecer uma família (com o uso de diversos instrumentos de análise familiar, como APGAR e Ecomapa) durante o primeiro semestre de 2014 e se comprometem a revisita-la no segundo semestre de 2014 já com fins de gerar intervenções que promovam a saúde no lar. O trabalho é um estudo de caso de família feito a partir de visitas a uma família da Comunidade do Dendê, Fortaleza, durante a disciplina Ações Integradas de Saúde I, do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza. As entrevistas foram colhidas pelos autores em maio de 2014 e todo o processo foi baseado na ética e no respeito mútuo entre os pesquisadores e a família. Foram colhidas importantes informações para a futura intervenção (preconizada pelo APGAR e, futuramente, baseada no PRACTICE).

Introdução

Apesar de não existir uma definição uniforme de comunicação centrada no paciente, Stewart e colaboradores, na década de 1990, definiram medicina centrada no paciente tentando incorporar as necessidades e os desejos do paciente e não se restringindo à doença. Foram desenvolvidas diversas escalas para medir tais necessidades e desejos. Estes instrumentos, em geral, medem as seguintes competências da comunicação: colaborar na compreensão e validar a perspectiva do paciente; compreender o paciente dentro do seu contexto psicossocial; permitir que este conheça a sua doença e o respectivo tratamento; e criar uma parceria com ele partilhando a decisão, poder e responsabilidade.

No contexto atual, uma forma de medicina centrada no paciente, ocasionando a promoção da saúde, é cada vez mais considerada como paradigma para cuidados de alta qualidade interpessoal. Existe crescente evidência que este tipo de comunicação está associada a uma redução da utilização de recursos de saúde, pois através da comunicação centrada no paciente, da troca de informações e da gestão da incerteza, o médico poderá aumentar o seu conhecimento sobre o paciente, o que levará a uma menor incerteza no diagnóstico e menor necessidade de requisitar exames complementares de diagnóstico adicionais. Além disso, pela ocorrência da promoção de saúde, essencial para a medicina centrada no paciente, a frequência dessas visitas é reduzida pela menor probabilidade de ele adoecer após as recomendações do médico visando não somente a doença atual, como a disseminação do bem estar em longo prazo.

É nesse contexto que se insere a Medicina de Família, uma vez que as necessidades dos cuidados primários exigem muito mais do que procedimentos focais, transitórios ou pontuais, voltados para o controle de distúrbios fisiopatológicos. São necessidades de promoção da saúde, prevenção de doenças, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis, como Diabetes e Hipertensão Arterial Sistêmica, além de suas complicações, que podem levar à invalidez ou à morte prematuras. (RODRIGUES & ANDERSON 2011)

Ressalta-se, também, que a Medicina de Família pode, partindo de um primeiro contato, cuidar de forma longitudinal, integral e coordenada da saúde de uma pessoa. Por isso, o conhecimento da funcionalidade familiar a partir de sua dinâmica e das relações dela com a comunidade são essenciais para a formulação de planos terapêuticos bem sucedidos. Tais conhecimentos são adquiridos através de ferramentas, como a definição do Ciclo de Vida construção do Genograma e do Ecomapa, avaliação do A.P.G.A.R. e a realização do P.R.A.C.T.I.C.E.

Diante dessa perspectiva, observa-se que a família deste estudo será acompanhada durante dois semestres, em que, durante o primeiro semestre, realizou-se observação e análise da família. Posteriormente, no segundo semestre, será feita intervenção com o intuito de promoção de saúde sobre a família. Esta que é do tipo nuclear, formada por um casal e possui um ciclo vital de ninho vazio, que pode ser definido como o processo evolutivo pelo qual a família passa ao longo da vida, apresentando etapas com problemas previsíveis e tarefas específicas a serem cumpridas, quando os filhos saíram de casa, deixando para trás os pais novamente sozinhos.

Tem-se, diante desse contexto, a história de JAN, um senhor de 89 anos que leva uma vida simples ao lado de sua esposa e compartilha com ela grande afeto, mas, também, grandes preocupações atreladas às suas situações de saúde.

Metodologia

Esse trabalho é um estudo de caso de família, realizado na casa da família estudada, localizada na Comunidade do Dendê, Bairro Edson Queiroz, Regional VI de Fortaleza, no período de maio de 2014 e que terá continuidade no segundo semestre do ano de 2014 com a realização da intervenção na família. Os instrumentos de elaboração/execução/apresentação utilizados foram Microsoft Word 2010, Microsoft Power Point 2010, GenoPro Beta 13j 2005.

Para a abordagem familiar foram utilizados os instrumentos de ciclo de vida (permite a previsão de crises no caso de mudanças no estágio do ciclo de vida), genograma (representação gráfica da família para clínica, abordagem familiar e pesquisa qualitativa), ecomapa (representação gráfica das relações da família com estruturas de apoio do ambiente), A.P.G.A.R. (Instrumento de avaliação destinado a refletir a satisfação de cada membro por um método de pontuação) e P.R.A.C.T.I.C.E. (facilita a coleta de informações e o entendimento de diversas perspectivas da dinâmica familiar, além de prover subsídios para uma intervenção organizada).

Os indivíduos autorizaram as entrevistas e a utilização dos dados, sendo respeitado o sigilo das informações. Foi oferecida liberdade no referente a responder, ou não, perguntas do questionário. Não foi oferecido dinheiro ou qualquer outro benefício para os indivíduos que respondessem ao questionário, cumprindo o princípio da não lucratividade. Foi deixado claro que não haveria qualquer punição no caso de a pessoa se negar a respondê-lo ou não o fizer por completo, cumprindo o princípio da não maleficência.

Resultados

A família acompanhada é do tipo nuclear de estrutura conjugal, pois ela envolve principalmente a dinâmica do casal. Ela se vincula principalmente com os vizinhos, a igreja e o posto de saúde, localizados na comunidade do Dendê, na Regional VI de Fortaleza.

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

O estágio do ciclo de vida da família se caracteriza como estágio tardio, mais conhecido como “ninho vazio”, uma vez que os filhos já saíram de casa e constituíram suas próprias famílias nucleares.

JAN, nascido em Capistrano, no dia 26 de março de 1925, filho de GN e LBN. Possui uma irmã, com a qual, por morar longe de Fortaleza, mantém contato apenas por telefone. Ele trabalhou por muito tempo na marinha, realizando serviços gerais no cais do porto, e, atualmente, encontra-se aposentado, sendo essa a principal fonte de renda da família.

Casou-se com APC, com a qual teve 5 filhos, 3 mulheres e 2 homens, com os quais não mantém relações nos dias de hoje. Separou-se de APC, a qual veio a falecer há muitos anos.

MRRN, nascida na Paraíba, no dia 19 de agosto de 1936, filha de RCR e JR, os quais faleceram de doenças cardiovasculares, assim como um dos 14 irmãos de MRRN. Ela trabalhava em uma loja de eletrodomésticos, realizando serviços gerais e está aposentada.

Casou-se com MRRN, e após várias mudanças de endereço, em 1977, mudaram-se para a comunidade do Dendê, onde atualmente residem e afirmam gostar muito do local, porque mantém uma boa relação com os vizinhos, participam de atividades na igreja e frequentam o posto de saúde, além de acharem a vizinhança segura.

Tiveram 2 filhos, JNN e MNN

JNN, nascido em Camocim, no dia 29 de julho de 1959, casou-se 3 vezes, tendo dois filhos no primeiro casamento e um no segundo. A terceira esposa, a atual, já havia se casado uma vez, tendo 5 filhos deste casamento, os quais estão morando com JNN. Atualmente, reside vizinho aos pais, na comunidade do Dendê, e, como trabalha como caminhoneiro para uma empresa de transportes, tem pouco contato com os pais.

MNN, nascida no dia de 17 de outubro de 1961, casou-se e teve uma filha, DN, que possui atualmente 19 anos. Separou-se de seu marido, pois ele ingeria bebidas alcoólicas em demasia e utilizava o dinheiro da família em jogos de azar. Atualmente, mora perto dos pais, na rua do Comércio, comunidade do Dendê e trabalha na área de serviços gerais em um shopping de Fortaleza.

DN, 19 anos, é quem mais da assistência à família, visitando-os frequentemente e dando apoio no caso de doenças. Casou-se, e seu marido também dá assistência aos avós dela como demonstrado em uma ocorrência na qual levou, em seu automóvel, JAN a uma unidade de pronto atendimento. Desde esse fato, tanto JAN quanto MRRN mostram-se muito agradecidos aos dois.

Foi relatado que JAN possui labirintite, câimbras nas pernas, principalmente na esquerda e MRRN possui hipertensão arterial, a qual já esta sendo tratada com medicamentos.

JNN, ao descarregar de forma incorreta os caminhões da empresa pela qual trabalha, desenvolveu hérnia de disco, o que preocupa seus pais enormemente.

Essas doenças interferem muito no cotidiano da família, pois os dois apresentam problemas nos joelhos, e se preocupam muito com a doença. Além disso, a dificuldade de obtenção do medicamento traz muito sofrimento devido às dores constantes. Em razão da labirintite, JAN frequentemente sofre quedas no ambiente da rua, o que preocupa muito MRRN.

No que se refere ao ciclo de vida, o qual pode ser definido como processo evolutivo que cumpre a família no curso dos anos através da passagem de uma fase a outra da vida, as quais são consideradas etapas previsíveis as situações esperadas no desenvolvimento da vida familiar; etapas imprevisíveis, os fatos inesperados que alteram o tempo e as funções da família, de forma a modificar seu ciclo vital (podemos citar como exemplos morte precoce, gestação na adolescência etc.).

A fase do ciclo em que nosso paciente índice esta incluído é a de estágio tardio da vida, conhecida no ciclo de vida da classe média como ninho vazio. Mesmo sendo de classe baixa, se enquadra nesse perfil da classe média, visto que não tem a incumbência de sustentar economicamente filhos ou netos.

Fora da família, o paciente índice e sua mulher mantêm relações próximas com a igreja, possivelmente devido a maior religiosidade associada a pessoas de maior idade. Além disso, mantêm relações com o posto de saúde local, o que evidencia a preocupação com a saúde um do outro e a frequência com a qual necessitam de seus serviços. Ademais, ambos relacionam-se muito bem com os vizinhos, o que demonstra lucidez e vontade de interagir com a comunidade.

Além disso, é fundamental destacar o uso do APGAR que é proveniente da língua inglesa, Adaptação (Adaptation), Participação (Partnership), Crescimento (Growth), Afeição (Affection) e Resolução (Resolve). Ele é um instrumento de avaliação destinado à reflexão da satisfação de cada membro familiar. Nele são avaliados: a adaptação (como os recursos são compartilhados ou qual o grau de satisfação dos componentes com a atenção recebida, quando recursos familiares são necessários); a participação (como as decisões são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a reciprocidade da comunicação familiar e na resolução de problemas); o crescimento (como a promoção do crescimento é compartilhada ou qual a satisfação do membro da família com a liberdade disponível no ambiente familiar, para a mudança de papéis e para a concretização do crescimento emocional ou amadurecimento); afeição (como as experiências emocionais são compartilhadas ou qual a satisfação do membro da família com a intimidade e a interação emocional no contexto familiar) e resolução (como o tempo é compartilhado ou qual a satisfação do membro familiar com o compromisso que tem sido estabelecido pelos seus próprios membros).

Segundo o escore de APGAR, a pontuação é distribuída da seguinte maneira: 2 pontos para a resposta “quase sempre”, 1 ponto para a resposta “às vezes” e nenhum ponto para a resposta “raramente”. Quanto à pontuação final, um total de 0 a 3 pontos classifica a família como severamente disfuncional, 4 a 6 pontos como moderadamente funcional e 7 a 10 pontos como altamente funcional.

Estas respostas foram obtidas a partir da pergunta em questão diretamente feita à JAN, contextualizadas e interpretadas por nós, quando houve necessidade. Na pergunta referente à satisfação com a atenção recebida da família quando algo está incomodando-o, JAN respondeu “às vezes”. Já na pergunta com relação à satisfação com a maneira de que a família discute questões de interesse comum e resolve problemas a resposta foi “às vezes”. A pergunta que diz respeito a aceitabilidade de iniciar novas atividades foi desconsiderada devido ao fato de eles serem idosos e com problemas de saúde e de locomoção, o que não permite mudanças em sua rotina. A quarta pergunta referente à maneira que a família expressa suas emoções foi respondida com “às vezes”. A pergunta acerca da satisfação com a maneira que JAN passa o tempo com sua família foi respondida com “quase sempre”. Segundo as respostas obtidas, podemos classificar a família de JAN, com uma pontuação total de 5 pontos, como uma família moderadamente funcional.

Ressalta-se, também, a utilização do PRACTICE, onde cada letra do acrônimo corresponde a um assunto a ser investigado. Ele é comumente usado para organizar as informações adquiridas da família, facilitando o desenvolvimento da avaliação familiar e podendo ser usado para itens de ordem médica, comportamental e de relacionamentos.

P - Presenting Problem. Referente ao problema apresentado. O problema mais evidente que constatamos é a seriedade das doenças apresentadas pelo casal, além da preocupação com a saúde um o outro. JAN se preocupa principalmente com a doença cardíaca recorrente na família de MRRN e a quantidade de remédios ingeridos por ela. MRRN se preocupa com a labirintite e o problema locomotivo dele.

R - Roles and Structure. Referente aos papéis de cada membro dentro da estrutura familiar. JAN é o principal responsável pela renda e ela pelas funções da casa.

A - Affect. Afeto, como a família se comporta diante do problema apresentado. Ambos demonstraram muito carinho e têm muita atenção um pelo outro, o qual pode ser traduzido pela preocupação que sentem um com os problemas compartilhados pelo casal.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

C - Communication. Informa qual o tipo de comunicação dentro da estrutura familiar. O casal apresentou uma comunicação satisfatória, não apresentando conflitos.

T - Time in Life Cycle. Menciona em qual fase do ciclo de vida a família se encontra. Estagio tardio da vida ou ninho vazio, uma vez que os filhos já saíram de casa e constituíram suas próprias famílias nucleares.

I - Illness in Family. História de doença na família, passado e presente; Assim como foi dito no Histórico da Doença, JAN possui labirintite, câimbras nas pernas, principalmente na esquerda. MRRN possui hipertensão arterial, a qual já esta sendo tratada com medicamentos. JNN, ao descarregar de forma incorreta os caminhões da empresa pela qual trabalha, desenvolveu hérnia de disco, o que preocupa seus pais enormemente.

C - Coping with Stress. Como os membros da família enfrentam o estresse da vida. No caso da família acompanhada, o estresse da vida é enfrentado por diálogo entre o casal.

E - Ecology. No ambiente, rede de apoio. Inclui fatores presentes no Ecomapa. Igreja, vizinhos e posto de saúde são as principais relações da família fora da família. A neta DN e seu marido oferecem maior apoio dentro da família.

Conclusão

A família estudada, mesmo possuindo uma relação não conflituosa entre si, uma comunicação eficaz e um grande afeto e respeito entre os membros, foi classificada como moderadamente funcional pelo APGAR.

Além dessa classificação, que já permite que haja uma intervenção por parte dos aplicadores do estudo, é importante ressaltar os fatores que contribuem de forma negativa para a funcionalidade da família e, conseqüentemente, afetam o bem-estar físico e mental de seus constituintes.

Tais fatores maléficos são representados por: baixa assistência domiciliar por parte dos agentes de saúde responsáveis pela rua da família. Isso agrava demasiadamente os problemas já citados anteriormente, principalmente pelo fato de o casal nuclear possuir grande deficiência na mobilidade, o que torna as idas ao posto de saúde pouco frequentes e sofridas, tornando-os, por conseguinte, dependentes das visitas residenciais.

Ademais, ressalta-se a pequena participação dos profissionais de saúde locais no diálogo esclarecedor para o uso de medicamentos, pois foi relatado nas entrevistas uma grande preocupação do paciente índice com sua esposa por ela fazer uso de grande variedade de remédios sem, no entanto, saber suas funcionalidades. Tal fato é bastante prejudicial, tanto por provocar ansiedade e medo, como por dificultar a confiabilidade dos pacientes no plano terapêutico.

Portanto, concorda-se com a classificação do APGAR, a qual preconiza uma intervenção. Esta deve agir para sanar o problema principal que foi exposto pelo P.R.A.C.T.I.C.E.

Pode-se concluir que são necessárias intervenções que promovam melhora do funcionamento da família, bem como um aumento da qualidade de vida de seus membros. Isso torna necessária a existência de ações no âmbito intrafamiliar e extrafamiliar.

Para o primeiro, propõe-se que haja uma maior participação de DN no controle de medicamentos de seus avós. Isso pode ser feito com sua ida até o PSF para buscar informações mais precisas e esclarecedoras acerca do uso correto dos remédios. Tal atitude diminuiria a aflição do paciente índice devido ao número abusivo de fármacos utilizados por sua esposa.

Já para o segundo, é crucial a participação do agente de saúde responsável pela residência da família, de forma que este possibilite visitas médicas que possam esclarecer dúvidas e prevenir doenças. Tal ação traria mais conforto emocional para a família, bem como propagaria o bem estar físico e mental, condições que são contempladas no atual conceito de saúde.

Deve-se, ademais, ressaltar a importância da atuação dos profissionais de saúde na família, visto que ela é um sistema onde se conjugam valores, crenças, conhecimentos e práticas. Fatores que influenciam a disponibilidade para adesão de planos terapêuticos, sendo, conseqüentemente, fortes determinantes das condições de saúde.

Referências

BRASIL, Programa de Atualização de Medicina da Família e Comunidade (PROMEF)./ organizado pela Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade – Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2005.

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. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000300015&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 maio 2014.

MOIMAZ, Suzely Adas Saliba et al . Saúde da Família: o desafio de uma atenção coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700028&lng=en&nrm=iso>. acesso em 23 maio 2014.

PIRES, Paulo. Medicina centrada no paciente: melhor qualidade com menores custos. Rev Port Clin Geral, Lisboa, v. 27, n. 5, set. 2011. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-71032011000500012&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 21 maio 2014.

RODRIGUES RD, ANDERSON MIP. Saúde da Família: uma estratégia necessária. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, v6, n18 6, mai. 2011. Disponível em: <<http://www.rbmf.org.br/index.php/rbmfc/article/view/247>>. Acesso em: 21 maio 2014.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade de Fortaleza e ao curso de Medicina por nos dar a oportunidade de realizar essa pesquisa e aos professores que nos auxiliaram na construção dela: Alexandre Alcântara Holanda, Anair Holanda Cavalcante, Antônio Silva Lima Neto, Danilo Pinheiro, Kelly Leite e Sonia Cavalcante. Agradecemos também aos usuários do serviço de saúde pública que participaram de nossa amostra e aos colegas que ajudaram na coleta de informações.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EVIDÊNCIAS DA LITERATURA ACERCA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE QUEDAS E ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

Lia Lima Gurgel - Universidade de Fortaleza – liazinha_lg@hotmail.com
Tayná Ramos Braga – Universidade de Fortaleza
Rafaela Brito Ribeiro – Universidade de Fortaleza
Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Estratégias. Prevenção. Quedas.

Resumo

As quedas podem ser definidas como eventos não intencionais que resultam na mudança de posição inesperada do indivíduo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. O objetivo do trabalho é identificar as evidências da literatura acerca das quedas e suas principais causas, bem como identificar estratégias para preveni-las. Este estudo consiste numa revisão integrativa, cujo método compreende a análise de pesquisas de considerável relevância. Considerou-se a seguinte questão norteadora que embasa as proposições desta pesquisa: quais as principais causas de quedas em idosos? Na presente revisão integrativa, foram selecionados sete produções científicas, especificamente, artigos disponíveis nas bases de dados LILACS. O investimento em campanhas que alertem a população sobre os riscos e as formas de prevenção de quedas de idosos é necessário, para que as consequências dos danos causados por esses acidentes sejam minimizados. Foram analisadas as principais causas de quedas e medidas para alertar toda a comunidade a cerca dos fatores de risco que expõem esse idosos a acidentes, tanto em seu domicílio como em outros lugares, destacando as formas de intervenção/prevenção para eliminar, ou ao menos minimizar os riscos junto aos idosos e seus familiares

Introdução

As quedas podem ser definidas como eventos não intencionais que resultam na mudança de posição inesperada do indivíduo para um nível inferior à posição inicial, com incapacidade de correção em tempo hábil. (PERRACINI, 2005).

O envelhecimento, antes considerado um fenômeno, hoje faz parte da realidade da maioria das sociedades. O mundo está envelhecendo. Tanto isso é verdade que se estima para o ano de 2050, que existam cerca de dois bilhões de pessoas com 60 anos ou mais no mundo, a maioria vivendo em países em desenvolvimento. No Brasil, estima-se que existam, atualmente, cerca de 17,6 milhões de idosos (BRASIL, 2006).

O envelhecimento da população é dado como um fenômeno mundial. A proporção e a intensidade com que essa população vem crescendo é grande e rápida, principalmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Junto a essas transformações, ocorrem mudanças no perfil de morbimortalidade da população, gerando preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos (SIQUEIRA et al, 2007). Em 1960, o número de idosos era de 3 milhões no Brasil, 7 milhões em 1975 e, em 2008, 21 milhões. Nesse ano havia 9,4 milhões de pessoas com 70 anos ou mais no País (4,9% da população brasileira total (IBGE, 2009; VERAS, 2009). Segundo a síntese de indicadores sociais de 2009, apresentada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a proporção de idosos aumentou de 8,8% para 11,1% entre 1998 e 2008. O crescimento relativo dessa população em grupos de idade também foi expressivo. O grupo etário de 80 anos ou mais superou os demais, alcançando quase 70% ou cerca de 3 milhões de pessoas (IBGE, 2009).

As quedas entre idosos merecem destaque e configuram-se problema de saúde pública devido à alta frequência com que ocorrem, a morbidade e o fator social e econômico decorrentes das lesões provocadas e por serem eventos passíveis de prevenção (CARVALHO et al, 2002; FABRÍCIO et al, 2004; RIERA et al, 2003; SIQUEIRA et al, 2007).

A enfermeira deve procurar identificar em sua prática os fatores influentes na mobilidade, considerando os físicos, os psicológicos, os socioculturais ou ambientais, que possam interferir na vida desses idosos, impedindo que eles realizem suas atividades diárias pelo risco de cair. A prevenção desses incidentes envolvem os cuidadores, familiares e profissionais de saúde. Para a enfermagem, considera-se novo diagnóstico o “Risco para quedas”, a partir daí, pode-se buscar intervenções de enfermagem para eles (MACHADO et al, 2009). Dessa forma, o objetivo do trabalho é identificar nas evidências da literatura acerca das quedas e suas principais causas, bem como identificar estratégias para preveni-las.

Metodologia

Este estudo consiste numa revisão integrativa, cujo método compreende a análise de pesquisas de considerável relevância, tendo como finalidade conferir suporte a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, permitindo a síntese do estado do conhecimento de determinado assunto, como também, visa ao apontamento de lacunas do conhecimento que precisam ser elucidadas, através da produção de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). Desse modo, considerou-se a seguinte questão norteadora que embasa as proposições desta pesquisa: quais as principais causas de quedas em idosos?

Na presente revisão integrativa, foram selecionados sete produções científicas, especificamente, artigos disponíveis nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde). Os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) utilizados foram: “Estratégias”, “Prevenção”, “Quedas”. Os critérios de inclusão são: artigos em inglês, português ou espanhol, disponíveis na íntegra nas bases de dados. A partir da leitura realizada da íntegra dos materiais, considerando-se as informações disponíveis e observando-se a relação destes com a temática aqui discutida.

Resultados

Cruz et al (2012) afirmam de comum acordo entre os autores que a maior incidência das quedas está diretamente relacionada com o aumento da idade. O processo de envelhecimento biológico envolve transformações tanto estruturais quanto funcionais, que, de acordo com a idade, progride. Transformações, estas, que podem comprometer o desempenho de atividades, impossibilitando sua execução. Com isso, o indivíduo fica mais predisposto a esses incidentes.

Pode-se observar, além das alterações já citadas, a diminuição da força muscular, da elasticidade, da estabilidade, assim, como alterações no sistema sensorial, nervoso, entre outros. Essas mudanças comprometem diretamente na marcha, na postura, no equilíbrio. Nota-se, a partir dos estudos acerca do assunto, que pessoas diagnosticadas com osteoporose, que é mais frequente em mulheres e com a idade avançada, tem maior probabilidade de sofrerem quedas. O que dificulta em saber, se caso haja fratura, foi a causa ou a consequência (CRUZ et al, 2012).

Na abordagem de Maia et al, 2011 salienta-se também a prevalência maior no sexo feminino do que no sexo masculino, devido a existência maior de osteoporose nessa classe, proporcionando entre elas fraturas como consequência. Esse achado traz implicações importantes no que se trata de políticas de saúde, já que esta doença pode ser facilmente diagnosticada, tratada e, até, prevenida. Com

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

isso, há a necessidade de se ter uma maior atenção para a prevenção, levando em conta os prejuízos causados pelas fraturas, devendo-se implementar programas de prevenção e tratamento para a osteoporose.

Segundo o supracitado autor, além da relevância desses acidentes, que não apenas geram repercussões físicas, mas também psicológicas, já que é relatado por muitos idosos o medo de cair, algo que foi destacado por vários autores, podendo relacionar isso com a qualidade de vida desses idosos. O medo abrange algo maior do que somente aquele receio de cair, mas sim o de machucar-se, de ser hospitalizado, sofrer imobilizações, ter a saúde debilitada e tornar-se dependente de outras pessoas para o autocuidado ou para realizar atividades da vida diária.

Percebe-se entre os artigos lidos, que com o passar da idade, ressaltando-se os maiores de 60 anos, que possuem alguma deficiência física ou mental, o indivíduo diz-se vítima do comprometimento da capacidade funcional, alterações cognitivas e da marcha, deficiência visual, entre outros, são fatores de risco para a ocorrência de quedas nesse grupo (MALTA et.al, 2012).

Menezes et al (2008) cita em sua pesquisa outros fatores causadores de quedas, que são a hipotensão ortostática, a osteoartrose, que é um distúrbio que tem como consequência a perda da força muscular prejudicando assim a mobilidade levando à dependência funcional, sendo uma condição relacionada a queda. Esses fatores deixam os idosos mais vulneráveis. As quedas podem ser induzidas por meio de inúmeros mecanismos e atos diretos e indiretos na medicação utilizada levando muitas vezes as quedas devido a diversas causas como: hipotensão postural, sedação excessiva e diminuição no tempo de reação, dificuldades no equilíbrio e no caminhar, arritmias e danos a um estado de alerta cognitivo.

Entre os fatores de maior risco para ambos os sexos estão: história de quedas (87,5%); idade igual ou superior a 65 anos (70,8%); dificuldades visuais (95,8%); uso de medicações (75%); quarto não familiar ou pouco iluminado (62,5%) e ausência de material antiderrapante (95,8%). Já os menos presentes são: morar sozinho (12,5%) e incontinência urinária (20,8%). Para que esses dados sejam modificados, profissionais enfermeiros devem atuar com medidas preventivas, detectando os elementos de risco físicos e ambientais, objetivando modificá-los ou adaptá-los para diminuir, assim, a vulnerabilidade dessa população idosa (ALVES JUNIOR; PAULA, 2009)

Os profissionais devem orientar quanto aos possíveis riscos a que estão acometidos e encorajar a adequação ao ambiente, buscando tornar a ambiência um local seguro e confortável, principalmente para os idosos com dificuldade e/ou dependência para andar. O espaço onde o idoso deve se movimentar deve ficar livre de móveis e objetos que possam causar ferimentos (SILVA et al, 2009). A queda é abordada como um evento multifatorial pelos seus programas de prevenção, programas estes que incluem itens como: avaliação da visão e funcional, força e equilíbrio, revisão de medicamentos, intervenção e avaliação dos obstáculos presentes na casa do indivíduo para prevenir esses acidentes. O profissional que se dedica a trabalhar com esse tipo de situação deve ter consciência de que trata-se de um trabalho de promoção da saúde, e que, dentre os muitos determinantes de saúde que estão relacionados a esses eventos (a queda de idosos) os determinantes sociais também devem ser levados em conta (MACHADO et al, 2009)

A autora, ainda, ressalta que, dentre os países citados, todos apresentam informações e sensibilizações da população sobre a prevenção, as causas e possíveis consequências das quedas. Já no Brasil, ainda há um grande preconceito em relação à isso, já que ainda acham que a queda seja normal entre as pessoas idosas, e que não há muitas ações para evitar que isso ocorra. Normalmente, não há discussões sobre quedas em consultas médicas, a menos que este evento já tenha ocorrido antes, com consequências mais graves.

Segundo Machado et al (2009), as propostas comuns para prevenir quedas são: cuidados especiais com os pés e sapatos, prática de exercícios físicos, rearranjo do domicílio, obstáculos encontrados nele e como enfrentar esses obstáculos, acessibilidade em diversos locais, uso de equipamentos que podem auxiliar na marcha, aprender como cair, entre outros.

O investimento em campanhas que alertem a população sobre os riscos e as formas de prevenção de quedas de idosos é necessário, para que as consequências dos danos causados por esses acidentes sejam minimizados. Para isso há a necessidade de que sejam mantidos meios de comunicação capazes de tornar o assunto compreensível para que tanto o idoso como os seus familiares participem ativamente deste processo de promoção de saúde (LOPES et al, 2007).

Em países como Canadá, Austrália, França e Estados Unidos possuem mais programas de prevenção de quedas do que no Brasil. Para a realização desses programas faz-se necessário estudar sobre as características dos idosos que caem (PAULA et al, 2010).

Conclusão

Pôde-se observar, de acordo com os estudos expostos, que a queda abrange, principalmente, idosos. Esta classe é bastante acometida pelas inúmeras alterações no organismo, deixando-os mais vulneráveis a acidentes, como as quedas. O aumento desses incidentes pode alterar a rotina e acabar submetendo-os a dependência diária.

O presente estudo nos fez perceber a importância de implementar programas de atenção a essas classes mais acometidas, com o intuito de facilitar suas vidas e buscar maneiras para prevenir a incidências das quedas. Dessa forma, o objetivo do trabalho foi alcançado, visto que foram analisadas as principais causas de quedas e medidas para alertar toda a comunidade a cerca dos fatores de risco que expõem esse idosos a acidentes, tanto em seu domicílio como em outros lugares, destacando as formas de intervenção/prevenção para eliminar, ou ao menos minimizar os riscos junto aos idosos e seus familiares.

Referências

- ALVES JÚNIOR, E.D.; PAULA F.L. A prevenção de quedas sob o aspecto da promoção da saúde. **Fit Perf J.**, v.7, n.2, p.123-129, 2008.
- BRASIL. Ministério da saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa Caderno de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CARVALHO, A.M.; COUTINHO, E.S.F. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. **Rev Saude Publica**, v.36, n.4, p.448-454, 2002.
- CRUZ, D.T. et al. Prevalência de quedas e fatores associados em idosos. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.1, 2012.
- FABRÍCIO, S.C.C.; RODRIGUES, R.A.P.; JUNIOR, M.L.C. Causas e consequências de quedas em idosos atendidos em hospital público. **Rev Saúde Publica**, v.38, n.1, p.93-99, 2004.
- IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais - 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.
- LOPES, M.C.L. et al. Fatores desencadeantes de quedas no domicílio em uma comunidade de idosos. **Cogitare Enferm.**, v.12, n.4, p.472-477, 2007.
- MACHADO, T.R. et al. Avaliação da presença de risco para queda em idosos. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.1, p.32-38, 2009.
- MALTA, D.C. *Características e fatores associados às quedas atendidas em serviços de emergência*. **Rev. Saúde Pública**, v.46, n.1, 2012.
- MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. *Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados*. **Ciênc. saúde coletiva**, v.13, n.4, 2008.
- PAULA, F.L.P. et al. Perfil de idosos com internação por quedas nos hospitais públicos de Niterói (RJ). **Rev. bras. epidemiol.**, v.13, n.4, 2010.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PERRACINI, M.R. Prevenção e manejo de quedas. In: RAMOS, L.R. (org.). **Guia de geriatria e gerontologia**. Barueri: Manole, 2005. p.193-208.

PERRACINI, MR; RAMOS, LR. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. **Rev Saude Publica.**, v.36, v.6, p.709-716, 2002.

RIERA, R; TREVISANI, VFM; RIBEIRO, JPN. Osteoporose: a importância da prevenção de quedas. **Rev Bras Reumatol.**, v.43, n.6, p.364-368, 2003.

Agradecimentos

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus por ter me dado disposição e força de vontade para começar, em tão pouco tempo, um trabalho do zero e por ser tão generoso comigo. Agradeço demais à minha amiga Tayná Ramos que, mesmo cansada e com tempo restrito, me ajudou de forma intensa. Agradeço muito à orientadora Camila Santos por, nesses últimos meses, ter se disponibilizado a me ajudar tanto também. Obrigada, Camila, por sua paciência e generosidade. E, por fim, obrigada a todos os meus amigos, inclusive a Rafaela Brito, que sempre me ajudam.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

EXPERIÊNCIA INTERDISCIPLINAR COMO ESTRATÉGIA PARA A MELHORIA NA FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARA O SUS

Silvio Barros do Nascimento - Universidade Potiguar do RN UNP, silviobn@gmail.com
Dayla Moura Ramos Isoldi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN.
Clélia A. Simpson - Universidade Federal do do Rio Grande do Norte UFRN
Tatiane A. Queiroz - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte UERN.
Iara Alves Feitosa Sangi - Universidade Potiguar do RN UNP.
Izabella Bezerra de Lima Moura - Universidade Potiguar RN UNP

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Promoção da Saúde. Formação do Profissional de Saúde

Resumo

Objetivo: refletir sobre a importância da implantação de uma disciplina que visa o trabalho interdisciplinar entre os diversos cursos da área de saúde para a formação do discente na perspectiva da promoção da saúde. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa, além da percepção dos autores a respeito do tema proposto. **Resultados e discussões:** A utilização da interdisciplinaridade na educação em saúde qualificará o profissional da saúde para ter uma visão diferenciada no cuidado, fará com que conheça melhor seu paciente, intervindo e diagnosticando de forma multiprofissional sobre as principais necessidades de saúde, frente a realidade sócio econômico desta, construindo nele valores e atitudes para reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida trabalhando para garantir a integralidade da assistência e buscando sempre ser um educador em saúde, sendo um representante dos Princípios Único de Saúde. **Conclusões:** A importância da aplicação da interdisciplinaridade na educação construirá no profissional uma postura moral, ética e humanitária, inserindo no seu conhecimento métodos para lidar com os desafios do dia a dia. Com isso, o qualificará para ter uma visão holística do paciente, enxergando o indivíduo como um todo, o respeitando e desenvolvendo métodos para gerar saúde no seu contexto social.

Introdução

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde é uma estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor, e na sua portaria (Nº198), há recomendações de caráter geral e normas sobre a execução de serviços de formação e desenvolvimento de trabalhadores da saúde, identificando a necessidade de construir estratégias e processos que qualifiquem a atenção e a gestão em saúde para fortalecer o controle social na perspectiva de produzir impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva. Aborda também sobre a importância de ter uma rede de atenção como cadeia de cuidados progressivos à saúde e estimular a transformação das práticas de saúde e de educação na saúde no conjunto do SUS e das instituições de ensino, tendo em vista a implementação das diretrizes curriculares nacionais para o conjunto dos cursos da área da saúde e a transformação de toda a rede de serviços e de gestão em rede-escola, pois compete ao profissional da saúde seguir a Política Nacional de Saúde e fazer com que ela seja aplicada seguindo seus princípios básicos de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2004).

As Leis de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) do MEC descreve sobre a formação e desenvolvimento da vida que acresce preponderante ao ensino das instituições educacionais e esta educação tem por obrigação está perpetuada com o universo do trabalho e as práticas sociais, inspirado nos princípios da liberdade ideológica e companheirismo, com objetivo no crescimento do aluno, preparando-o para as atividades de cidadania e o classificando para o trabalho. (BRASIL, 1996).

Com isso, as instituições educacionais em saúde com o intuito de seguir as orientações do SUS e as LDB atualmente passam por um processo de reorientação acadêmica, com o objetivo de capacitar o discente para o mercado de trabalho, vem explorando no meio acadêmico o conceito de interdisciplinaridade com o propósito de promover uma interação entre o aluno, professor e cotidiano assim formando uma ligação entre as profissões da área da saúde.

A Interdisciplinaridade exclui uma colocação unificada, que é tomado como base para todas as ciências e é mantido separado dos processos e contextos históricos e culturais. Esta nova proposta concorda com o conteúdo de cada campo do conhecimento identificando os pontos que os unem realizando de uma forma diferenciada, propondo a comunicação e entendimento do processo de várias disciplina da saúde.

A origem da interdisciplinaridade está nas transformações dos modos de produzir a ciência e de perceber a realidade e, igualmente, no desenvolvimento dos aspectos político-administrativos do ensino e da pesquisa nas organizações e instituições científicas. Mas, sem dúvida, entre as causas principais estão a rigidez, a artificialidade e a falsa autonomia das disciplinas, as quais não permitem acompanhar as mudanças no processo pedagógico e a produção de conhecimento novos (PAVIANI, p.14, 2008).

Entende-se que o ensino, aprendizagem e vivência do trabalho no seu campo fará com que o profissional passe a ter uma postura ética e entenda que a profissão escolhida necessita de uma assistência humanizada de qualidade e com ações focada em soluções possíveis para um problema, acrescentando conhecimentos de vivência e prática na área profissional e formando pessoas mas responsáveis e comprometidos com a sociedade. A educação aqui abordada faz referência ao aprendizado fundamental da educação para ser aplicado uma Educação em Saúde como projeto interdisciplinar podendo ser utilizado em todas as áreas de atuações profissionais.

Dessa maneira, objetivou-se refletir sobre a importância da implantação de uma disciplina que visa o trabalho interdisciplinar entre os diversos cursos da área de saúde para a formação do discente na perspectiva da promoção da saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo e reflexivo baseado em revisão de literatura de abordagem qualitativa, além da percepção dos autores a respeito do assunto abordado. A obtenção dos dados realizou-se por meio da pesquisa de capítulos de livros e artigos publicados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O critério de inclusão foi artigos que contemplassem o tema da formação de profissionais de saúde, interdisciplinaridade e promoção à saúde.

Resultados

A Universidade Potiguar RN ao inserir em sua grade curricular a disciplina Programa Interdisciplinar Comunitário (PIC) tem o intuito de seguir as diretrizes educacionais, pois ela vem tratando sobre as práticas interdisciplinar dentro de diagnósticos e sistematização das necessidades da saúde em comunidades, planejando e desenvolvendo metodologias ativas de problematização e educação baseada em problema.

A disciplina utiliza de técnicas de aprendizados inovadora como: TBL (team-based learning), rodas de conversas, mapas inteligentes e conceituais e visitas domiciliares nas comunidades, baseando-se no princípio de Paulo Freire, que entende o conhecimento como produto da atuação do indivíduo sobre a realidade. (PAULO FREIRE 2005)

e

Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Gerar no discente vivência e práticas interdisciplinar e de trabalho em equipe de forma sistemática, conhecimento e compreensão para que ele possa diagnosticar e intervir de forma multiprofissional sobre as principais necessidades de saúde de uma comunidade frente à realidade social, cultural, política e ambiental desta é de suma importância para o seu desenvolvimento enquanto acadêmico, pois, ao enxergar o problema é possível deliberar sobre eles, discutir sobre o assunto, propor soluções para então aplicá-las, originando disso um trabalho transmutador.

Caracterização da Disciplina PIC

A disciplina é ministrada uma vez por semana no total de 20 encontros no semestre dividido em dois módulos para todos os alunos do 6º período do campo da saúde com exceção de Medicina, Medicina Veterinária e Biomedicina, com carga horária para 2h aula teórica e 2h aula prática no total de 4h semanais e carga horária total de 80h.

Foram formadas novas turmas tutoriais com profissionais de saúde de todas as áreas, fazendo com que o discente tenha conhecimento do campo de trabalho de diversas áreas distintas.

No primeiro módulo é administrado aulas teóricas e práticas sempre discutido sempre sobre realidade social, ambiental e de saúde da população é aplicado o conceito de territorialização, que abrange os conceitos de área, microabrangência, área adscrita, Família, Visita domiciliar, Equipamentos Sociais, relação do território com a informação, mapa Inteligente; estimula aos alunos a trabalhar em equipe; utilizar de instrumentos de avaliação familiar e comunitário, como a escala de risco familiar, o genograma, o ecomapa e mapas Inteligentes.

No segundo Módulo é feito um levantamento dos indicadores de saúde, faz-se uma discussão teórica de dados e informação; é feita uma simulação sobre informação em saúde e sala de situação; Planejamento Estratégico Situacional (PES); método da roda de conversa com a comunidade; construção e apresentação da sala de situação, ações comunitária e uma mostra interdisciplinar comunitária, finalizando o cronograma com a entrega de um portfólio com todas as informações adquiridas ao longo do semestre;

Limites, Requisitos e Obstáculos do PIC

Fazer um estudocientífico que trata dos problemas relacionados com a crença e o conhecimento, enxergando suas limitações não é fácil, pois bate de frente com o padrão atualmente utilizado, com isso criam-se obstáculos entre as diretrizes institucionais, posições tomada dos indevidos por se manterem fechados as novas metodologias, e também por questões culturais não encarando a ciência como uma forma mutável preferindo aplicar métodos já utilizados. Por isso é importante que o aluno tenha sensibilidade para compreender e buscar mecanismo de ação para superar estes contratempos (CAMPOS AMELIA, 2012)

A importância da disciplina PIC na formação de profissionais de saúde na perspectiva da promoção da saúde

A disciplina ao ser, constituída por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, para atuarem em conjunto com os profissionais das Equipes Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios, objetiva aprofundar a discussão sobre a proposta do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é um instrumento de apoio matricial para as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A promoção a saúde é definida sobre o influxo sócio econômico a saúde da população, atuando em melhorias da qualidade de vida e saúde das comunidades segundo a Carta de Ottawa 1986. A interdisciplinaridade na assistência trabalha com o intuito de promover saúde de uma forma diferenciada, proporcionando uma melhor integração entre os profissionais, fazendo com que eles trabalhem coletivamente buscando a resolução dos problemas dos pacientes.

A disciplina ambiciona provocar o aluno a reconhecer a saúde como direito e condições digna a vida, capacitando-o a atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, através do trabalho interdisciplinar. Acredita-se que essa discussão estimula a melhoria na qualidade da formação de profissionais de saúde, para um SUS para todos, baseada nas convicções científicas de cidadania, ética e do trabalho em equipe.

Conclusão

A universidade ao aderir em sua grade curricular uma disciplina que trate diretamente sobre interdisciplinaridade está demonstrando a importância da reforma da formação da saúde, fazendo com que o discente, desde o início do curso, possa vivenciar o SUS em sua realidade.

Os valores adquiridos como estudante no seu processo de sua formação profissional constitui diretamente na sua forma de atuação pós-universidade, desta forma a reorientação do processo de formação aproveitando os conteúdos de cada profissão e mostrando as situações que ocorrem com certa frequência, promoverá a autonomia moral do acadêmico e o estimulará a ter uma postura ética e humanitária, representando sempre a integralidade como peça principal do seu trabalho buscando sempre melhorias na qualidade da assistência prestada.

Referências

BRASIL. Constituição (1996). Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Ldb) nº 9394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece As Diretrizes e Bases da Educação Nacional.** Brasília, Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12907> Acesso em: 15 ago 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF,** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 01 Ago 2014.

BRASIL. Constituição (2004). Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. **Institui A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde Como Estratégia do Sistema Único de Saúde Para A Formação e O Desenvolvimento de Trabalhadores Para O Setor e Dá Outras Providências.** Brasília, Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>> Acesso em 17 de ago 2014

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos. **A interdisciplinaridade no ensino e na pesquisa em Enfermagem.** *Rev. esc. enferm. USP*[online]. 2012, vol.46, n.2, pp. 01-02. ISSN 0080-6234

PAVIANI, Jayme. **Interdisciplinaridade:** conceitos e distinções. 2. ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2008.

FREIRE, Paulo. (2005): **Pedagogia da autonomia:** saberes necessários à prática educativa. 31. Ed. São Paulo: Paz e Terra.

Scherer MDA, Pires D. **Interdisciplinaridade:** processo complexo de conhecimento e ação. Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva 2011; 5(1):69-84.

World Health Organization. **The Ottawa charter for health promotion.** Geneve: WHO; 1986.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradeço a Deus, por ter me dado à oportunidade de aprendizado e crescimento. À minha mãe, que me deu a vida e me ensinou valores morais. Ao meu amigo/irmão Paulo Pessoa por sempre me incentivar nesta busca constante do conhecimento. A Professora Patrícia Barreto e Izabela Bezera de Lima Moura, pelo acolhimento e ensinamento na pesquisa científica, professora Clélia Simpson, pela sua confiança e acolhida. E os amigos Thalys Menguita e Fatima Pessoa, pelo apoio.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CASTRO, Nádile Juliane Costa de . Universidade da Amazônia - nadilecastro@yahoo.com.br
SANTOS, Dayanne de Nazaré dos.
NEVES, Ryane Oliveira.
MESQUITA, Rafaela da Silva.
TEIXEIRA, Tiago Vieira.
SANTOS, Thiago Vasconcelos dos – Instituto Evandro Chagas

PALAVRAS-CHAVE: Universitários; informação; saúde, dinamismo; novas mídias.

RESUMO: Este é um relato de experiência vivenciado no período de abril de 2013 até Junho de 2014, em mídia social, intitulada facebook, por meio de Grupo de trabalhos e pesquisas em enfermagem, de uma universidade particular situada na região metropolitana de Belém do Pará. Teve como objetivo demonstrar a integração de acadêmicos por redes sociais permitindo acesso a informação científica. No total participam do evento 12 membros, sendo 10 acadêmicos e 2 professores da área de enfermagem. Como resultado obtivemos, a socialização de 10 eventos científicos e 18 documentos em geral. A experiência permitiu entender que nos dias atuais, há necessidade de se incluir novas mídias no processo de trabalho acadêmico, visto que possibilita a interação do aluno com o professor de forma mais efetiva e moderna, assim como a interação aluno-aluno.

INTRODUÇÃO

Entre as diversas significações que “rede” (network) vem adquirindo, apesar de não se limitar somente a elas, servem ao propósito deste artigo as seguintes: sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede. A rede social, derivando deste conceito, passa a representar um conjunto de participantes autônomos, unindo idéias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados (MARTELETO, 2001). O Trabalho expressa a experiência em rede social nomeada facebook, iniciada no período de abril de 2013 até atualidade, que tem como objetivo, demonstrar como integrar por meio de mídias atuais, como as redes sociais, alunos de graduação em enfermagem permeando acesso rápido, contínuo e integrado de informação científica por meio de grupo fechado.

METODOLOGIA

Este é um relato de experiência vivenciado no período de abril de 2013 até junho de 2014, em mídia social, intitulada facebook, idealizado durante as atividades acadêmicas no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade da Amazônia. O seguinte grupo fechado, via facebook, foi idealizado durante reunião de Grupo de trabalhos e pesquisas em enfermagem, onde identificou-se a necessidade de um ferramenta que torna-se a atividade do grupo mais dinâmica e atualizada, em virtude das discussões ensaiadas durante os encontros presenciais. Como critério de inclusão somente foram usadas os perfis dos membros no facebook, por meio de convite do administrador do grupo fechado, sendo este um dos professores. No total, participam do grupo fechado 12 membros, sendo 2 professores mestres e 10 graduandos em enfermagem, distribuídos em diversos semestres, desde o segundo semestre até o sétimo semestre, sendo 6 (seis) membros do sexo masculino e 6(seis) do sexo feminino. Todos os alunos são da mesma instituição, sendo 1 professor da mesma instituição e 1 professor/pesquisador do Instituto Evandro Chagas/SVS/MS.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguinte experiência trouxe como resultado a identificação de como novas mídias podem permear a informação em saúde, pois possibilitam uma integração entre os seus membros, em virtude da facilidade de acesso aos artigos, documentos, vídeos e informação em geral.

Durante o período da experiência, o grupo conseguiu socializar a informação de 10 eventos acadêmicos, entre eles, congressos, oficinas e workshops, que em muitos casos ficam a margem de panfletos e convites presenciais em sala de aula, não conseguindo informar a todos de forma ágil e objetiva. Após essa fixação da informação na rede social, foi gerado no grupo a estimulação visual, e também em pares, visto que os mesmos criaram os seus parceiros científicos.

Entendemos que nos dias de hoje, há necessidade de se incluir novas mídias no processo de trabalho acadêmico, visto que possibilita a interação do aluno com o professor de forma mais efetiva e moderna, assim como a interação aluno-aluno.

Conseguimos durante este período indexar 18 documentos referentes a interesse de conhecimento metodológico, produções do grupo e da área afim de formação acadêmica. Isto possibilitou que os mesmos tivessem um suporte virtual, para os encontros quinzenais presenciais, gerando questionamentos sobre conteúdos e possibilitando a expansão do conhecimento. Estes conteúdos referiam-se a artigos científicos na área de enfermagem e metodologia científica.

Entendemos que os artigos anexados, são de cunho essencial, pois colabora para a formação intelectual, e vincula o aluno ao tema proposto, induzindo o mesmo a análise do material, de acordo com seu tempo e necessidade, pois utiliza-se da possibilidade de baixar e ler o arquivo na hora que quiser, sem ter a necessidade de uma hora marcada, podendo utilizar da ferramenta de bate papo para tirar as dúvidas pós leitura.

O que temos observado, entretanto, que devemos criar reuniões virtuais com o grupo, para que haja uma organização dos questionamentos e intervenções realizadas por meio da rede social, pois em virtude desta falta horários exatos, ficamos atados a conversas informais, e muitas vezes soltas, não permitindo que outros membros, ausentes naquele momento, participem conjuntamente.

CONCLUSÃO

Entendemos a necessidade de utilizar esta ferramenta de formas mais organizada no sentido de criar calendários virtuais, assim como encontros, regras e colaborações de terceiros. Futuramente, devemos criar por meio das ferramentas disponíveis na rede social, um banco de documentos relacionado a temas de saúde, principalmente manuais e artigos de interesse científico, possibilitando para seus membros um acesso rápido e organizado.

REFERÊNCIAS

MARTELETO, Maria, Regina. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência da informação. Ci. Inf., Brasília, v. 30, n. 1, p. 71-81, jan./abr. 2001

AGRADECIMENTO

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A Universidade da Amazônia por ceder os espaços para as reuniões do grupo.

Educação em saúde a mulheres submetidas a episiotomia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto – Universidade Federal do Piauí / isabelanolleto@hotmail.com

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Maria do Carmo Campos Pereira – Universidade Federal do Piauí

Flávia Dayana Ribeiro da Silveira – Universidade Federal do Piauí

Grazielle Roberta Freitas da Silva – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermagem. Violência. Episiotomia.

Resumo

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, a assistência à mulher no momento do parto ainda é objeto de grande medicalização. Cerca 1,5 milhões de mulheres têm parto vaginal a cada ano e grande parte delas sofre algum tipo de trauma perineal, estando sujeitas à morbidade associada a este trauma. Esse estudo relata a experiência de educação em saúde com a temática violência obstétrica, por meio da metodologia de problematização tendo como uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Nazária no Piauí. O público foi composto por cerca de 10 mulheres de 21 a 30 anos, que tiveram filhos a mais de 4 meses e já tinham reiniciado as atividades sexuais. A atividade ocorreu por meio de rodas de conversa com cerca de 10 mulheres atendidas na unidade de saúde e que tiveram uma gestação a menos de 4 meses. Os temas geradores/abordados foram: Violência obstétrica (descrevendo os principais tipos) e deveres delas enquanto gestante e puérpera. A pedagogia da problematização foi vivenciada pelos alunos num movimento de pensar e agir diante da realidade existencial os relatos e o comportamento dessas mulheres diante do assunto exposto.

Introdução

A assistência à mulher no momento do parto é objeto de grande medicalização. Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, o cenário de nascimento transformou-se rapidamente, tornando-se desconhecido e amedrontador para as mulheres e mais conveniente e asséptico para os profissionais de saúde (BRASIL, 2010).

Cerca 1,5 milhões de mulheres têm parto vaginal a cada ano e grande parte delas sofre algum tipo de trauma perineal, seja por Episiotomia ou lacerações espontâneas, estando sujeitas à morbidade associada a este trauma (RIESCO et al, 2011).

Episiotomia consiste em um procedimento cirúrgico usado na obs-tetrícia ao final do segundo estágio do parto vaginal, com a finalidade de aumentar a abertura vaginal através de uma incisão no períneo. Embora a episiotomia tenha se tornado o procedimento cirúrgico mais comum do mundo, não há evidências científicas que respaldem sua prática indiscriminada. Baseado nisso e em outras desvantagens associadas ao procedimento, mundialmente pretende-se torná-la um procedimento restrito, descontinuando sua prática rotineira (ZANETTI, 2009).

A episiotomia e a episiorrafia são dois procedimentos cirúrgicos mais realizados por obstetras. No Brasil, a taxa de realização de episiotomia é de 71,6%, apesar do movimento na atualidade pretender sua redução para 10% (GABRIELLONI et al, 2014).

Entretando esse procedimento é realizado sem consentimento da parturiente. Fato de grande relevância, pois o procedimento pode acarretar alterações cicatriciais além das outras complicações para o resto da vida. Assim, acredita-se que a decisão para a realização do procedimento deva ser compartilhada com a paciente, exceto em condições em que seus benefícios justifiquem amplamente sua realização (ZANETTI et al, 2009).

O procedimento de episiotomia foi originalmente defendida por facilidade de correção, melhor cicatrização e menor número de complicações perineais em oposição a uma laceração espontânea, porém os estudos não conseguiram demonstrar todas essas vantagens (BERTOZZI, et al, 2011).

No Brasil, além do uso indiscriminado da episiotomia, em alguns casos, os altos índices de cesarianas são justificados equivocadamente, como forma de prevenção de danos provocados pelo uso dessa técnica nos partos normais (SALGE et al, 2012).

Neste sentido Assim, a discussão sobre riscos, benefícios e fatores relacionados ao uso da episiotomia é extremamente válida e a educação em saúde torna-se fundamental para que ocorra a quebra desses paradigmas, oportunizando as mulheres o direito de ter conhecimento, opinião e poder de decisão sobre o seu próprio corpo.

. Neste sentido objetivamos neste artigo apresentar o relato de experiência sobre uma ação educativa destinada a mulheres/mães acerca da violência obstétrica com enfoque na episiotomia.

Metodologia

Esse estudo é relato de uma experiência ocorrida por acadêmicos de enfermagem durante o mês de março de 2014 em uma Unidade Básica de Saúde do município de Nazária/PI.

A experiência constituiu-se de uma atividade extracurricular relacionada a pesquisa de dissertação intitulada: “Avaliação da função sexual de mulheres submetidas a episiotomia”. A atividade objetivou trazer a temática violências obstétricas às

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

mulheres que tiveram parto por via vaginal com episiotomia, na pretensão de promover maior conhecimento sobre seus direitos como mulher e parturiente.

O público foi composto por cerca de 10 mulheres de 21 a 30 anos, que tiveram filhos a mais de 4 meses e já tinham reiniciado as atividades sexuais, critérios estes de inclusão do estudo acima citado

Foram utilizados recursos próprios da Unidade Básica de Saúde, tais como: sala, cadeiras, mesas, ventilador, entre outros. A metodologia do trabalho teve como ferramenta a educação popular e a troca de experiências. Assim, Freire (2005) promove a valorização do saber do educando, instrumentalizando-o para a valorização da autonomia, transformação de sua realidade e de si mesmo.

Os temas discutidos durante a atividade educativa foram relacionados a violência obstétrica, os tipos mais comuns e os seus direitos. Nessa ocasião oportunizou-se às participantes relatarem suas experiências em relação ao tema.

Resultados e Discussão

A abordagem educativa deve estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças, facilitando a incorporação de ideias e práticas ao cotidiano das pessoas de forma a atender às suas reais necessidades. A educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal envolve as usuárias da atenção básica em saúde com papel de destaque, por serem o centro do processo educativo, possibilitando inferir a existência de representações nesse grupo (GUERREIRO et al, 2014).

Para melhor lidar com o público alvo e com a temática, as acadêmicas receberam um treinamento e passaram a ter um conhecimento mais rico sobre os direitos e deveres da mulher, com relação à gravidez, gestação e puerpério. Após serem instruídas, realizaram as palestras estas que se desenvolveram de forma bem clara e participativa, foram abertas rodas de conversa e a interação ocorreu entre ambas às partes, devido ao ambiente acolhedor e a metodologia utilizada.

O transcorrer das palestras se deu de forma gradual, abordando inicialmente os principais tipos de violência obstétrica. Nessa primeira etapa foi definido o que é a violência obstétrica e foram expostos os abusos mais comuns sofridos por mulheres durante o período gestacional, de parto ou de abortamento, causados pelos profissionais de saúde. O que mais chamou a atenção foi o fato de que, durante a exibição de cada forma de violência, pelo menos uma mulher relatava ter sofrido algum dos tipos.

A roda de conversa é um método que cria espaços de diálogo, em que as pessoas podem escutar os outros e a si mesmos. As trocas de experiências, conversas, discussão e divulgação de conhecimento constroem esse método (COELHO, 2007).

Conforme foram lançados os principais tipos de violência obstétrica, foram-se ouvidos os relatos das mulheres, mães, que ali se encontravam, e ao abordar as formas de violência mais comuns durante o parto, os relatos aumentaram de proporção.

Percebeu-se, na fala de uma das mães, que o fato de muitas mulheres sofrerem em silêncio, no momento do parto, é que muitas têm medo de não serem atendidas, tem medo de que a assistência lhes seja negada ao expressarem os sentimentos, medos e aflições.

Uma das violências mais comuns e absurdas, cometidas pelos profissionais da saúde e relatada pelas pacientes é a negar alimento e água para as mulheres que estão em trabalho de parto, com a justificativa de isso impedirá o processo se for preciso realizar uma cesariana.

As mulheres que foram submetidas à episiotomia sabiam da existência do “corte”, como elas denominavam, mas não tinham conhecimento sobre o procedimento, sua denominação e suas indicações, muito menos sobre seus direitos durante a realização do mesmo.

A segunda etapa das palestras foi exatamente sobre este o último tema, episiotomia, onde foram abordadas suas indicações, cuidados e processo de recuperação.

Percebeu-se que as mulheres aceitam o procedimento por estarem numa situação vulnerável, além de estarem lidando com as dores das contrações, são obrigadas a ficar em uma posição que em nada facilita o trabalho de parto e estarem sendo manipuladas por profissionais de saúde, que utilizam inúmeras formas de julgar a necessidade da realização de episiotomia.

Por fim, falou-se dos direitos que toda mulher tem durante o período de gestação, parto ou aborto. As mães foram esclarecidas sobre todos os direitos e estimuladas a sempre buscar que eles sejam cumpridos e denunciar se algum for desrespeitado, seja com elas ou com outras mulheres/mães.

Os acadêmicos reconheceram a falta de conhecimento da mulher quanto ao seu corpo e seus direitos, muitas delas hábeis a escutar e a entender, porém são reprimidas e postas a segundo plano, não exercendo seus direitos e assim tolerando as práticas ilegais que ainda são exercidas.

Conclusão

A experiência foi grandiosa para os acadêmicos de enfermagem, pois a partir da atividade puderam vivenciar a viabilidade de estratégias de educação em saúde, além de interiorizar a atuação pautada na educação popular em saúde, a qual pretende-se utilizar durante a vida profissional como um todo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Referências

BERTOZZI, S. et al. Impact of episio-tomy on pelvic floor disorders and their influence on women's wellness after sixth month postpartum: a retrospective study. BMC Wo- men's Health. v.11, n.12, 2011.

BRASIL. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. Ministério da Saúde. 2010.

COELHO, D. M. Intervenção em grupo: construindo rodas de conversa. Anais do XIV Encontro Nacional da Abrapso, Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2007.

FREIRE, P. Pedagogia do oprimido: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 2005.

GABRIELLONI, M. C. et al. Análise da hemorragia no parto vaginal pelos índices de eritrócitos e hematócrito. Acta Paul Enferm. v.27, n.2, p:186-93, 2014.

GUERREIRO EM, et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Rev Bras Enferm. v.67, n. 1, p: 13-21, 2014.

RIESCO, M. L. G. et al. Episiotomia, laceração e integridade perineal em partos normais: análise de fatores associados. Rev. enfermagem UERJ. v.19, n. 1, p: 77-83, 2011.

SALGE, A. K. M. et al. Prática da episiotomia e fatores maternos e neonatais relacio- nados. Rev Eletr Enf [Internet]. v.14, n. 4, p:79-85, 2012.

ZANETTI, M. R. D. et al. Episiotomia: revendo conceitos. FEMINA. v.37, n.7, 2009.

Agradecimentos

AGRADECEMOS A TODOS QUE CONTRIBUÍRAM DE ALGUMA FORMA PARA A CONSTRUÇÃO DESTE TRABALHO.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ENSINAR PARA A VIDA: EXPERIÊNCIA DA DISCIPLINA PROCESSO SAÚDE/DOENÇA DA TERCEIRA IDADE NA PROMOÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Narjara Beatriz Queiroz da Silva – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Email: narjara_beatriz@hotmail.com

Tatiane Aparecida Queiroz – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Clélia Albino Simpson – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Amélia Carolina Lopes Fernandes – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Lucídio Clebeson de Oliveira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Francisca Patrícia Barreto de Carvalho – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Idoso. Enfermagem.

Resumo

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil e aqueles com mais de 60 anos aumentam a cada ano. Isto é percebido no cotidiano, onde há uma maior participação de idosos na vida social, fato que leva a uma maior presença deles entre os jovens. Assim, observou-se que existe a necessidade de discussão dessa nova realidade, a fim de minimizar conflitos de gerações e também para que as pessoas vivam melhor independente da idade, com uma boa qualidade de vida. Neste sentido, torna-se fundamental interrelacionar estas faixas etárias, sendo o ambiente da graduação um dos locais onde isto pode ocorrer. A disciplina “Enfermagem no processo Saúde/doença da Terceira Idade”, constituiu-se num espaço que permitiu pensar acerca desta questão, através do ensinar para a vida. Desta forma, o trabalho tem como objetivo analisar de que forma a educação para a vida pode contribuir na promoção da saúde do idoso. Foram elaboradas na disciplina metodologias de ensino diferenciadas, a fim de promover um melhor entendimento do que é ser idoso e a construção de conhecimentos a partir da vivência dos educandos com familiares mais longevos e pelo contato com idosos do Abrigo Amantino Câmara, campo de práticas da disciplina. Pode-se observar que os alunos despertaram sua sensibilidade frente ao envelhecimento e, ao manterem contato com os discentes, os idosos tiveram a oportunidade de trocar experiências, se sentindo valorizados e ativos perante a sociedade e aos demais indivíduos, estimulando a sua interação e inserção social, melhorando a autoestima e promovendo a sua saúde.

Introdução

O envelhecimento populacional é uma realidade no Brasil. A população com mais de 60 anos aumenta exponencialmente a cada ano enquanto a natalidade diminui. O número de idosos no Brasil passou de 3 milhões, em 1960, para 7 milhões, em 1975, e 20 milhões em 2008 - um aumento de quase 700% em menos de 50 anos (VERAS, 2009).

Neste ritmo, a população chamada idosa, considerando os maiores de 60 anos (WHO, 2002), será maioria em 2050. O incremento desta parte da população é percebido no cotidiano onde se nota a maior participação de pessoas idosas na vida social, fato que leva a uma maior presença deles entre os mais jovens.

Porém, vive-se hoje em uma sociedade onde a imagem da juventude é enaltecida e o medo de envelhecer, das incapacidades físicas e psíquicas que podem aumentar as chances de dependência e perda de autonomia, o abandono, bem como a própria finitude da vida, fazem com que os jovens procurem não refletir sobre o tema e não saibam como lidar com aqueles que pertencem à faixa etária idosa (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008). Assim, observou-se que existe a necessidade de discussão dessa nova realidade, a fim de minimizar os conflitos de gerações dentro da sociedade e também para que as pessoas vivam melhor independentes de sua idade, com uma boa qualidade de vida.

Neste sentido, torna-se fundamental interrelacionar estas faixas etárias, sendo o ambiente da graduação um dos locais onde isto pode se fazer possível. O componente curricular “Enfermagem no processo Saúde/doença da Terceira Idade”, constituiu-se num espaço de ensino/aprendizagem que permitiu pensar acerca desta nova questão. A disciplina tem como finalidades oferecer conhecimentos básicos de Enfermagem para atuar na terceira idade, possibilitar a identificação de características comuns às pessoas no processo envelhecer, facilitar a reflexão, vivência e adaptação a questões inerentes ao curso de vida: perdas, ganhos, processo saúde-doença, morte e velhice, bem como a identificação do papel do enfermeiro com a terceira idade, sua atuação e dinâmica profissional, interação com o meio físico e social no processo de envelhecimento e interfaces com diferentes categorias profissionais.

Ao longo de três semestres letivos, durante a disciplina, foi possível observar limitações por parte dos alunos em compreender alguns aspectos da vida do idoso, percebendo-se que isso advém principalmente da pouca idade dos discentes, que revela uma dificuldade em se colocar no lugar do outro, o idoso. Isto se constitui em um problema, uma vez que a assistência de enfermagem deve ir além das necessidades físicas, pretendendo-se também que o egresso atenda os indivíduos de maneira integral. Sendo assim, a educação não deve se restringir à vida profissional, mas precisa permitir a

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

construção da autonomia e de elementos que viabilizem sua vida em sociedade.

Por este motivo, é necessário que estes futuros trabalhadores da Enfermagem possuam um maior conhecimento acerca da gerontologia, para que possam prestar cuidados de forma a não só encontrarem soluções para os problemas existentes, como também para melhor adentrar nesta fase da vida que tantos temem, promovendo uma melhor perícia sobre o assunto e qualidade de vida para o idoso (MANCIA; PORTELA; VIECILI, 2008).

É necessário para que haja uma promoção da saúde do idoso, primeiramente, a aceitação do processo de envelhecer, para que seja possível uma melhor convivência da terceira idade com esta fase e, para as demais faixas etárias no sentido de compreender melhor esta etapa da vida, proporcionando aos idosos uma maior integração com outros constituintes da sociedade, fazendo com que eles se sintam parte deste meio, como atores sociais ativos (COMBINATO et al, 2010).

Neste caso, o educar para a vida se mostra evidente na construção de um conhecimento que permita a reflexão acerca da própria vida e do seu curso natural: envelhecimento e morte. Um conhecimento que na juventude, fase dos educandos, pode servir para a compreensão das pessoas que se encontram em outra fase da vida: a maturidade e a velhice, assim como um melhor relacionamento e entendimento destes indivíduos. Desta forma, o trabalho tem como objetivo analisar de que forma a educação para a vida pode contribuir na promoção da saúde do idoso.

Metodologia

Com base no pensamento de Paulo Freire (1996), foram elaboradas na disciplina por meio dos docentes, metodologias mais leves e participativas a fim promover um melhor entendimento do que é ser idoso, além de possibilitar a construção de um conhecimento a partir da vivência dos educandos com seus avós, pais e outros familiares mais longevos.

As mudanças foram discutidas, implementadas gradativamente e avaliadas conjuntamente entre professores e alunos ao longo dos três anos em que a disciplina foi ministrada no seu respectivo semestre letivo. À medida que uma nova turma ingressava na disciplina, conforme a identificação do grupo, novas metodologias ou tônicas das discussões eram adotadas, havendo desta forma uma grande dinamicidade de idéias, percebida como um ponto positivo ao longo dos semestres.

A arte passou a fazer parte da sala de aula através de músicas e filmes que abordassem temas como perdas (da juventude, da força, da beleza do corpo, da saúde), terminalidade da vida, apego/desapego, dentre outros, sendo a dinâmica das aulas modificada a partir da resposta que era dada pelos educandos com relação às aulas anteriores. O dia-a-dia em sala de aula passou a ser permeado de conversas em que havia a troca de saberes entre discentes e os docentes, acreditando que a ação educativa nunca está plenamente dada. A construção do conhecimento passou a ser algo mais sólido, mais visível em cada dia vivenciado pelo grupo.

Para que o discente tivesse uma maior apropriação dos conteúdos discutidos em sala e um maior tempo para aprofundamento teórico, as visitas e práticas da disciplina foram deslocadas do início para o final e ocorreram no Abrigo de Idosos Amantino Câmara, localizado no município de Mossoró. Esta articulação entre teoria e práxis é essencial, pois segundo Konder (1992) estes elementos são indissociáveis e sua interligação irá distinguir a prática realizada de uma ação puramente mecânica e abstrata.

Sendo assim, a avaliação do processo ensino/aprendizagem não poderia mais se ater aos métodos tradicionais. Foi pactuado então que as avaliações seriam através de diários de aprendizagem construídos a partir das discussões, leituras, vivências em sala de aula e fora dela por cada aluno, onde eles registrariam suas impressões, ideias, medos, angústias e seu aprendizado durante cada aula e após a mesma quando a confrontavam com o dia-a-dia. A partir deles percebeu-se que houve não só aprendizado do conteúdo proposto e cumprimento dos objetivos da disciplina, mas melhoria do relacionamento dos alunos com avós e pais e uma maior compreensão da realidade em que cada geração vive.

Isto vai de encontro ao que Dias Sobrinho (2008) relata, onde para ele a avaliação é um bem público, devendo estar preparada para a grande dinamicidade democrática e independente pela qual a realidade passa, atuando na formação de pessoas com pensamento crítico e autônomas, além do conhecimento científico adquirido.

Também procurou-se desconstruir a ideia de que avaliar continuamente o conhecimento é algo muito complexo e deveras difícil de atingir. Em virtude da área da saúde exigir conteúdos que sejam mais técnicos e práticas que são, muitas vezes, protocoladas, há uma dificuldade em se implementar metodologias de aula e de avaliação dos alunos que fujam dos padrões tradicionais. Havia também o medo de a metodologia ser compreendida pelos alunos como uma forma de aula relapsa em virtude dos mesmos estarem acostumados a aulas tradicionais.

Compreendemos este medo como uma dificuldade de se desfazer de práticas sedimentadas ao longo de anos de docência que, como diz Bracciali e Oliveira (2012), focam apenas em uma avaliação objetiva, onde neste método são enfatizadas apenas as notas, a prova escrita, o desempenho individual, sempre atenta para o conhecimento técnico avançado, podendo ser um pouco mais flexível, sem competições e comparações, levando-se em consideração apenas o bem coletivo.

Nessa perspectiva, foi tomada a decisão de manter o diário de aprendizagem como forma avaliativa no sentido de melhorar o processo ensino/aprendizagem e construir o conhecimento de forma prazerosa, no sentido de “acolher a realidade como ela é, seja satisfatória ou insatisfatória, agradável ou desagradável” (NETO; AQUINO, 2009 p. 224).

A disciplina propôs como última atividade uma avaliação multidimensional dos idosos no Abrigo Amantino Câmara, com

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

instrumentos de avaliação já validados e consagrados na literatura internacional, ocorrida durante três dias no período vespertino. Devido o instrumento de avaliação ser extenso e haver a preocupação de não cansar os idosos, a atividade foi feita em dupla e trios. Os alunos relataram diferentes sentimentos no decorrer da atividade: desde a ansiedade em como abordar o idoso, fazê-lo manter a atenção na avaliação, emoção da conversa e relatos de experiências por parte do idoso, transferência de sentimentos com relação à própria família, o receio da inexorabilidade do tempo, medo da solidão, criticidade quanto à institucionalização, além da experiência da atividade de avaliação multidimensional propriamente dita.

Resultados e Discussão

Observou-se a partir das atividades realizadas a caminhada dos alunos dentro da disciplina e o que eles transporam para sua prática cotidiana. Preocupações como a mudança e definhamento do corpo como elemento de múltiplos significados, força de trabalho e funcionalidade social se tornaram presentes nas discussões dos alunos. O receio das más condições financeiras, abandono familiar e perda de parceiros e filhos, dentre outros sentimentos no processo de discorrer denunciaram uma evolução no exercício da alteridade, identificada como um entrave ao alcance dos objetivos da disciplina. Na avaliação final da disciplina, os alunos tiveram a oportunidade para avaliar o processo de ensino/aprendizagem aplicado e sugerirem propostas, dentre elas a manutenção do diário de aprendizagem, as metodologias dinâmicas que estimulassem a participação dos alunos no compartilhamento de experiências vividas, o uso do lúdico e da leitura, bem como a aplicação em mais ocasiões do instrumento de avaliação multidimensional com os idosos.

Desta forma, com a dinamicidade pôde-se suscitar discussões frutíferas com o grupo, uma vez que as novas estratégias pedagógicas estimularam a busca de leituras por parte do aluno. Despertaram também a sensibilidade e o exercício da alteridade, infundindo no estudante a necessidade de práticas humanizadas que o identifiquem no seu processo de trabalho, tanto na assistência ao indivíduo, quanto para o reconhecimento das necessidades da sociedade, contribuindo para o bem-estar psicossocial do idoso.

Conclusão

Diante das atividades realizadas, foi possível constatar que a partir do momento em que os idosos mantinham contato com os alunos, trabalhando com eles em grupo, estes tiveram a oportunidade de trocar experiências vividas, relatando histórias próprias, fazendo com se sentissem valorizados e ativos perante a sociedade e aos demais indivíduos, estimulando a sua interação e inserção social, apartando ainda de sua rotina sentimentos de tristeza, amargura e solidão, incitando neles emoções benéficas, como felicidade e o prazer pela vida, melhorando a autoestima e promovendo a sua saúde.

Com relação aos discentes, estes tiveram a chance de observar com um olhar mais crítico e próximo o que é o envelhecimento, de que forma é possível lidar com ele, bem como a suscitação de reflexões acerca de seu destino como futuro idoso, do papel destes indivíduos perante a sociedade e o fortalecimento do relacionamento com familiares da terceira idade, sendo possível para eles constatarem as limitações da velhice, mas ao mesmo tempo as possibilidades positivas inerentes a cada fase da vida, tendo a oportunidade de expressar tudo que vivenciaram e aprenderam.

Todo este trabalho ainda trouxe a tona o pensamento de que é fundamental inserir os alunos diretamente no campo da práxis, empregando o conteúdo ministrado em sala de aula, pois será neste espaço que eles irão estar introduzidos após a formação, devendo ser preparados para o desafio de conviver, abordar e lidar com aqueles pertencentes à faixa etária idosa. Serve também como uma estratégia de agregação e troca mútua de saberes não só no binômio aluno/idoso, como também aluno/universidade e aluno/sociedade.

Referências

BRACCIALLI, Luzmarina Aparecida Doretto; OLIVEIRA, Maria Amélia Campos de. Desafios na formação médica: a contribuição da avaliação . Rev. bras. educ. med. [online]. vol.36, n.2, p. 280-288, 2012.

COMBINATO, D. S. et al. “GRUPOS DE CONVERSA”: SAÚDE DA PESSOA IDOSA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA. Psicologia & Sociedade, vol. 22, n. 3, p. 558-568, 2010.

DIAS SOBRINHO, J. Avaliação educativa: produção de sentidos com valor de formação. Avaliação (Campinas), vol. 13, n.1, p. 193-207, 2008.

FREIRE, Paulo. Pedagogia da Autonomia: saberes necessários para a prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

KONDER, Leandro. O Futuro da Filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

MANCIA, Joel Rolim; PORTELA, Vera Catarina Castiglia; VIECILI, Renata. A imagem dos acadêmicos de enfermagem acerca do próprio envelhecimento. Rev Bras Enferm, Brasília, vol. 61, n. 2, p. 221-226, 2008.

NETO, Ana Lúcia Gomes Cavalcanti; AQUINO, Josefa de Lima Fernandes. A AVALIAÇÃO DA APRENDIZAGEM COMO UM ATO AMOROSO: o que o professor pratica?.Educação em Revista, Belo Horizonte, v.25, n.02, p.223-240, 2009.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Revista de Saúde Pública. São Paulo, vol.43, n.3, p. 548-554, 2009.

World Health Organization - WHO. Active Ageing: A Policy Framework. A contribution of the World Health Organization to the Second United Nations World Assembly on Ageing, Madrid, Spain, April 2002.

Agradecimentos

Agradeço ao Programa de Educação Tutorial em Enfermagem (PETEM), por sempre acreditar no potencial de seus integrantes, estimulando-os continuamente em suas pesquisas e oferecendo-lhes sempre o apoio que necessitam, em todos os sentidos. Agradeço ainda a Amélia Carolina Lopes Fernandes, Lucídio Clebeson de Oliveira e Francisca Patrícia Barreto de Carvalho por proporcionarem todas estas experiências enquanto docentes da disciplina “Enfermagem no processo Saúde/doença da Terceira Idade”, por sempre se preocuparem com o crescimento de seus alunos, não apenas no âmbito científico, mas também como ser humano e cidadão crítico e reflexivo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Educação em Saúde na Promoção do Aleitamento Materno: Um Relato de Experiência

Maria Naiane Rolim Nascimento (apresentador) – Universidade Regional do Cariri (URCA) e Email: naianerolim@hotmail.com

Ingrid Grangeiro Bringel Silva – URCA

Natana de Moraes Ramos – URCA

Maria Cristiane Bezerra – URCA

Simone Soares Damasceno (Coordenador) – URCA

Karla Jimena Araújo Sampaio (Orientador) – URCA

Palavras-chave: Aleitamento materno. Alojamento conjunto. Promoção à saúde.

RESUMO

O PRESENTE ESTUDO OBJETIVOU RELATAR A EXPERIÊNCIA DE ACADÊMICAS DE ENFERMAGEM NA EXECUÇÃO DE UMA ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO. TRATA-SE DE UM ESTUDO DESCRITIVO TIPO RELATO DE EXPERIÊNCIA, REALIZADO POR ESTUDANTES DO SEXTO PERÍODO DO CURSO DE ENFERMAGEM DA DISCIPLINA ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CUIDAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE EM UMA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO DO MUNICÍPIO DE BARBALHA – CE. DESENVOLVEU-SE UMA ATIVIDADE EDUCATIVA COM SEIS PUÉRPERAS SOBRE A IMPORTÂNCIA E MANEJO DA AMAMENTAÇÃO VISANDO À PROMOÇÃO DA PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO NO MÊS DE FEVEREIRO DE 2014. A EXPERIÊNCIA POSSIBILITOU MOMENTOS DE REFLEXÕES E INDAGAÇÕES ACERCA DA AMAMENTAÇÃO, ASSIM COMO, DA IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO E PROMOÇÃO À SAÚDE DO RECÉM-NASCIDO. A NECESSIDADE DE GARANTIR ALIMENTAÇÃO DE QUALIDADE, CUIDADOS DE SAÚDE EFICAZES E AFETO NÃO SÓ NO PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO, MAS TAMBÉM NOS ESTÁGIOS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO PERÍODO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA FORAM ASPECTOS PROMOVIDOS NO DIÁLOGO. COM A PRESENÇA DE UM PARCEIRO EM MEIO ÀS PUÉRPERAS HOVE CORROBORAÇÃO DA INFORMAÇÃO DE QUE É IMPRESCINDÍVEL A CO-PARTICIPAÇÃO DO MESMO NO PROCESSO DE LACTAÇÃO, UMA VEZ QUE HÁ MELHORIA NO DESENVOLVIMENTO DE LAÇOS INTRAFAMILIARES. DESTACA-SE A IMPORTÂNCIA DE INFORMAÇÕES E ESCLARECIMENTOS ACERCA DA AMAMENTAÇÃO. ACREDITA-SE QUE A CONSTRUÇÃO COLETIVA DO SABER SOBRE O PROCESSO DE AMAMENTAR É INDISPENSÁVEL PARA QUE PUÉRPERAS DESENVOLVAM SEUS CONHECIMENTOS RELATIVOS AO TEMA, LEVANDO EM CONSIDERAÇÃO ASPECTOS EMOCIONAIS, CULTURAIS, A REDE SOCIAL DE APOIO À MULHER, ENTRE OUTROS. ESSE OLHAR NECESSARIAMENTE DEVE RECONHECER A MULHER COMO PROTAGONISTA DO SEU PROCESSO DE AMAMENTAR.

INTRODUÇÃO

AMAMENTAR É UM PROCESSO QUE VAI ALÉM DE NUTRIR UMA CRIANÇA. ELE ENVOLVE A INTERAÇÃO PROFUNDA ENTRE MÃE E FILHO, COM REPERCUSSÕES NO ESTADO NUTRICIONAL DA CRIANÇA, EM SUA HABILIDADE DE SE DEFENDER CONTRA INFECÇÕES, EM SUA FISILOGIA E NO SEU DESENVOLVIMENTO COGNITIVO E EMOCIONAL, ALÉM DE TER IMPLICAÇÕES NA SAÚDE FÍSICA E PSÍQUICA DA MÃE (BRASIL, 2009A).

SEGUNDO ALBUQUERQUE ET AL. (2010), ALÉM DE VALOR NUTRICIONAL O LEITE MATERNO TEM VALOR IMUNOLÓGICO E AUMENTA O VÍNCULO MATERNO COM A CRIANÇA, CONTRIBUINDO NO SEU DESENVOLVIMENTO PSICOSSOCIAL. A INTENSA ATIVIDADE MUSCULAR QUE PROPORCIONA E PROMOVE O DESENVOLVIMENTO CRANIOFACIAL, FAVORECENDO O ADEQUADO SELAMENTO LABIAL, ESTIMULA A CORREÇÃO DO RETROGNATISMO MANDIBULAR FISIOLÓGICO E POSICIONA CORRETAMENTE A LÍNGUA NA REGIÃO PALATINA DOS DENTES INCISIVOS CENTRAIS.

A LITERATURA APONTA, COMO VANTAGENS DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A SAÚDE DA MULHER, A REDUÇÃO DE ESTRESSE E MAU HUMOR, MEDIADA PELA OCITOCINA, A SENSÇÃO DE BEM-ESTAR, DEVIDO À LIBERAÇÃO ENDÓGENA DE BETAENDORFINA, A PROMOÇÃO DA CONTRAÇÃO UTERINA PELA OCITOCINA LIBERADA COM A SUCÇÃO DO BEBÊ, ALÉM DE INDICAR QUE, A AMAMENTAÇÃO MATERNA REDUZ O RISCO DE DOENÇAS, COMO CÂNCER, E AJUDA A EVITAR UMA NOVA GRAVIDEZ, ASSIM COMO PROMOVE O DESENVOLVIMENTO DO VÍNCULO AFETIVO ENTRE A MÃE O BEBÊ, ALÉM DE MELHORAR A QUALIDADE DE VIDA (ANTUNES ET AL., 2008; BRASIL, 2009B).

DENTRE ESSAS RAZÕES SE REAFIRMA A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS E O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO DURANTE OS SEIS PRIMEIROS MESES DE VIDA. OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SÃO MAIS EFETIVOS NO SUPORTE AO ALEITAMENTO COM SUAS ATITUDES POSITIVAS, HABILIDADES E CONHECIMENTOS APROPRIADOS PARA AUXILIAR A MULHER NA AMAMENTAÇÃO (UNICEF, 2009).

EM 1990, A OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE) JUNTAMENTE COM O UNICEF IDEALIZOU A INICIATIVA HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA (IHAC), A FIM DE PROMOVER, PROTEGER E APOIAR O ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, E COM O OBJETIVO DE MUDAR A CONDUTA DOS PROFISSIONAIS NO INTUITO DE DIMINUIR OS ELEVADOS ÍNDICES DE DESMAME PRECOCE. DENTRO DA INICIATIVA FORAM ESTABELECIDOS OS DEZ PASSOS PARA O SUCESSO DO ALEITAMENTO MATERNO, DESTACANDO-SE O QUARTO E O SÉTIMO PASSO, ONDE AFIRMAM A IMPORTÂNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA, SEGUIDO DA PRÁTICA DO ALOJAMENTO CONJUNTO, QUE PERMITE QUE A MÃE OS BEBÊS PERMANEÇAM 24 HORAS POR DIA JUNTOS (BRASIL, 2010).

O MINISTÉRIO DA SAÚDE AFIRMA QUE, 67,7% DAS CRIANÇAS NO NOSSO PAÍS MAMARAM NA PRIMEIRA HORA DE VIDA. A PREVALÊNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO (AME) EM MENORES DE 6 MESES FOI DE 41,0% NO CONJUNTO DAS CAPITAIS BRASILEIRAS E DF, ALÉM DA CONSTATAÇÃO DA INTRODUÇÃO PRECOCE DE ÁGUA, CHÁS E OUTROS LEITES – COM 13,8%, 15,3% E 17,8% DAS CRIANÇAS RECEBENDO ESSES LÍQUIDOS, RESPECTIVAMENTE – JÁ NO PRIMEIRO MÊS DE VIDA (BRASIL, 2009C). OS DADOS REVELAM UM DECRÉSCIMO DO ALEITAMENTO MATERNO DURANTE UMA FASE ESSENCIAL À SAÚDE DA CRIANÇA. RESSALTA-SE QUE AOS 6 MESES DE IDADE O ALEITAMENTO É TÃO IMPORTANTE QUANTO NO NASCIMENTO DA CRIANÇA, JÁ QUE AINDA ESTÁ NO PERÍODO COMPREENDIDO COMO O DE ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

DIANTE DA IMPORTÂNCIA INCONTESTE RELACIONADA À AMAMENTAÇÃO ESTE RELATO FOI DESENVOLVIDO COM

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

PUÉRPERAS NO INTUITO DE PROMOVER A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO POR MEIO DE UMA ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE. PARA TEMPORÃO E PENELLO (2010), É IMPORTANTE TER COMO ESTRATÉGIA A PROMOÇÃO DA SAÚDE, RECONHECENDO A IMPORTÂNCIA DOS PRINCÍPIOS DA EDUCAÇÃO E ALIMENTAÇÃO, ASSIM COMO OUTROS, QUE SÃO FUNDAMENTAIS E DEVEM PROPICIAR, SOBRETUDO, O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES COMUNITÁRIAS E O DESENVOLVIMENTO DE HABILIDADES PESSOAIS INDISPENSÁVEIS À PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO.

METODOLOGIA

ESTE TRABALHO CARACTERIZA-SE COMO DESCRITIVO, DO TIPO RELATO DE EXPERIÊNCIA DE ABORDAGEM QUALITATIVA. A EXPERIÊNCIA AQUI DESCRITA FOI REALIZADA DURANTE O ESTÁGIO DA DISCIPLINA DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE CUIDAR DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, REALIZADO EM FEVEREIRO DE 2014 EM UMA MATERNIDADE DE UM HOSPITAL FILANTRÓPICO LOCALIZADO NO MUNICÍPIO DE BARBALHA-CE.

A AÇÃO REALIZADA DIRECIONOU-SE PARA UM PÚBLICO DE SEIS PUÉRPERAS. COMO INSTRUMENTO PARA INTERVENÇÃO EDUCATIVA UTILIZOU-SE DE RECURSOS DIDÁTICOS COMO ÁLBUM SERIADO PROMOVENDO O ALEITAMENTO MATERNO, ELABORADO PELO FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (UNICEF, 2009), UMA BONECA PARA SIMULAÇÃO DA FORMA ADEQUADA DA PEGA E ORDENHA MAMÁRIA. UTILIZARAM-SE TAMBÉM RECURSOS TECNOLÓGICOS DE ÁUDIO E VÍDEO QUE CONTINHAM RELATOS DE EXPERIÊNCIAS, DÚVIDAS E MITOS COMUNS À AMAMENTAÇÃO. O VÍDEO ENFATIZAVA OS CONCEITOS ANTERIORMENTE ABORDADOS DURANTE UMA RODA DE CONVERSA.

APÓS A APRESENTAÇÃO ABRIU-SE ESPAÇO PARA O DIÁLOGO NA RODA COM AS PUÉRPERAS A RESPEITO DA AMAMENTAÇÃO PARA APRESENTAÇÃO DE SUAS DÚVIDAS E/OU CONHECIMENTOS PRÉVIOS A RESPEITO DA TEMÁTICA. LOGO EM SEGUIDA FORAM ENTREGUES DOIS PANFLETOS PRODUZIDOS PELAS ACADÊMICAS, O PRIMEIRO DELES APRESENTAVA MENSAGEM DE FELICITAÇÃO, COMO FORMA DE HOMENAGEM E ESTÍMULO À AUTOESTIMA DESSAS MÃES E NO SEGUNDO PANFLETO SEGUIAM ORIENTAÇÕES DE UMA FORMA SUCINTA E CLARA, AS QUAIS JÁ HAVIAM SIDO ESCLARECIDAS DURANTE A ATIVIDADE EDUCATIVA, PORÉM COM FUNÇÃO DE REFORÇAR OS CONHECIMENTOS CONSTRUÍDOS NA RODA DE CONVERSA.

DESTACA-SE QUE ESTE ESTUDO OBEDECEU AOS PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA QUE ENVOLVE SERES HUMANOS QUE CONSTAM NA RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012, INSTITUÍDA PELO CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. ESTA RESOLUÇÃO INCORPORA, SOB A ÓTICA DO INDIVÍDUO E DAS COLETIVIDADES, AS EXIGÊNCIAS ÉTICAS: NÃO MALEFICÊNCIA, BENEFICÊNCIA, BIOÉTICA, JUSTIÇA E EQUIDADE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE FOI CONSTRUÍDA COM SEIS PUÉRPERAS, DAS QUAIS UMA ESTAVA ACOMPANHADA DO PARCEIRO. ELAS FORAM CONVIDADAS A PARTICIPAR DA ATIVIDADE PELAS ENFERMEIRAS DO SETOR, POR MEIO DE CONVITE FEITO NO PRÓPRIO ALOJAMENTO CONJUNTO. TODOS OS PARTICIPANTES DA ATIVIDADE EDUCATIVA APRESENTARAM-SE INTERESSADOS E SE ENVOLVERAM NO DIÁLOGO, O QUE PERMITIU ADEQUADA INTERAÇÃO ENTRE ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM E PUÉRPERAS.

DURANTE A ATIVIDADE EDUCATIVA E CONSEQUENTE CONSTRUÇÃO DO SABER, FORAM ABORDADOS ASSUNTOS DESDE A COMPOSIÇÃO DO LEITE MATERNO, SUAS VARIAÇÕES EM RELAÇÃO À COLORAÇÃO E CONSISTÊNCIA; COMO AMAMENTAR CORRETAMENTE (POSIÇÃO E PEGA), A IMPORTÂNCIA DESSE PROCESSO E A SUA EXCLUSIVIDADE ATÉ O SEXTO MÊS DE VIDA; A NÃO IMPLEMENTAÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS OU BEBIDAS DURANTE A SUA EXCLUSIVIDADE; AS VANTAGENS PARA AS MÃES E OS BEBÊS, CORROBORANDO PARA O DESTAQUE DA IMPORTÂNCIA DA CRIAÇÃO DO VÍNCULO ENTRE A NUTRIZ E LACTENTE; COMO REALIZAR A ORDENHA E O ARMAZENAMENTO DO LEITE COLETADO CORRETAMENTE, RESPEITANDO AS ORIENTAÇÕES E NORMAS DO BANCO DE LEITE; DESVENDANDO ASSIM, OS MITOS E TABUS, ALÉM DA RETIRADA DE DÚVIDAS EM RELAÇÃO AOS ASPECTOS E ALTERAÇÕES MORFOFISIOLÓGICAS PRÓPRIAS DESSA FASE DA VIDA DA MULHER.

FREIRE E VILAR (2006) RELATAM QUE OS INDICADORES EPIDEMIOLÓGICOS PODEM SER MINIMIZADOS COM A EDUCAÇÃO, MEDIADO PELA COMUNICAÇÃO. A AUTORA AINDA COLOCA QUE A POPULAÇÃO NECESSITA DE MAIS INFORMAÇÕES PARA MELHORAR QUALITATIVAMENTE O CENÁRIO DE SAÚDE, A PARTIR DE INTERVENÇÕES EDUCACIONAIS E COMUNICACIONAIS PLANEJADAS, SISTEMÁTICAS, E DE IMPACTO NA POPULAÇÃO. A APLICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO COM BASE NA CONSTRUÇÃO COLETIVA PODERIA ALCANÇAR RESULTADOS MAIS EFETIVOS, POIS É POSSÍVEL ADAPTAR AS ESTRATÉGIAS AO PERFIL DA COMUNIDADE, OBTENDO-SE MELHOR ACEITAÇÃO E, CONSEQUENTEMENTE, PARTICIPAÇÃO MAIS CONSCIENTE. NESTE SENTIDO PRÁTICA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO VEM CORROBORAR COM O PENSAMENTO DE FREIRE.

ESSA AÇÃO POSSIBILITOU MOMENTOS DE REFLEXÕES E INDAGAÇÕES ACERCA DA AMAMENTAÇÃO, ASSIM COMO, DA IMPORTÂNCIA DO AUTOCUIDADO E RESPONSABILIZAÇÃO DAS PUÉRPERAS ANTE AS VIDAS QUE GERARAM. A NECESSIDADE DE GARANTIR ALIMENTAÇÃO DE QUALIDADE, CUIDADOS DE SAÚDE EFICAZES E AFETO NÃO SÓ NO PERÍODO DE AMAMENTAÇÃO, MAS TAMBÉM EM TODOS OS ESTÁGIOS DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO NO PERÍODO DA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. COM A PRESENÇA DE UM PARCEIRO EM MEIO ÀS PUÉRPERAS HOVE A CORROBORAÇÃO DA INFORMAÇÃO DE QUE É IMPRESCINDÍVEL A CO-PARTICIPAÇÃO DO MESMO NO PROCESSO DE LACTAÇÃO, UMA VEZ QUE HÁ MELHORIA NO DESENVOLVIMENTO DE LAÇOS INTRAFAMILIARES, TORNANDO-O SUJEITO PROTAGONISTA NO PROCESSO. PERCEBEU-SE QUE HOVE CONSTRUÇÃO DE CONHECIMENTOS E ASSIMILAÇÃO DE INFORMAÇÕES ATRAVÉS DA ESTRATÉGIA EDUCATIVA REALIZADA, O QUE FOI REFORÇADO PELO COMPORTAMENTO COLABORATIVO DOS PARTICIPANTES E AUSÊNCIA DE DÚVIDAS AO FINAL DA ATIVIDADE.

CONCLUSÃO

COM A EXPERIÊNCIA REALIZADA PODE-SE CONSTATAR A IMPORTÂNCIA DA CONSTRUÇÃO DO SABER RELATIVO À AMAMENTAÇÃO, PRÁTICA ESSENCIAL À SAÚDE DAS CRIANÇAS, PELO FATO DO LEITE MATERNO CONSTITUIR-SE EM UM ALIMENTO COMPLETO QUE FORNECE ÁGUA, POSSUI FATORES DE PROTEÇÃO CONTRA INFECÇÕES COMUNS A INFÂNCIA POR SER LIVRE DE CONTAMINAÇÃO E PERFEITAMENTE ADAPTADO AO METABOLISMO DA CRIANÇA. ACRESCENTA-SE A ISSO, O FATO DE QUE AMAMENTAR É IMPORTANTE PARA O FORTALECIMENTO DO LAÇO AFETIVO ENTRE MÃE E FILHO. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE SE CARACTERIZA COMO UMA VERTENTE MUITO IMPORTANTE NA PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

SAÚDE MATERNA E DO BEBÊ, OPORTUNIZANDO AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ESPECIALMENTE AO ENFERMEIRO UTILIZÁ-LA COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO.

ACREDITA-SE QUE A VIVÊNCIA DE ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS RELATIVAS À AMAMENTAÇÃO É UMA EXCELENTE OPORTUNIDADE PARA QUE MÃES CONSTRUAM E/OU FORTALEÇAM SEUS CONHECIMENTOS COM RELAÇÃO AO TEMA PROPOSTO. ALÉM DISSO, A ELABORAÇÃO DE ATIVIDADES EDUCATIVAS COMO A RELATADA NESTE TRABALHO FAVORECEM O ESTABELECIMENTO DE VÍNCULO ENTRE PROFISSIONAIS, ACADÊMICOS E MÃES, FAZENDO-NOS COMPREENDER A NECESSIDADE DE DESENVOLVER UM OLHAR ATENTO, ABRANGENTE, CONSIDERANDO OS ASPECTOS EMOCIONAIS, A CULTURA FAMILIAR, A REDE SOCIAL DE APOIO À MULHER, ENTRE OUTROS. ESSE OLHAR NECESSARIAMENTE DEVE RECONHECER A MULHER COMO PROTAGONISTA DO SEU PROCESSO DE AMAMENTAR, VALORIZANDO-A, ESCUTANDO-A E EMPODERANDO-A.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, S. S. L. ET AL. A INFLUÊNCIA DO PADRÃO DE ALEITAMENTO NO DESENVOLVIMENTO DE HÁBITOS DE SUÇÃO NÃO NUTRITIVOS NA PRIMEIRA INFÂNCIA. CIENC. SAÚDE COLETIVA, V. 15, N. 2, P. 371-378, 2010.

ANTUNES, L. S. ET AL. AMAMENTAÇÃO NATURAL COMO FONTE DE PREVENÇÃO EM SAÚDE. CIÊNC. SAÚDE COLETIVA, V. 13, P. 103-109, 2008.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE DA CRIANÇA: NUTRIÇÃO INFANTIL, ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR. SÉRIE A - NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA, N. 23. BRASÍLIA. 2009A.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. SAÚDE DA CRIANÇA: NUTRIÇÃO INFANTIL: ALEITAMENTO MATERNO E ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR. BRASÍLIA: EDITORA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE, P.112, 2009B.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS. PESQUISA DE PREVALÊNCIA DE ALEITAMENTO MATERNO EM MUNICÍPIOS BRASILEIROS. BRASÍLIA - DF, P. 63, 2009C.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL: GUIA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS: UM GUIA PARA O PROFISSIONAL DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA. BRASÍLIA: MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2. ED., P.72, 2010.

FREIRE, MARIA TERESA MARINS; VILAR, GUILHERME, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO: PROCESSOS INTERATIVOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE. UNI REVISTA, VOL. 3, N. 1, 2006.

TEMPORÃO, J. G.; PENELLO, L. M. DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE E AMBIENTE EMOCIONAL FACILITADOR: CONCEITOS E PROPOSIÇÃO ESTRATÉGICA PARA UMA POLÍTICA PÚBLICA VOLTADA PARA A PRIMEIRA INFÂNCIA. SAÚDE EM DEBATE, RIO DE JANEIRO, V. 34, N. 85, P. 187-200, ABR./JUN. 2010.

UNICEF (UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND). ALEITAMENTO – ÁLBUM SERIADO, 2009. DISPONÍVEL EM: <[HTTP://WWW.UNICEF.ORG/BRAZIL/PT/ALEITAMENTO.PDF](http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf)>. ACESSO EM: 04 DE FEVEREIRO DE 2014.

_____. TRACKING PROGRESS ON CHILD AND MATERNAL NUTRITION: A SURVIVAL AND DEVELOPMENT PRIORITY. NEW YORK: UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND; 2009.

AGRADECIMENTOS

A equipe do banco de leite do hospital filantrópico onde a experiência foi realizada, por gentilmente receber os acadêmicos de enfermagem, oportunizando a construção de conhecimento através da troca de saberes.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Isabela Ribeiro de Sá Guimarães Nolêto – Universidade Federal do Piauí / isabelanolleto@hotmail.com

Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí

Maria do Carmo Campos Pereira – Universidade Federal do Piauí

Flávia Dayana Ribeiro da Silveira – Universidade Federal do Piauí

Grazielle Roberta Freitas da Silva – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Educação em saúde. Enfermagem. Violência. Episiotomia.

RESUMO

Apesar da hospitalização ter sido, em grande parte, responsável pela queda da mortalidade materna e neonatal, a assistência à mulher no momento do parto ainda é objeto de grande medicalização. Cerca 1,5 milhões de mulheres têm parto vaginal a cada ano e grande parte delas sofre algum tipo de trauma perineal, estando sujeitas à morbidade associada a este trauma. Esse estudo relata a experiência de educação em saúde com a temática violência obstétrica, por meio da metodologia de problematização tendo como uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Nazária no Piauí. O público foi composto por cerca de 10 mulheres de 21 a 30 anos, que tiveram filhos a mais de 4 meses e já tinham reiniciado as atividades sexuais. A atividade ocorreu por meio de rodas de conversa com cerca de 10 mulheres atendidas na unidade de saúde e que tiveram uma gestação a menos de 4 meses. Os temas geradores/abordados foram: Violência obstétrica (descrevendo os principais tipos) e deveres delas enquanto gestante e puérpera. A pedagogia da problematização foi vivenciada pelos alunos num movimento de pensar e agir diante da realidade existencial os relatos e o comportamento dessas mulheres diante do assunto exposto.

INTRODUÇÃO

A ASSISTÊNCIA À MULHER NO MOMENTO DO PARTO É OBJETO DE GRANDE MEDICALIZAÇÃO. APESAR DA HOSPITALIZAÇÃO TER SIDO, EM GRANDE PARTE, RESPONSÁVEL PELA QUEDA DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL, O CENÁRIO DE NASCIMENTO TRANSFORMOU-SE RAPIDAMENTE, TORNANDO-SE DESCONHECIDO E AMEDRONTADOR PARA AS MULHERES E MAIS CONVENIENTE E ASSÉPTICO PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE (BRASIL, 2010).

CERCA 1,5 MILHÕES DE MULHERES TÊM PARTO VAGINAL A CADA ANO E GRANDE PARTE DELAS SOFRE ALGUM TIPO DE TRAUMA PERINEAL, SEJA POR EPISIOTOMIA OU LACERAÇÕES ESPONTÂNEAS, ESTANDO SUJEITAS À MORBIDADE ASSOCIADA A ESTE TRAUMA (RIESCO ET AL, 2011).

EPISIOTOMIA CONSISTE EM UM PROCEDIMENTO CIRÚRGICO USADO NA OBS-TETRÍCIA AO FINAL DO SEGUNDO ESTÁGIO DO PARTO VAGINAL, COM A FINALIDADE DE AUMENTAR A ABERTURA VAGINAL ATRAVÉS DE UMA INCISÃO NO PERÍNEO. EMBORA A EPISIOTOMIA TENHA SE TORNADO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO MAIS COMUM DO MUNDO, NÃO HÁ EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS QUE RESPALDEM SUA PRÁTICA INDISCRIMINADA. BASEADO NISSO E EM OUTRAS DESVANTAGENS ASSOCIADAS AO PROCEDIMENTO, MUNDIALMENTE PRETENDE-SE TORNÁ-LA UM PROCEDIMENTO RESTRITO, DESCONTINUANDO SUA PRÁTICA ROTINEIRA (ZANETTI, 2009).

A EPISIOTOMIA E A EPISIORRAFIA SÃO DOIS PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS MAIS REALIZADOS POR OBSTETRAS. NO BRASIL, A TAXA DE REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA É DE 71,6%, APESAR DO MOVIMENTO NA ATUALIDADE PRETENDER SUA REDUÇÃO PARA 10% (GABRIELLONI ET AL, 2014).

ENTRETANDO ESSE PROCEDIMENTO É REALIZADO SEM CONSENTIMENTO DA PARTURIENTE. FATO DE GRANDE RELEVÂNCIA, POIS O PROCEDIMENTO PODE ACARRETAR ALTERAÇÕES CICATRICIAIS ALÉM DAS OUTRAS COMPLICAÇÕES PARA O RESTO DA VIDA. AS- SIM, ACREDITA-SE QUE A DECISÃO PARA A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO DEVA SER COMPARTILHADA COM A PACIENTE, EXCETO EM CONDIÇÕES EM QUE SEUS BENEFÍCIOS JUSTIFIQUEM AMPLAMENTE SUA REALIZAÇÃO (ZANETTI ET AL, 2009).

O PROCEDIMENTO DE EPISIOTOMIA FOI ORIGINALMENTE DEFENDIDA POR FACILIDADE DE CORREÇÃO, MELHOR CICATRIZAÇÃO E MENOR NÚMERO DE COMPLICAÇÕES PERINEAIS EM OPOSIÇÃO A UMA LACERAÇÃO ESPONTÂNEA, PORÉM OS ESTUDOS NÃO CONSEGUIRAM DEMONSTRAR TODAS ESSAS VANTAGENS (BERTOZZI, ET AL, 2011).

NO BRASIL, ALÉM DO USO INDISCRIMINADO DA EPISIOTOMIA, EM ALGUNS CASOS, OS ALTOS ÍNDICES DE CESARIANAS SÃO JUSTIFICADOS EQUIVOCADAMENTE, COMO FORMA DE PREVENÇÃO DE DANOS PROVOCADOS PELO USO DESSA TÉCNICA NOS PARTOS NORMAIS (SALGE ET AL, 2012).

NESTE SENTIDO ASSIM, A DISCUSSÃO SOBRE RISCOS, BENEFÍCIOS E FATORES RELACIONADOS AO USO DA EPISIOTOMIA É EXTREMAMENTE VÁLIDA E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE TORNA-SE FUNDAMENTAL PARA QUE OCORRA A QUEBRA DESSES PARADIGMAS, OPORTUNIZANDO AS MULHERES O DIREITO DE TER CONHECIMENTO, OPINIÃO E PODER DE DECISÃO SOBRE O SEU PRÓPRIO CORPO.

. NESTE SENTIDO OBJETIVAMOS NESTE ARTIGO APRESENTAR O RELATO DE EXPERIÊNCIA SOBRE UMA AÇÃO EDUCATIVA DESTINADA A MULHERES/MÃES ACERCA DA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA COM ENFOQUE NA EPISIOTOMIA.

METODOLOGIA

ESSE ESTUDO É RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA OCORRIDA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM DURANTE O MÊS DE MARÇO DE 2014 EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE NAZÁRIA/PI.

A EXPERIÊNCIA CONSTITUIU-SE DE UMA ATIVIDADE EXTRACURRICULAR RELACIONADA A PESQUISA DE DISSERTAÇÃO INTITULADA: “AVALIAÇÃO DA FUNÇÃO SEXUAL DE MULHERES SUBMETIDAS A EPISIOTOMIA”. A ATIVIDADE OBJETIVOU TRAZER A TEMÁTICA VIOLÊNCIAS OBSTÉTRICAS ÀS MULHERES QUE TIVERAM PARTO POR VIA VAGINAL COM EPISIOTOMIA, NA PRETENSÃO DE PROMOVER MAIOR CONHECIMENTO SOBRE SEUS DIREITOS COMO MULHER E PARTURIENTE.

O PÚBLICO FOI COMPOSTO POR CERCA DE 10 MULHERES DE 21 A 30 ANOS, QUE TIVERAM FILHOS A MAIS DE 4 MESES E JÁ TINHAM REINICIADO AS ATIVIDADES SEXUAIS, CRITÉRIOS ESTES DE INCLUSÃO DO ESTUDO ACIMA CITADO FORAM UTILIZADOS RECURSOS PRÓPRIOS DA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, TAIS COMO: SALA, CADEIRAS, MESAS, VENTILADOR, ENTRE OUTROS. A METODOLOGIA DO TRABALHO TEVE COMO FERRAMENTA A EDUCAÇÃO POPULAR E A TROCA DE EXPERIÊNCIAS. ASSIM, FREIRE (2005) PROMOVE A VALORIZAÇÃO DO SABER DO EDUCANDO,

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

INSTRUMENTALIZANDO-O PARA A VALORIZAÇÃO DA AUTONOMIA, TRANSFORMAÇÃO DE SUA REALIDADE E DE SI MESMO. OS TEMAS DISCUTIDOS DURANTE A ATIVIDADE EDUCATIVA FORAM RELACIONADOS A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, OS TIPOS MAIS COMUNS E OS SEUS DIREITOS. NESSA OCASIÃO OPORTUNIZOU-SE ÀS PARTICIPANTES RELATAREM SUAS EXPERIÊNCIAS EM RELAÇÃO AO TEMA.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A ABORDAGEM EDUCATIVA DEVE ESTAR PRESENTE EM TODAS AS AÇÕES PARA PROMOVER A SAÚDE E PREVENIR AS DOENÇAS, FACILITANDO A INCORPORAÇÃO DE IDEIAS E PRÁTICAS AO COTIDIANO DAS PESSOAS DE FORMA A ATENDER ÀS SUAS REAIS NECESSIDADES. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL ENVOLVE AS USUÁRIAS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE COM PAPEL DE DESTAQUE, POR SEREM O CENTRO DO PROCESSO EDUCATIVO, POSSIBILITANDO INFERIR A EXISTÊNCIA DE REPRESENTAÇÕES NESSE GRUPO (GUERREIRO ET AL, 2014).

PARA MELHOR LIDAR COM O PÚBLICO ALVO E COM A TEMÁTICA, AS ACADÊMICAS RECEBERAM UM TREINAMENTO E PASSARAM A TER UM CONHECIMENTO MAIS RICO SOBRE OS DIREITOS E DEVERES DA MULHER, COM RELAÇÃO À GRAVIDEZ, GESTAÇÃO E PUERPÉRIO. APÓS SEREM INSTRUÍDAS, REALIZARAM AS PALESTRAS ESTAS QUE SE DESENVOLVERAM DE FORMA BEM CLARA E PARTICIPATIVA, FORAM ABERTAS RODAS DE CONVERSA E A INTERAÇÃO OCORREU ENTRE AMBAS ÀS PARTES, DEVIDO AO AMBIENTE ACOLHEDOR E A METODOLOGIA UTILIZADA.

O TRANSCORRER DAS PALESTRAS SE DEU DE FORMA GRADUAL, ABORDANDO INICIALMENTE OS PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA. NESSA PRIMEIRA ETAPA FOI DEFINIDO O QUE É A VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA E FORAM EXPOSTOS OS ABUSOS MAIS COMUNS SOFRIDOS POR MULHERES DURANTE O PERÍODO GESTACIONAL, DE PARTO OU DE ABORTAMENTO, CAUSADOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE. O QUE MAIS CHAMOU A ATENÇÃO FOI O FATO DE QUE, DURANTE A EXIBIÇÃO DE CADA FORMA DE VIOLÊNCIA, PELO MENOS UMA MULHER RELATAVA TER SOFRIDO ALGUM DOS TIPOS.

A RODA DE CONVERSA É UM MÉTODO QUE CRIA ESPAÇOS DE DIÁLOGO, EM QUE AS PESSOAS PODEM ESCUTAR OS OUTROS E A SI MESMOS. AS TROCAS DE EXPERIÊNCIAS, CONVERSAS, DISCUSSÃO E DIVULGAÇÃO DE CONHECIMENTO CONSTROEM ESSE MÉTODO (COELHO, 2007).

CONFORME FORAM LANÇADOS OS PRINCIPAIS TIPOS DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA, FORAM-SE OUVIDOS OS RELATOS DAS MULHERES, MÃES, QUE ALI SE ENCONTRAVAM, E AO ABORDAR AS FORMAS DE VIOLÊNCIA MAIS COMUNS DURANTE O PARTO, OS RELATOS AUMENTARAM DE PROPORÇÃO.

PERCEBEU-SE, NA FALA DE UMA DAS MÃES, QUE O FATO DE MUITAS MULHERES SOFREREM EM SILÊNCIO, NO MOMENTO DO PARTO, É QUE MUITAS TÊM MEDO DE NÃO SEREM ATENDIDAS, TEM MEDO DE QUE A ASSISTÊNCIA LHESE SEJA NEGADA AO EXPRESSAREM OS SENTIMENTOS, MEDOS E AFLIÇÕES.

UMA DAS VIOLÊNCIAS MAIS COMUNS E ABSURDAS, COMETIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E RELATADA PELAS PACIENTES É A NEGAR ALIMENTO E ÁGUA PARA AS MULHERES QUE ESTÃO EM TRABALHO DE PARTO, COM A JUSTIFICATIVA DE ISSO IMPEDIRÁ O PROCESSO SE FOR PRECISO REALIZAR UMA CESARIANA.

AS MULHERES QUE FORAM SUBMETIDAS À EPISIOTOMIA SABIAM DA EXISTÊNCIA DO “CORTE”, COMO ELAS DENOMINAVAM, MAS NÃO TINHAM CONHECIMENTO SOBRE O PROCEDIMENTO, SUA DENOMINAÇÃO E SUAS INDICAÇÕES, MUITO MENOS SOBRE SEUS DIREITOS DURANTE A REALIZAÇÃO DO MESMO.

A SEGUNDA ETAPA DAS PALESTRAS FOI EXATAMENTE SOBRE ESTE O ÚLTIMO TEMA, EPISIOTOMIA, ONDE FORAM ABORDADAS SUAS INDICAÇÕES, CUIDADOS E PROCESSO DE RECUPERAÇÃO.

PERCEBEU-SE QUE AS MULHERES ACEITAM O PROCEDIMENTO POR ESTAREM NUMA SITUAÇÃO VULNERÁVEL, ALÉM DE ESTAREM LIDANDO COM AS DORES DAS CONTRAÇÕES, SÃO OBRIGADAS A FICAR EM UMA POSIÇÃO QUE EM NADA FACILITA O TRABALHO DE PARTO E ESTAREM SENDO MANIPULADAS POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE, QUE UTILIZAM INÚMERAS FORMAS DE JULGAR A NECESSIDADE DA REALIZAÇÃO DE EPISIOTOMIA.

POR FIM, FALOU-SE DOS DIREITOS QUE TODA MULHER TEM DURANTE O PERÍODO DE GESTAÇÃO, PARTO OU ABORTO. AS MÃES FORAM ESCLARECIDAS SOBRE TODOS OS DIREITOS E ESTIMULADAS A SEMPRE BUSCAR QUE ELES SEJAM CUMPRIDOS E DENUNCIAR SE ALGUM FOR DESRESPEITADO, SEJA COM ELAS OU COM OUTRAS MULHERES/MÃES.

OS ACADÊMICOS RECONHECERAM A FALTA DE CONHECIMENTO DA MULHER QUANTO AO SEU CORPO E SEUS DIREITOS, MUITAS DELAS HÁBEIS A ESCUTAR E A ENTENDER, PORÉM SÃO REPRIMIDAS E POSTAS A SEGUNDO PLANO, NÃO EXERCENDO SEUS DIREITOS E ASSIM TOLERANDO AS PRÁTICAS ILEGAIS QUE AINDA SÃO EXERCIDAS.

CONCLUSÃO

A EXPERIÊNCIAS FOI GRANDIOSA PARA OS ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM, POIS A PARTIR DA ATIVIDADE PUDEAM VIVENCIAR A VIABILIDADE DE ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, ALÉM DE INTERIORIZAR A ATUAÇÃO PAUTADA NA EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE, A QUAL PRETENDE-SE UTILIZAR DURANTE A VIDA PROFISSIONAL COMO UM TODO.

REFERÊNCIAS

BERTOZZI, S. ET AL. IMPACT OF EPISIO-TOMY ON PELVIC FLOOR DISORDERS AND THEIR INFLUENCE ON WOMEN'S WELLNESS AFTER SIXTH MONTH POSTPARTUM: A RETROSPECTIVE STUDY. BMC WO- MEN'S HEALTH. V.11, N.12, 2011.

BRASIL. ATENÇÃO À GESTANTE E À PUÉRPERA NO SUS – SP: MANUAL TÉCNICO DO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO. MINISTÉRIO DA SAÚDE. 2010.

COELHO, D. M. INTERVENÇÃO EM GRUPO: CONSTRUINDO RODAS DE CONVERSA. ANAIS DO XIV ENCONTRO NACIONAL DA ABRAPSO, RIO DE JANEIRO, RJ, BRASIL, 2007.

FREIRE, P. PEDAGOGIA DO OPRIMIDO: SABERES NECESSÁRIOS À PRÁTICA EDUCATIVA. SÃO PAULO: PAZ E TERRA, 2005.

GABRIELLONI, M. C. ET AL. ANÁLISE DA HEMORRAGIA NO PARTO VAGINAL PELOS ÍNDICES DE ERITRÓCITOS E HEMATÓCRITO. ACTA PAUL ENFERM. V.27, N.2, P:186-93, 2014.

GUERREIRO EM, ET AL. EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL: SENTIDOS ATRIBUÍDOS POR PUÉRPERAS. REV BRAS ENFERM. V.67, N. 1, P: 13-21, 2014.

RIESCO, M. L. G. ET AL. EPISIOTOMIA, LACERAÇÃO E INTEGRIDADE PERINEAL EM PARTOS NORMAIS: ANÁLISE DE FATORES ASSOCIADOS. REV. ENFERMAGEM UERJ. V.19, N. 1, P: 77-83, 2011.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

SALGE, A. K. M. ET AL. PRÁTICA DA EPISIOTOMIA E FATORES MATERNOS E NEONATAIS RELACIONADOS. REV ELETROENFERMAGEM [INTERNET]. V.14, N. 4, P:79-85, 2012.

ZANETTI, M. R. D. ET AL. EPISIOTOMIA: REVISANDO CONCEITOS. FEMINA. V.37, N.7, 2009.

AGRADECIMENTOS

AGRADECEMOS A TODOS QUE CONTRIBUÍRAM DE ALGUMA FORMA PARA A CONSTRUÇÃO DESTES TRABALHOS.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Educação em Saúde: práticas desenvolvidas para Agentes Comunitários sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

JÁINA MOREIRA DE AGUIAR (APRESENTADOR) – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA, JAINA_06@HOTMAIL.COM
PÂMELA CAMPELO PAIVA – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ANA FLÁVIA GOMES CAMBRAIA – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
LAÍS HOLANDA PONTE – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
LAÍNA MAÍZA DOS SANTOS SOBRAL – SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ARMÊNIA UCHOA DE MESQUITA (ORIENTADOR) – UNIVERSIDADE DE FORTALEZA

PALAVRAS-CHAVE: CAPACITAÇÃO. AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE. HIPERTENSÃO. DIABETES.

Resumo

É necessário que os ACS estejam em constante processo de capacitação, visto que necessita de conhecimentos e argumentos suficientes sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença. Com base nisso, o presente estudo objetiva avaliar o conhecimento dos ACS sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) através do curso de atualização. Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem exploratório-descritivo. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. O curso ministrado pelos monitores do PET/Vigilância em Saúde e a participação de uma nutricionista, dividido em seis módulos com temas específicos. Para a coleta de dados foi aplicado um questionário pré-teste e pós-teste. Para análise dos dados utilizou o programa software Epi-Info® (versão 3.5.2) e Microsoft Excel 2010. Dos resultados constatou que o uso do Captopril com a alimentação houve no pré-teste 5 acertos (35,7%) e no pós 10 acertos (71,4%); se as dietas são as mesmas para todos os diabéticos, tiveram no pré 10 acertos (62,5%) e no pós 16 acertos (100%); a quantidade recomendada de sal para uma pessoa hipertensa por dia, houve no pré 10 acertos (75,0%) e no pós 15 acertos (93,8%); sobre a hipertensão ser definida como uma condição clínica multifatorial no pré houve 7 acertos (70,0%) e no pós obteve 10 acertos (100,0%). A utilização de capacitação comprovou ser efetivo e demonstrando que apesar do conhecimento prévio dos ACS, houve um aperfeiçoamento deste.

Introdução

O Ministério da Saúde adotou em 1994 o Programa Saúde da Família (PSF), logo depois denominado Estratégia Saúde da Família (ESF). Este modelo foi adotado no Brasil como componente essencial para a organização do modelo de atenção básica do Sistema Único de Saúde (SUS) e teve seu começo com a instituição do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado no Ceará em final dos anos 1980. Foi projetado, entre outros propósitos, para servir de comunicação entre a comunidade e os serviços de saúde (FARIA et al 2008). A ESF é compreendida como uma estratégia de reorientação da assistência à saúde, atuando mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades de atenção primária à saúde. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e no cuidado da saúde da comunidade (BRASIL, 2000).

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), como parte integrante da equipe, são os principais responsáveis pelas visitas domiciliares (VD) e estas constituem um instrumento de trabalho fundamental. As VD podem ser definidas como uma ferramenta de intervenção na Saúde da Família, fazendo a promoção da saúde (BRASIL, 2001). Portanto, é necessário que os ACS estejam em constante processo de capacitação, visto que necessita de conhecimentos e argumentos suficientes sobre os diferentes aspectos do processo saúde-doença. A Estratégia dos ACS tem demonstrado bons resultados para a melhoria da saúde pública. E uma de suas atribuições é a educação em saúde, o que requer um bom aporte teórico. (DUARTE; SILVA; CARDOSO, 2007).

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, PET-Saúde/Vigilância em Saúde (PET/VS), vinculado ao Ministério da Saúde, tendo como objetivo fortalecer a prática acadêmica que integra a universidade, em atividades de ensino, pesquisa e extensão. Assim, os monitores do PET/VS realizaram um curso de atualização sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para ACS. Levando em consideração o importante significado do trabalho do ACS unido a população, ao usuário, à equipe e ao SUS (BORNSTEN; NAVARRO, 2008). Hildebrand e Shimizu (2008) confirmam esta colocação ao considerar o ACS um condutor de conhecimentos científicos para o universo popular, melhorando o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Com base nisso, o presente estudo objetiva avaliar o conhecimento teórico adquirido pelos ACS após a participação no referido curso.

Metodologia

Trata-se de um estudo quantitativo com abordagem exploratório-descritivo, segundo Gil (2005) tem como objetivo explicitar e proporcionar maior entendimento de um determinado problema, o pesquisador procura um maior conhecimento sobre o tema em estudo. E quantitativo pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas. (DIEHL, 2004).

O curso ministrado pelos monitores do PET/Vigilância em Saúde teve a participação de uma nutricionista, também tutora do programa e foi realizada na escola integrada a Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS) Maria de Lourdes Ribeiro Jereissati, no período de janeiro/2014. Totalizou uma carga horária de 20 horas teóricas e 20 horas de visitas domiciliares para preenchimento/atualização do cadastro no sistema do Hiperdia. O material foi apresentado no PowerPoint e disponibilizado para cada participante uma pasta que continha o folder e cronograma das apresentações, caneta e papel ofício.

O curso foi dividido em subtemas específicos: 1º Complicações da hipertensão e diabetes: o que o ACS precisa saber para orientar a comunidade; 2º Hipertensão e Diabetes: definição, epidemiologia, ações do Ministério da Saúde e o trabalho do ACS; 3º Fatores de risco para hipertensão e diabetes: cuidados gerais para prevenção e controle; 4º Tratamento farmacológico e efeitos adversos: o que o ACS pode orientar a comunidade; 5º Visita domiciliar do ACS em hipertensão e diabetes: roteiro de visita domiciliar, ficha de acompanhamento, caderneta do idoso e cadastro do Hiperdia; 6º Relação da hipertensão e diabetes

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

com a alimentação: o que pode o que não pode quanto pode?

Para a coleta de dados foi aplicado um questionário no início da capacitação e após a exposição de cada conteúdo, com perguntas iguais ao primeiro. Para análise dos dados utilizou o programa software Epi-Info® (versão 3.5.2) os quais permitiram a análise estatística do estudo e os gráficos foram construídos no Microsoft Excel 2010. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (Parecer nº 715.700).

Resultados e Discussão

No tema do tratamento farmacológico e efeitos adversos, o pré e pós-teste era composto por 5 perguntas de múltipla escolha. Uma das perguntas teria que marcar verdadeiro ou falso para a afirmativa: O Captopril não precisa ser tomado em jejum, porque é bem absorvido com a alimentação. No pré-teste tiveram 5 acertos (35,7%) e 9 erros (64,3%). No pós-teste tiveram 10 acertos (71,4%) e 4 erros (28,6%). Em relação o uso do tratamento inicial de medicamentos em pacientes obesos com Diabetes Mellitus tipo 2, tiveram como opção as alternativas: Glibenclamida; Metformina. Glicazida; Glipizida. No pré-teste obteve 9 acertos (64,3%) e 5 erros (35,7%). No pós-teste tiveram 13 acertos (92,9%) e 1 erro (7,1%). Em relação à hipertensão e diabetes com a alimentação, o pré-teste era composto por 6 perguntas relacionado a diabetes e 6 para hipertensão sendo de múltiplas escolhas. Uma delas perguntava se as dietas são as mesmas para todos os diabéticos, que teria que marcar a opção sim ou não. Tiveram no pré 10 acertos (62,5%) e 6 erros (37,5%). No pós houve 16 acertos (100%). Outra pergunta era qual a quantidade recomendada de sal para uma pessoa hipertensa por dia, tendo como opção: 6;10;4;5 gramas. O item correto é 4 gramas, no pré obteve 10 acertos (75,0%) e 4 erros (25,0%) e pós 15 acertos (93,8%) e 1 erro (6,2%).

Sobre os assuntos relacionada à hipertensão e diabetes, tiveram 5 perguntas, todas com opção de verdadeiro ou falso. Em relação à hipertensão definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA), sendo esse item verdadeiro, no pré houve 7 acertos (70,0%) e 3 erros (30,0%). O pós obteve 10 acertos (100,0%). Sobre a diabetes teria que marcar a opção com afirmativa correta, que era, a diabetes do tipo 2 há como ser prevenida, pois ela está associada ao estilo de vida do indivíduo, os resultados do pré houve 10 acertos (66,7%) e 3 erros (33,3%). O pós teve 11 acertos (73,3%) e 4 erros (26,7%).

Alguns assuntos que não tiveram um índice desejável que diminui no pós-teste, como os fatores de riscos que envolvem a HAS, dentre eles há fatores que não se podem ser evitados. No pré houve 10 acertos (66,7%) e no pós obteve 8 acertos (60,0%). Uma pergunta que teria que colocar verdadeiro ou falso sobre os diabéticos, que a Metformina reduz a hiperglicemia, sem o risco de causar hipoglicemia, exceto em caso de jejum ou de associação com insulina. No pré teve 12 acertos (85,7%) e no pós houve 10 acertos (71,4%).

Dias et al (2013) relatou a experiência sobre capacitação de ACS em uma USF em Belém constatou que os ACS possuem conhecimento básico sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e são capazes de passar informações corretas à população. Mostrando a importância de capacitações constantes, a fim de inseri-los cada vez mais em momentos educativos e instigá-los a buscar mais conhecimento técnico. Ferreira e Ruiz (2012) realizaram uma pesquisa e demonstrou que os ACS capacitados acertaram maior número de questões (33% mais que os não capacitados). Vários trabalhos em temas específicos estão sendo realizados para aprimorar os conhecimentos do ACS.

No estudo Barreto et al (2013), realizou-se um processo de capacitação e educação dos ACS sobre as doenças crônicas não transmissíveis, hipertensão arterial e diabetes, a fim de que eles, de posse destes conhecimentos, consigam exercer efetivamente suas atribuições sendo multiplicadores na comunidade. O trabalho demonstrou o grupo de ACS possuía dificuldades sobre as dimensões dos riscos e consequências à saúde oriundas das doenças hipertensão e diabetes, assim como, dificuldades quanto ao conhecimento específico sobre os medicamentos farmacológicos e não farmacológicos necessários. Relataram que muitas vezes deixavam de orientar os pacientes, por temerem transmitir informações errôneas ou por desconhecimento específico do problema. O ACS contribuir para o processo de transformação social. No entanto, é preciso entender que a transformação social é um processo lento, requer esforços conjuntos e permanentes e é papel de todos os cidadãos (TOMAZ, 2002).

Conclusão

A utilização de capacitação comprovou ser efetivo e demonstrando que apesar do conhecimento prévio dos ACS, houve um aperfeiçoamento deste. Sendo comprovado pela maioria dos acertos no pós-teste, evidenciado através dos resultados. Sobre a interação do Captopril com alimentação demonstrou que os ACS compreenderam que associação pode diminuir os efeitos do medicamento, conseqüentemente, diminuindo a resposta sobre a pressão arterial. No tratamento dos pacientes obesos com DM tipo 2 os resultados mostraram um índice de acertos bem elevado. Na alimentação dos pacientes hipertensos e diabéticos todos compreenderam que a dieta não pode ser a mesma para todos os diabéticos, pois cada indivíduo apresenta suas particularidades. Em relação à quantidade sal que pode ser consumida por uma pessoa hipertensa, também apresentou um índice considerável. Sobre a condição clínica da HAS todos entenderam que é uma condição clínica multifatorial. Mas alguns assuntos ainda precisam ser novamente revisto devidos alguns índices não atingiram valores maiores no pós-teste, por exemplo, na diabetes do tipo 2 há como ser prevenida, pois ela está associada ao estilo de vida do indivíduo, não houve um aumento considerável no pós teste.

Em relação aos fatores de riscos que envolvem a HAS, também não apresentaram valores satisfatórios, visto que, os fatores de risco são importantes para compreender o que pode levar ao paciente apresentar hipertensão e diabetes. Sobre o uso da Metformina que reduz a hiperglicemia, sem o risco de causar hipoglicemia, exceto em caso de jejum ou de associação com insulina, não apresentou acertos consideráveis no pós-teste, que após uso do medicamento é necessário se alimentar e orientar a utilização correta do medicamento. Porém, resta-nos indagar sobre sua aplicabilidade na prática e contribuir para isto. Os ACS adquiriram habilidades e competências, podendo colocar em prática um trabalho mais atuante de promoção e prevenção à saúde junto à comunidade.

O processo de educação é um processo contínuo que precisa ser realizado constantemente e que nos proporcionou aprender com a vivência e a realidade dos ACS, através dos questionamentos levantados durante a capacitação, proporcionando um elo de troca de conhecimento. Mostrando que são profissionais modificadores com grande capacidade de transmitir conhecimento. A partir dos resultados apresentados a educação em saúde é imprescindível elevando a qualidade da

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

assistência e podendo produzir resultados determinantes no controle dessas patologias.

Referências

BARRETO, G.A. M; GUIMARÃES, P. V. S.; SILVA, T. C. CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO CENTRO DE SAÚDE Nº 11 – CEILÂNDIA – BRASÍLIA – DF. Vivências: Revista Eletrônica de Extensão da Uri, Uruguai, v. 9, n. 16, p.108-114, maio 2013. Disponível em: <http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_016/artigos/pdf/Artigo_11.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2014.

BORNSTEIN, V.J e NAVARRO, E. Concepções que integram a formação e o processo de trabalho dos agentes comunitários de saúde: uma revisão da literatura. Rio de Janeiro, Ciência & Saúde Coletiva, vol.13 nº.1, p.259-268, 2008.

BRASIL. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde. Manual de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (Série A. Normas e Manuais Técnicos, n. 135). p. 43-46.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, Programa Saúde da Família. A Implantação da Unidade de saúde da Família, DF 2000.

DIAS, J.M; SEMBLANO, A.A. P; NER, CC. Relato de experiência sobre capacitação de acs em uma USF em Belém. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE, 12., 2013, belém. Anais...Belém: SBMFC, 2013. p. 933. Disponível em: <<http://www.cmfc.org.br/brasileiro/article/view/808/806>>. Acesso em: 17 jul. 2014.

DIEHL, A. A. Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

DUARTE, L.R.; SILVA, D.J; CARDOSO, S.H. Construindo um programa de educação com agentes comunitários de saúde. Botucatu, Interface: Comunicação, Saúde, Educação. V.11, n.23, Sept./Dec. 2007.

FARIA, H.P. et al. Unidade Didática I: Organização do Processo de Trabalho na Atenção Básica à Saúde. Módulo 2. Modelo Assistencial e atenção básica à Saúde; Belo Horizonte: UFMG, 2008.

FERREIRA, V.M; RUIZ, T. Atitudes e conhecimentos de agentes comunitários de saúde e suas relações com idosos. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 46, n. 5, Oct. 2012.

GIL, A. C. Metodologia do Ensino Superior. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

HILDEBRAND, S.M.; SHIMIZU, H.E. Percepção do agente comunitário sobre o Programa Família Saudável. Brasília, Revista brasileira de enfermagem. Vol.61, nº.3, Mai/Jun, 2008.

HYMANN, H. Planejamento e análise da pesquisa: princípios, casos e processos. Rio de Janeiro: Lيدador, 1967.

TOMAZ, J.B.C. O agente comunitário de saúde não deve ser um "super-herói". Interface Comunic, Saúde, Educ., v.6,n. 10, p.75-94, fev. 2002.

Agradecimentos

Agradecemos 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.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Promoção da Saúde