

A ADOLESCÊNCIA E A MATERNIDADE: ANÁLISE TEÓRICO- REFLEXIVA DA ADAPTAÇÃO AO PAPEL DE MÃE

Anna Karolina Lages de Araujo (apresentador) – Universidade Federal do Piauí; Email: karol_lages@hotmail.com

Laís Gama Ibiapina – Universidade Federal do Piauí

Anna Katharinne Carreiro Santiago – Universidade Federal do Piauí

Inez Sampaio Nery – Universidade Federal do Piauí

Silvana Santiago da Rocha (Orientador) – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem. Gravidez na adolescência. Transtornos de adaptação.

Resumo

Objetivo: promover reflexões sobre as possibilidades de aplicação da teoria de adaptação, no atendimento às gestantes adolescentes. Resultados: a teoria de adaptação é aplicável à gestação na adolescência, já que instrumentaliza o profissional no manejo de situações em que um estado de normalidade é rompido, visando assim à adequação dessa nova circunstância. Trata-se, porém, de um desafio, porque os fatores socioculturais e econômicos são preponderantes e em situações de vulnerabilidade repercutem negativamente, tanto na saúde da díade mãe/filho quanto na efetividade das ações de saúde. É preciso assim, que essa jovem receba apoio proveniente não só da família, como também, de profissionais preparados, para auxiliá-las nesse momento de medo e angústias.

Introdução

Nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas, e a gravidez na adolescência passou a ser apresentada com uma perturbação à trajetória juvenil, inserida em um discurso alarmista, moralizante e normativo. Estudos demográficos vem demonstrando um aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação relativa de nascimentos entre mulheres de 15 a 19 anos, em contraste com tendência revelada em outros grupos etários, levando a gravidez na adolescência a ser encarada como um problema social (BRANDÃO; HEILBORN, 2006; DIAS; AQUINO, 2006).

No início da vida reprodutiva, a maternidade pode ameaçar o bem-estar e o futuro das adolescentes em razão dos riscos físicos, emocionais e sociais, e está associada à pobreza, baixa escolaridade e resultados perinatais negativos contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza. A gravidez demanda uma condição amadurecida, estável e estruturada, em termos econômicos, profissionais e pessoais, elementos dificilmente encontrados na adolescência (MOURA *et al.*, 2011).

Metodologia

Trata-se de uma reflexão baseada em uma revisão da literatura, oriunda da disciplina “Enfermagem em Saúde e Sociedade do Programa de pós-graduação”, do curso de mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, que relaciona o papel do enfermeiro no cuidado à gestante adolescente, evidenciando as limitações e possibilidades.

Resultados e Discussão

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ADOLESCENTES GESTANTES NO DESEMPENHO DO PAPEL DE MÃE

O nascimento de um filho na adolescência representa uma etapa de transição para a vida adulta, revelando significados próprios para pais e mães, demarcados por relações de gênero e expressos nos desdobramentos ocasionados pela existência de um filho numa etapa de vida determinada. Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação dos seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada (DIAS; AQUINO, 2006; DIAS; GOMES, 1999).

A experiência do nascimento hoje é definida pelo desenvolvimento dos papéis maternos e paternos e esses papéis é que caracterizam a adaptação à gravidez, ou seja, a uma nova realidade pessoal e familiar diante a expectativa do nascimento de um filho. Entretanto, os novos papéis que a adolescente precisa assumir acabam tornando-se suas maiores dificuldades e estão relacionados principalmente à situação socioeconômica, como falta de emprego e casa própria, mudanças com o corpo e cuidados com o recém-nascido, como medo de dar banho e cuidar do umbigo. É fundamental nesse momento para a adolescente o suporte familiar e a ajuda de pessoas com experiência. A adaptação feminina ao período gestacional é influenciada por três fatores da vida da mulher: seu bem-estar psicossocial, sua família e a sociedade em que ela vive (SILVA *et al.*, 2011; BRÁS; PEREIRA, 2011).

Entender esse universo de dificuldades é refletir sobre quais demandas de apoio a mãe adolescente necessita para sentir segurança em seu desempenho e em sua capacidade para cuidar de seu filho, pois grande parte desse contexto é pré-estabelecido pelo conjunto de determinações históricas que compõem sua vida (ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006).

A acolhida por pessoas próximas à adolescente torna-se fundamental, pelo fato de ela estar vivenciando um período extremamente delicado, com repercussões não apenas para si, mas para outro ser, que poderá vir a ser cuidado por alguém com pouca experiência de vida. Por isso a importância da adolescente receber o apoio, o qual contribui para que ela não visualize a possibilidade de abortamento, e isso se constitua em mais um risco a sua saúde (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Na vivência do processo gestacional na adolescência, essas jovens ainda inexperientes e com pouco conhecimento da realidade que irão enfrentar sentem-se vulneráveis. A experiência do cuidar de seu filho, para a mãe adolescente, é determinada pela ação e interação com sua família e os profissionais de saúde que a auxiliam nos cuidados. Assim, o apoio familiar e profissional é extremamente importante para que possam expor ansiedades, medos e desejos que a cercam nesse momento tão singular na vida de uma mulher (ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006).

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Dentre as atribuições do enfermeiro na atenção básica, está a promoção de saúde por meio de educação em saúde. Nessa perspectiva, a enfermagem precisa voltar os olhares para além das gestantes. É necessário alcançar essa população antes de iniciarem a vida sexual, instruí-las sobre os métodos contraceptivos, mas certamente considerar o contexto social, ao imergi-las nas possibilidades e limitações advindas da chegada de uma criança nessa fase da vida.

Configuram-se como essenciais na gestação, as informações e orientações que ajudam na compreensão do mundo pelas adolescentes. Educá-las para o mundo é um desafio, especialmente para os profissionais de saúde, uma vez que os cuidados necessários ao bem-estar materno e fetal sofrem interferência direta dos dilemas pessoais e familiares (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Os jovens são por essência seres vulneráveis, e a gravidez amplia essa condição. A formação do vínculo com esses profissionais pode minimizar as dificuldades, à medida que orientações no que tange à saúde sexual e reprodutiva são compartilhadas com essas usuárias

(PENNA *et al*, 2012).

O enfermeiro é responsável por promover a atenção à saúde das adolescentes, na perspectiva da integralidade, respeitando suas especificidades e valorizando o contexto em que a gravidez se insere, incluídos fatores socioeconômicos e culturais nos quais as relações de gênero se concretizam. O profissional que assiste as adolescentes gestantes tem importante papel na escuta sensível de suas necessidades, devendo permitir a expressão de sentimentos que emergem na vivência da gravidez de modo a se estabelecer uma relação de confiança. Diante disso, a assistência pré-natal deve configurar-se como troca de saberes entre profissional e a gestante adolescente, em detrimento do intercâmbio de informações fragmentadas e imposições (PENNA *et al*, 2012; MELO; COELHO, 2011).

O ambiente da maternidade, o período de internação hospitalar e a relação que se constrói entre adolescente–profissional de saúde quando somados, geram resultados fundamentais: o momento de acolhimento, a troca de experiências e formação de laços institucionais e pessoais, configurando-se em um rico espaço para as práticas educativas e problematizadoras, dentro do processo dialógico enfermeiro-adolescente (PENNA *et al*, 2012).

Conclusão

O cuidado à adolescente grávida deve se concretizar sob o olhar da integralidade, na medida em que as práticas são orientadas por um modelo que possibilita a este grupo a oportunidade de atuarem como sujeitos. O papel do enfermeiro é acolhê-las com escuta qualificada e responsabilização diante das especificidades das demandas, valorizando o contexto em que estas são geradas. Desse modo, proporciona-se uma assistência de qualidade, um grupo de apoio no enfrentamento desta fase do ciclo vital das adolescentes.

Assim, vê-se a importância do enfermeiro não apenas na atenção as adolescentes grávidas, mas também na atenção voltada à prevenção da gravidez nesta etapa da vida. São necessário profissionais capacitados e treinados que garantam os direitos reprodutivos e que orientem essas adolescentes sobre suas possibilidades, estratégias, riscos e desvantagens para a formação precoce de uma família. Percebe-se que a utilização do referencial teórico de Callista Roy, permite visualizar a pessoa como um sistema adaptável, dotada de mecanismos de resistência, cujas respostas são condicionadas aos estímulos aos quais está exposta, facilitando a compreensão do enfermeiro sobre as principais necessidades comprometidas no modo adaptativo de função da vida real/função de papel, pois favorece um melhor entendimento do Processo de Enfermagem e uma resolução mais efetiva do cuidado das gestantes adolescentes.

Referências

- ANDRADE, P.R.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. *Rev Bras Enferm.* v.59, n.1, p. 30-35, 2006.
- ARAÚJO, A.C *et al*. Implicações da sexualidade e reprodução no adolescer saudável. *Rev Rene.* v.13, n.2, p. 437-444, 2012.
- BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v. 22, n.7, p. 1421-1430, 2006.
- BRÁS, C.; PEREIRA, A. Promoção da saúde de grávidas adolescentes: estudo prévio de identificação de necessidades. *Millenium.* v.40, p. 69-81, 2011.
- DIAS, A.B.; AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v.22, n.7, p. 1447-1458, 2006.
- DIAS, A.C.G.; GOMES, W.B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia.* v.4,n.1,p. 79-106, 1999.
- MELO, M.C.P.; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a adolescentes grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva.* v.16, n.5, p. 2549-2558, 2012.
- MOURA, L.N.B *et al*. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez*. *Acta Paul Enferm.* v. 24, n.3, p. 320-326, 2011.
- PENNA, L.H.G. *et al*. Assistência às adolescentes abrigadas em maternidade sob a ótica de profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* v.25, n.2, p. 121-127, 2012.
- SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L.T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc. saúde coletiva.* v.16, n.5, p. 2575-2585, 2011.
- SILVA, J.L. *et al*. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v.33, n.8,p. 182-187, 2011.

A ADOLESCÊNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Gabriela da Cunha Gomes^{1*} (PG), Ana Maria Fontenelle Catrib² (PQ).

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Email: cunhagg@hotmail.com

Palavras-chave: Adolescência. Psicanálise. Promoção da Saúde. Escola.

Resumo

Para o saber psicanalítico a adolescência refere-se a um momento em que os laços fraternos sobrepõem-se aos laços parentais, de forma que os jovens se identificam entre si e tendem a formar grupos, como meio de integrar-se à sociedade. Com o intuito de manter um embasamento teórico coerente com a opção epistemológica, o presente estudo é do tipo bibliográfico, de natureza descritiva e segue as diretrizes e procedimentos da abordagem qualitativa. Para tanto, analisa o texto freudiano “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, aborda a adolescência no ponto de vista de Calligares (2009) e explora a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010). Os resultados apontam que, atualmente, a escola é reconhecida como o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de adolescentes, uma vez que se compreende que é no ambiente escolar que o adolescente se reconhece como *sujeito* no laço social. Nessa perspectiva, entende-se que no espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito, de maneira que a escola é o ambiente ideal para a adoção de políticas de *saúde mental*, tendo em vista que a mesma se propõe a estimular a autonomia e o crescimento do indivíduo. Concluiu-se que as ações promotoras de saúde na escola são ferramentas que estimulam os sujeitos a ampliarem seu potencial de vida e bem-estar, uma vez que possibilitam o desenvolvimento de habilidades pessoais, mudanças de atitude e controle sobre as circunstâncias da própria vida.

Introdução

A Constituição Federal, em seu art. 227 *caput*, preconiza que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade o direito à saúde, dentre outros. (BRASIL, 1988). Sendo assim, é função do Estado e demais organismos de proteção dos direitos de crianças e adolescentes fomentar ações que garantam o acesso à saúde e promovam a cidadania de pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) se destaca no cenário mundial, uma vez que incentiva, organiza, planeja e aciona recursos para a vida. A OMS considera que a adolescência compreende o período dos 10(dez) aos 19(dezenove) anos de idade e constata que nos dias atuais, quase 1(um) em cada 5(cinco) pessoas no mundo é um adolescente. Existem cerca de 1,2 bilhões de pessoas no mundo nesta faixa etária, de forma que a OMS desenvolveu um relatório denominado “Saúde para adolescentes do mundo”, visando compreender a saúde e desenvolvimento de adolescentes a partir de trabalhos voltados para promover a saúde dos mesmos, incluindo o que promove ou prejudica a saúde e de que forma as comunidades e países estão atendendo às necessidades dos adolescentes. (WHO, *online*, tradução nossa).

Para o saber psicanalítico a adolescência refere-se a um momento em que os laços fraternos sobrepõem-se aos laços parentais, de forma que os jovens se identificam entre si e tendem a formar grupos, como meio de integrar-se à sociedade. O ambiente escolar, por sua vez, oferece oportunidades para o jovem interagir e conviver em pares, tendo em conta que este reúne condições para o desenvolvimento cognitivo e emocional do sujeito, contribuindo para a livre manifestação psíquica. É necessário ressaltar que, atualmente, a escola é contemplada por diversas políticas que visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Sendo assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) destaca-se no cenário brasileiro, ao passo que valoriza o ser humano em sua integralidade, estimulando a adoção de modos de viver não-violentos, apoiando o desenvolvimento de uma cultura de paz e incentivando a responsabilidade coletiva e o exercício da cidadania, à medida que reconhece a necessidade de superação da abordagem fragmentada dos processos de saúde-adoecimento.

Partindo-se desse entendimento, este trabalho dedica-se a analisar a adolescência, suas particularidades e singularidades sob uma perspectiva psicanalítica, destacando o contexto escolar na efetivação da Política Nacional de Promoção da Saúde (2010).

Metodologia

Com o intuito de manter um embasamento teórico coerente com a opção epistemológica, a presente pesquisa é do tipo bibliográfico, de natureza descritiva e segue as diretrizes e procedimentos da abordagem qualitativa, coerente com a compreensão de que os fenômenos humanos, devido a sua complexidade, necessitam ser pesquisados sob os mais diferentes ângulos e variadas metodologias (MINAYO, 2002). O estudo analisa o texto freudiano “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, aborda a adolescência no ponto de vista de Calligares (2009) e explora a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010).

Resultados e Discussão

Estudar a *passagem adolescente* é fundamental para compreender as dificuldades e peculiaridades do sujeito adolescente no meio social. Em decorrência dessa constatação, torna-se indispensável reconhecer as operações psíquicas mais comuns durante a adolescência, no que tange a análise das formações grupais e a dimensão de sua estruturação a nível inconsciente. Para tanto, é imprescindível recorrer aos textos freudianos, uma vez que Freud anuncia que as formações grupais são norteadas por uma espécie de mente coletiva, na qual os integrantes do grupo podem vir a renunciar seus interesses pessoais a favor dos interesses coletivos.

Nos estudos de Freud os grupos são considerados impulsivos, mutáveis e irritáveis, sendo quase exclusivamente direcionados por seu inconsciente grupal. Ao falar das massas artificiais como a *igreja* e o *exército*, Freud resalta o amor destinado aos líderes das duas organizações, pois o líder impulsiona seu grupo e desperta à memória coletiva de seus componentes, assumindo assim o lugar do *pai primordial*. À vista disso, nos grupos há um sentimento de onipotência que, por conseguinte afeta as noções de possibilidade e impossibilidade, fazendo com que a mente grupal não obedeça a limites e permaneça sugestiva a influências, apresentando uma suspensão de suas faculdades críticas. Freud também menciona o papel do líder no grupo, uma vez que este anseia por obediência, se mostrando suficientemente forte por meio do fascínio irresistível que exerce sobre o grupo, o que recebe o nome de *prestígio*. (FREUD,

2011).

Segundo Freud (2011, p.22) “O prestígio é uma espécie de domínio exercido sobre nós por um indivíduo, um trabalho ou uma ideia”. Sendo assim, o prestígio suspende as faculdades críticas do sujeito e o infla de adoração e respeito ao líder. O prestígio pode ser do tipo *artificial* ou *pessoal*, sendo o primeiro em geral, procedente de bens materiais e o segundo de sua própria supremacia sobre o grupo. Neste contexto, os grupos providos de líder são mais fortes e coesos, entretanto, são suscetíveis a inconstâncias. Assim, entende-se que a mente grupal se autogoverna e tende a não discernir entre o que é falso ou verdadeiro excluindo a autoconsciência do sujeito.

Para a compreensão da formação grupal na atualidade infere-se que “o comportamento adolescente é considerado, no mínimo anormal por parecer (e de fato ser) transgressivo, quando comparado ao padrão adulto (o padrão confesso dos adultos)”. (CALLIGARES, 2009, p.35). O autor destaca que eles transgridem para ser reconhecidos e, os adultos idealizam uma visão da adolescência. Em seus estudos, Calligares menciona que a comunidade impõe uma moratória ao adolescente, já que embora ele disponha de recursos maturacionais e tenha assimilado valores, ainda está em um tempo de suspensão em que ainda não é reconhecido como adulto. Esta perspectiva demonstra que o adolescente se sente frustrado pela possibilidade de autonomia e pela relação de dependência que ainda vive. Para exemplificar as identificações adolescentes o referido autor destaca cinco formações grupais comuns a este período: o *adolescente gregário*, o *delinquente*, o *toxicômano*, o *que se enfeia* e o *adolescente barulhento*.

Embora as formações grupais dos tipos: *delinquente* e *toxicômano* sejam formas extremas de identificação entre adolescentes, as formações grupais são necessárias para o desenvolvimento psíquico dos adolescentes e sua inserção no tecido social. Portanto, a organização grupal delineada pelo saber psicanalítico, revela que o *ser adolescente* manifesta-se em sua plenitude, no contexto escolar em que o sujeito investe nas relações com seus semelhantes, o que confere sentido ao decurso da adolescência.

Em face desta constatação, compreende-se que a *escola* é atualmente reconhecida como o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de adolescentes, uma vez que se compreende que é no ambiente escolar que o adolescente se reconhece como sujeito no laço social. Nessa perspectiva, entende-se que no espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito, de maneira que a escola é o ambiente ideal para adoção de políticas de *saúde mental*, tendo em vista que a mesma se propõe a estimular a autonomia e crescimento do indivíduo.

Partindo dessa concepção, percebe-se que a promoção da saúde na escola efetiva ações intersetoriais complexas e requer a modificação de comportamentos, uma vez que não deve centrar-se exclusivamente em ações de natureza preventiva, como o controle de doenças. Mas, sobretudo, estimular a construção de atitudes de vida saudáveis, o desenvolvimento psicossocial e a saúde mental a partir de práticas mais efetivas. (BRASIL, 2006). O reconhecimento deste panorama evidencia que a política de promoção transcende o foco da saúde como ausência de doença, legitimando a saúde enquanto recursos para a vida, tais como: educação, condições de trabalho, lazer, cultura, acesso a bens entre outros. (BRASIL, 2010).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa (Canadá), tornou-se fundamental para se repensar o aperfeiçoamento da saúde e seus desdobramentos na vida das pessoas. A Política Nacional de Promoção da Saúde preconiza a equidade, justiça social, habitação e, sobretudo a educação, de forma que torna-se fundamental trabalhar com estratégias de Promoção da Saúde na escola. Por conseguinte, ações que promovem a saúde na comunidade escolar estimulam a melhoria de vida das pessoas, fomentando o protagonismo social e a construção de ambientes saudáveis.

Conclusão

Assegurar às crianças e aos adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos é uma exigência legal, conforme preconiza o art. 227, *caput* da Constituição Federal. Ciente das exigências legais, este estudo pôs em relevo as contribuições dos estudos psicanalíticos acerca das formações grupais na adolescência, bem como o papel da escola como espaço de referência do sujeito adolescente no laço social. Por fim, considera-se que as ações promotoras de saúde na escola são ferramentas que estimulam os sujeitos a ampliarem seu potencial de vida e bem-estar, uma vez que possibilitam o desenvolvimento de habilidades pessoais, mudanças de atitude e controle sobre as circunstâncias da própria vida. Portanto, as ações de promoção da saúde refletem ações de promoção da *saúde mental* à medida que viabilizam espaços para se discutir as reais necessidades e dificuldades dos adolescentes ao passo em que constrói um canal para troca de informações e experiências destes sujeitos.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALLIGARES, Contardo. A adolescência. 2.ed. São Paulo: Publifolha, 2009.

FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Eu e Outros Textos (1920-1923). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

MINAYO, Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

WHO. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescent_health2014/en/index.html> Acesso em: 15 out. 2013.

Agradecimentos

Agradamos ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

A ANTICONCEPÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará. rafegobr@yahoo.com.br

Jacqueline Mota da Silva – Universidade Federal do Ceará

[Escolástica Rejane Ferreira Moura](#) – Universidade Federal do Ceará

Zuila Maria de Figueredo Carvalho (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde sexual e reprodutiva. Análise de conceito

Resumo

Objetivou-se analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos. A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Introdução

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, a anticoncepção é assunto pertinente e constante nas ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Assim, segundo o Ministério da Saúde, a anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Para Costa, Rosado, Florêncio e Xavier (2013) a anticoncepção é um assunto fortemente ético, uma vez que aproxima aspectos políticos, socioeconômicos e de caráter individual. Configura-se como tema importante para a autodeterminação individual e de um povo, uma vez que a tomada de decisão acerca da anticoncepção está relacionada à cultura, educação e condição socioeconômica. O uso adequado de métodos anticoncepcionais (MACs) necessita de acompanhamento eficaz e constitui comportamento adequado de promoção da saúde.

A competência profissional no panorama da anticoncepção deve incluir conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados. Isso inclui a habilidade para dar orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando na tomada de decisão quanto aos MACs e acolhendo com respeito o/a cliente. Ademais, o profissional deve estar preparado para lidar com mitos, preconceitos e percepções errôneas da clientela a respeito do tema, proporcionando-lhe instrumentos e oportunidades para a aquisição de conhecimentos favoráveis a prática segura da anticoncepção (MOURA, SILVA; 2005).

Para tanto, refletir sobre o conceito de anticoncepção no cenário da saúde sexual e reprodutiva é relevante, pois permitirá um entendimento abrangente desse conceito, fornecendo ferramentas esclarecedoras para uma prática clínica efetiva.

Diante desses fatos, a análise de conceito consiste em um exercício intelectual que visa ao esclarecimento de um conceito de interesse. Devido às modificações contínuas e complexas do conhecimento ao longo do tempo, emerge a necessidade da análise de conceito para a prática cotidiana a fim de esclarecer, clarificar e realizar intercâmbio de saberes e do conhecimento científico (MANGUEIRA, LOPES; 2014)

A análise de conceito é basicamente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo e seus usos, associada a explicação de outras palavras ou termos relacionados (WALKER e AVANT, 2005).

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: Quais os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva?

Para responder a esta indagação decidiu-se pela realização do presente estudo com o objetivo de analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Metodologia

Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para esses autores, o objetivo da análise de conceito consiste em investigar a estrutura e o uso do conceito. Trata-se de um processo no qual os elementos básicos são examinados, distinguindo as semelhanças e as diferenças entre outros determinados conceitos. Desse modo, os autores mencionam o conceito como contendo características definidoras que permitem decidir que fenômenos estão compatíveis com o conceito (WALKER, AVANT; 2005).

Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos (WALKER, AVANT; 2005).

A seleção do conceito deve ser cuidadosa, deve refletir um tópico de interesse para o pesquisador e ser importante no programa de pesquisa para o desenvolvimento teórico futuro na sua área (WALKER, AVANT; 2005). O conceito escolhido para análise foi o de anticoncepção, cuja relevância abrange a prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids. Destaca-se que a anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids é objeto de investigação de uma das autoras como Dissertação de Mestrado, aspecto que também influenciou a escolha do tema.

Determinar o objetivo da análise é responder à pergunta: “Por que estou fazendo essa análise?”. O propósito pode ser esclarecer um significado de conceito existente para desenvolver uma definição ou para adicionar ao conceito já existente (WALKER, AVANT; 2005). O objetivo da análise é identificar os conceitos utilizados para definir anticoncepção no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva.

A identificação dos usos ou aplicações do conceito consiste na consulta de fontes da literatura a fim de ajudar o investigador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores. Sendo assim, foram realizadas buscas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os descritores “contraception” e anticoncepção, definidos nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

Os atributos definidores são características dos conceitos que aparecem com maior frequência, sendo a determinação destes efetuada por meio da observação do comportamento da referida frequência (WALKER, AVANT; 2005). Considerar o contexto em que o conceito será usado é uma decisão importante, pois o uso adequado de um conceito garante o embasamento teórico para práticas seguras.

O caso modelo pode ser definido concomitantemente com a busca dos atributos ou ser definido após os atributos definidores serem

provisoriamente selecionados (WALKER, AVANT; 2005). Portanto, este será construído na medida em que a busca for revelando as aplicações dos conceitos.

Os casos adicionais apresentam como propósito decidir o que se considera e o que não se considera como atributos definidores para o conceito em estudo. Esses casos podem ser exemplos da vida real, originar-se da literatura ou serem constituídos pelo pesquisador (WALKER, AVANT; 2005).

A identificação de antecedentes e consequentes, como o próprio nome define, são, respectivamente, os acontecimentos que ocorrem anteriormente à ocorrência do conceito e as consequências como resultado do conceito (WALKER, AVANT; 2005).

As referências empíricas são classes ou categorias de um fenômeno real que, por sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito. Em muitos casos, os atributos definidores e as referências empíricas serão idênticos (WALKER, AVANT; 2005).

Resultados e Discussão

Escolha do conceito e objetivo da análise

O conceito escolhido foi o de anticoncepção e objetivou-se com a análise do mesmo fornecer ferramentas que proporcionem um entendimento amplo e profundo desse conceito, observando-o sob as variedades de aplicações encontradas.

Usos do conceito

Com o levantamento bibliográfico, percebeu-se que o conceito de anticoncepção está inserido em diversos contextos, e o seu uso envolve o propósito a ser abordado em cada situação, sendo elas: a prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/aids (COSTA, GOLDENBERG; 2013); a anticoncepção irregular devido ao envolvimento afetivo-amoroso presente, principalmente em adolescentes (BASTOS *et al.*, 2008); a anticoncepção cirúrgica e os fatores associados (VIEIRA, SOUZA; 2009); a anticoncepção pelo método da lactação com amenorreia (RITO, *et al.*, 2014).

Atributos definidores

Após a identificação dos usos do conceito, os atributos definidores podem ser destacados como: prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (COSTA, GOLDENBERG; 2013), através do uso de métodos de barreiras nas relações sexuais; Lactação com Amenorréia (RITO, *et al.*, 2014), a qual tem 99% de eficácia, contraceptivo oral, que tem como principal característica a facilidade de uso, porém tem sido relacionado a esquecimento frequente das tomadas o que aumenta a taxa de falha contraceptiva (BAHAMONDES; PINHO; MELO; OLIVEIRA; BAHAMONDES, 2011); Anticoncepção de emergência, que na literatura, tem o propósito de ser um recurso emergencial (MORÁN, 2013), utilizado para preencher falhas ou lacunas de outros MACs (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008); Preservativos masculino e feminino (SAMPAIO *et al.*, 2011) atributos que são largamente associados a prevenção de gravidez e de DSTs; e esterilização definitiva, que no corpo feminino corresponde à laqueadura tubária, e no masculino, à vasectomia (VIEIRA, SOUZA; 2009).

Observou-se, portanto, que os atributos definidores apresentam estreita relação com os MACs utilizados.

Caso modelo

O caso modelo pode ser utilizado como a utilização de um MAC:

Mulher, 30 anos, pratica a anticoncepção, realizando a dupla proteção por meio do uso de contraceptivo oral combinado e de preservativo masculino.

Observa-se que este caso modelo contém atributos críticos do conceito anticoncepção: métodos anticoncepcionais (contraceptivo oral e preservativo masculino) e prevenção da gravidez e das DSTs.

Casos adicionais

No caso contrário, tem-se:

Mulher, 30 anos, mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Caso ilegítimo:

Mulher utiliza a anticoncepção de emergência após todas as relações sexuais, pois acredita que dessa forma não engravidará e ficará isenta do risco de contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis.

No primeiro caso verifica-se que não houve o uso de MAC, uma vez que a relação sexual foi desprotegida, podendo o caso vir a culminar em concepção ou em transmissão de uma DST. No segundo caso, observa-se ilegitimidade, pois a anticoncepção de emergência é um método a ser usado apenas emergencialmente, estando seu uso indicado mediante falha da anticoncepção, como esquecimento de ingerir a pílula ou colocar o preservativo, bem como nas situações de violência sexual como o estupro. Além disso, seu uso não protege contra as DSTs como julga a mulher citada no caso (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008).

Identificação de antecedentes e consequentes

Os artigos analisados levaram a identificação de antecedentes do conceito de anticoncepção. Como visto anteriormente, atributos podem também ser classificados como antecedentes da anticoncepção, que são vários: uso de preservativos feminino ou masculino e de outros métodos de barreira (DIU, diafragma e agente espermaticida); uso de contraceptivos hormonais (anticoncepcional oral, anticoncepcional de emergência; contraceptivo injetável); uso de métodos naturais (tabelinha, método da ovulação); e esterilização (CUNHA; GALVÃO, 2011)(ALVEZ; LOPES, 2007).

Em relação aos métodos de barreira ressalta-se a importância dos preservativos feminino e masculino, como os únicos capazes de prevenir a gravidez e as DSTs simultaneamente (dupla proteção). Outra característica é que o uso destes métodos promove maior conhecimento do corpo por parte da mulher e do parceiro, podendo contribuir para a melhoria da afetividade na relação sexual do casal (ALVEZ; LOPES, 2007). No entanto, estes métodos devem ser usados de forma correta. Estudo revela que o uso incorreto ou falhas no preservativo podem contribuir para sua baixa eficácia, destacando-se: as más condições de armazenamento; validade expirada; fabricação de baixa qualidade; erros durante o uso, como desenrolar o preservativo antes de colocá-lo, ausência de espaço na extremidade do preservativo para o acúmulo do esperma, reutilização do mesmo preservativo, dentre outros) (CUNHA e GALVÃO, 2011).

Os contraceptivos hormonais tem sido o método reversível mais utilizado pelas mulheres brasileiras, particularmente o anticoncepcional oral combinado (AOC) (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011). Porém, como visto anteriormente, tem suas falhas. Para que a utilização desse método seja eficaz, é importante que as usuárias sejam informadas acerca do uso correto e das lacunas presentes no método. Pesquisa realizada com 294 usuárias de AOC em município de residência das autoras revelou lacunas no conhecimento sobre o método, sendo essas influenciadas por variáveis socioeconômicas e pelo tempo de uso (AMÉRICO *et al.* 2013).

A atividade sexual é vivida, muitas vezes, por meio de práticas sexuais desprotegidas, particularmente na adolescência. A escassez de conhecimento e de comunicação com pais, professores e profissionais de saúde, seja por medo ou tabu, responde por parte das gravidezes não planejadas e das DSTs contraídas. Desta forma, a educação sexual também é um dos antecedentes importantes na

anticoncepção, tendo o enfermeiro importante papel nessa área do cuidado.

Como consequentes da anticoncepção, tem-se o impacto na vida individual, como o planejamento da prole, tendo homens e/ou mulheres o número de filhos que desejam e no tempo que lhes foi mais apropriado, e o impacto no âmbito da coletividade, a destacar a queda na taxa de fecundidade no país.: A diminuição da taxa de fecundidade, por exemplo, como se verifica no Brasil nos últimos 30 anos, é consequente do melhor acesso da população aos MACs uma vez que estes passaram a ter uma provisão mais regular e abrangente pelos serviços públicos de saúde (TELES, SILVA, EDUARDO, MOURA, DAMASCENO, 2010).

A gravidez na adolescência, por sua vez, pode ser prevenida por práticas seguras de anticoncepção conferindo a adolescente maiores possibilidades para continuar seus estudos e elaborar planos de desenvolvimento e crescimento profissional, uma vez que estes podem ser minimizados pela gravidez precoce, principalmente quando ocorre em meio a condições financeiras desfavoráveis (baixa renda familiar) (MENDES; MOREIRA; MARTINS; SOUZA; MATOS, 2011).

Determinação de referenciais empíricos

Como citado anteriormente, os referenciais empíricos são características cuja presença revela a ocorrência do próprio conceito. No caso do conceito aqui estudado, os referenciais empíricos são os mesmos atributos definidores, pois a ocorrência destes pressupõe a própria anticoncepção.

Conclusão

A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Acerca das consequências da anticoncepção, vemos que sua definição permite vislumbrar a importância do conceito, não só no contexto individual como no coletivo. O enfermeiro deve estar ciente de tais consequentes para realizar ações de educação em saúde acerca dos métodos de anticoncepção junto a população, não apenas citando-os, mas descrevendo seus benefícios, suas características, modo de uso e consequências de uma anticoncepção adequada, ou seja, prevenção de gravidez e a postergação da gestação na adolescência, bem como a prevenção de DSTs pela prática do sexo seguro.

Referências

ALVES, S.A.; LOPES, M.H.B.M. Locus de Controle e escolha do método anticoncepcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.3, p.273-278, 2007.

AMÉRICO C.F.; NOGUEIRA P.S.F.; VIEIRA R.P.R.; BEZERRA C.G.; MOURA E.R.F.; LOPES M.V.O. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Rev. Latino-Am. Enferm.*,v.21, n.4, 07 telas, 2013.

BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N.R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M.V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *RevBrasGinecol Obstet.*, v.33, n.4, p.303-309, 2011.

BASTOS, M.R.; BORGES, A.L.V.; HOGA, L.A.K.; FERNANDES, M.P.; CONTIN, M.V. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: O uso da anticoncepção de emergência. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.3, p.447-456, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, versão preliminar, 2009.

BRITO, M.B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C.S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 2011.

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORÊNCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.37, n.1, p.74-86, 2013.

COSTA, L.A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde soc.*, v.22, n.1, p. 249-261, 2013.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G.; Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS. *Rev Rene*, v.12, n.4, p.699-708, 2011.

MANGUEIRA, S.O.; LOPES, M.V.O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Rev. Bras.enferm.*, v. 67, n.1, p. 148-154, 2014.

MENDES, S.S.; MOREIRA, R.M.F.; MARTINS, C.B.G.; SOUZA, S.P.S.; MATOS, K.F. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. *Rev paul pediatri*; v.29, n.3, p.385-391, 2011.

MORÁN, J.M.F. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. *Revista Brasileira de Estudos de Popul.*, v.30 n.1, p.125-144, 2013.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Púb.*,v.39, n.5, p. 795-801.

RITO, R.V.V.F.; CASTRO, I.R.R.; TRAJANO, A.J.B.; GOMES, M.A.S.M.; BERNAL, R.T.I. . Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative: degree of implementation in a Brazilian metropolis. *Rev. Nutri.*, v.26, n.4, p.385-395, 2014.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R.C.; CALLOU, J.L.L.; SOUZA, B.B.C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.*, v.20, n.1, p: 171-181, 2011.

TELES, L.M.R.; SILVA, S.S.; EDUARDO, K.G.T.; MOURA, E.R.F.; DAMASCENO, A.K.C. Atenção em anticoncepção oferecida por equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante – CE. *Rev. Eletr. Enf.*, v. 12, n.4, p. 711-718, 2010.

VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Públ., v.43, n.3, p. 398-404, 2009.

VIEIRA, C.S.; BRITO, M.B.; YAZLLE, M.E.H.D. Contracepção no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet., v.30, n.9, p. 470-479, 2008.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. Strategies for theory construction in nursing. 4. Ed. United States of America: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, às professoras e às colegas que colaboraram de forma brilhante na realização deste trabalho.

A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE HUMANIZADA: DESAFIOS E CONQUISTAS

Ires Lopes Custódio (apresentadora) – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Email: iresl.custodio@gmail.com

Maria Socorro Pequeno Leite Alves – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Ana Carmem Almeida Ribeiro Maranhão – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Fátima Maria Barroso Sampaio – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes

Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne (Orientadora) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. Política de Saúde. Humanização dos serviços.

Resumo

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de qualificação da atenção e da gestão do trabalho em saúde, que possui como característica intrínseca a humanização das práticas em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de saúde humanizada, seus desafios e conquistas, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e atenção à saúde da PNH. Trata-se de um estudo de caráter intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido em um hospital público na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, no período de dezembro de 2013 a março de 2014, com 40 funcionários que atenderam os critérios de inclusão. Para coletar os dados quantitativos aplicou-se um questionário semi-estruturado. Já os qualitativos foram a partir de três questões norteadoras: Que competências você conseguiu desenvolver durante estas oficinas? A que você atribui estas competências? Com que este aprendizado irá contribuir para o seu desempenho no Hospital? Os resultados quantitativos foram apresentados de forma descritiva e de percentual. Os qualitativos foram analisados utilizando análise de conteúdo de Bardin (2009). Este estudo possibilitou uma reflexão do processo do cuidar fundamentado nas premissas da humanização e da ética na PNH, ressaltando o respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, conciliar um atendimento técnico com uma visão humana.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS), objetivando mudar o cenário da necessidade de muitos através de intenções em construir uma sociedade onde as condições de vida da população possam ser consideradas “dignas”, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como resultado de lutas sociais. Apesar de ser considerado um grande avanço, não conseguiu, até o momento, responder ao que preconiza. A saúde pública no Brasil ainda tem sido protagonista de cenas inaceitáveis, considerando-se as condições técnicas e econômicas atuais. Como forma de melhoria para as condições necessárias nos hospitais, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que põe em cena uma discussão extremamente necessária. É preciso refletir sobre a humanização da assistência hospitalar. Porém, se mostrou limitado diante do problema que, por sua vez, ultrapassa a assistência hospitalar, atingindo o SUS em si (GARCIA, et al., 2010).

Isso implicou a necessidade de se pensar algo para além de um programa. Nasce, então, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), cujos princípios, diretrizes, dispositivos e métodos indicam um novo olhar sobre a necessária humanização da saúde (GOMES, et al., 2008). O PNHAH estimulou a criação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) nas unidades hospitalares de todo o país, para que se pudesse discutir sobre o tema e avançar nos projetos de melhoria contínua referente ao atendimento hospitalar de forma humanizada nos hospitais públicos, considerando tudo e todos neste processo (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011). O seu objetivo principal é a melhoria da qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS, efetivando a integralidade da atenção, um dos princípios do sistema, bem como a modernização das relações de trabalho nos hospitais públicos. É sabido que para humanizar a assistência não basta investir em equipamentos e tecnologias, e que o tratamento é mais eficaz quando a pessoa doente é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde.

O atendimento no ambiente hospitalar apresenta um diferencial decorrente de fatores oriundos da carga de sentimentos que acompanha o cliente ao buscar a instituição hospitalar. O nível de expectativa quanto a atenção e conseqüentemente ao atendimento humanizado está evidenciado na pesquisa de satisfação do usuário, aplicada mensalmente no Hospital de Messejana, apontando para a necessidade de se trabalhar o “cuidar”, nos seus amplos aspectos. Conforme previsto, a humanização, entendida como “melhoria da qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais” é um dos valores organizacionais perseguidos para o alcance da excelência no atendimento. Atender de forma humanizada e ágil com qualidade e resolutividade é, portanto, um dos objetivos estratégicos a ser atingido. Para isso, é necessário um conjunto de ações articuladas para o alcance dos objetivos e fatores de sustentação à missão. Nesse sentido, esse estudo destina-se ao desenvolvimento de um Programa de Educação Continuada com foco no aperfeiçoamento dos profissionais que lidam diretamente com os usuários do hospital. O Programa propõe-se a investir no desenvolvimento de competências comportamentais que amenizem os impactos da internação, trabalhando a postura dos funcionários envolvidos em uma dinâmica de trabalho diferente, numa nova consciência e visão do que significa trabalhar sua humanidade.

A origem deste estudo baseou-se na inquietação como profissional da saúde quanto ao atendimento mais humanizado nos serviços de atenção à saúde pública despertando assim o interesse de aprofundar a temática que permeia a atenção e gestão.

Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de saúde humanizada, seus desafios e conquistas, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e atenção à saúde da PNH.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo de intervenção caracteriza-se pela manipulação do fator de exposição, proporcionando modificação em algum aspecto do estado de saúde, a qual resultará em achados objetivos e precisos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). O estudo foi realizado no período de dezembro de 2013 a março de 2014, em um hospital público, na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. O referido hospital há 80 anos dedica-se ao ensino e assistência à saúde, é um hospital terciário de alta complexidade e reconhecido pelo Ministério da Saúde.

A população do estudo foram funcionários que diariamente estão em contato com usuários, tais como: atendentes dos ambulatórios, SAMI, emergência, seguranças, auxiliar de transporte de pacientes (maqueiros) e motoristas, que totalizam aproximadamente 200 pessoas. A amostra estimada foi de aproximadamente 35% destes funcionários, entre gestores e funcionários. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, independente do gênero, e que aceitassem em participar do estudo. Foram excluídos os que faltaram mais de um dos quatro encontros iniciais. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através da aplicação de um questionário

semi-estruturado, para diagnóstico e identificação de temas importantes e de interesse para serem abordados com o funcionário, e com o gestor imediato do mesmo. Este questionário foi aplicado no último dia, ao término de todos os encontros. E continha questões fechadas que abordavam temas como competências desenvolvidas durante as oficinas, participação individual e proposta as oficinas, como metodologia utilizada, material disponibilizado dentre outras. Nestas perguntas os participantes tinham 5 opções de resposta: ótimo, bom, regular, insuficiente ou sem capacidade para responder (omissão). Na parte qualitativa foram realizadas 3 perguntas norteadoras: 1) que competências você conseguiu desenvolver durante estas oficinas?; 2) a que você atribui estas competências?; 3) com que este aprendizado irá contribuir para o seu desempenho no Hospital?

Inicialmente foi realizada a “oficina para humanização no atendimento hospitalar com metodologia psicodramática” que privilegia a reflexão e ação, com atividades interativas, dinâmicas de grupo, discussão de filmes e textos para reflexão. Este módulo foi abordado a importância da humanização participativa no trabalho em equipe, articulando novo formato de atendimento propondo-se a otimizar os resultados do atendimento através do aprendizado prático de novas posturas, transformando o que antes era ocasional e inconsciente em técnicas comportamentais, deliberadamente colocadas em prática, tendo como conteúdo: o ciclo do crescimento e a dinâmica psico-emocional do sentir, pensar e agir; a consciência dos valores da humanização e significado do servir, do cuidar; as dimensões humanas física, social, psicológica-emocional, espiritual; a competência interpessoal; posturas técnicas de comunicação assertiva no atendimento humanizado. Os resultados quantitativos foram analisados utilizando análise descritiva e foram apresentados na forma de percentual. Os dados qualitativos foram analisados utilizando análise de conteúdo de Bardin (2009). Após leitura e releitura detalhada do material, chegou-se a construção das categorias de interesse, nominadas de “a importância do facilitador”, “a humanização para toda a vida”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes seguindo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados **Discussão**
 Inscreveram-se no programa 68 funcionários, destes 10 desistiram antes do primeiro encontro e 12 desistiram ao longo do programa, restando 46 concluintes. Destes, 40 responderam o questionário. Com relação a avaliação dos funcionários quanto a sua própria atuação no programa, a grande maioria relatou um ótimo desempenho quanto ao interesse (n= 33, 82,5%), participação nas atividades (n=21, 52,5%), relacionamento com o grupo (n=26, 65%), relacionamento com o facilitador (n=34, 85%), conhecimentos adquiridos (n=32, 80%), assiduidade (n=26, 65%) e pontualidade (n=26, 65%).

Tabela I: Avaliação dos participantes da oficina de atendimento humanizado quanto a sua atuação. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=40)

	O		B		R		I		Omissão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse	33	82,5	07	17,5						
Participação nas atividades	21	52,5	16	40					03	7,5
Relacionamento com o grupo	26	65	12	30					02	5
Relacionamento com o facilitador	34	85	05	12,5					01	2,5
Conhecimentos adquiridos	32	80	08	20						
Assiduidade	26	65	13	32,5	01	2,5				
Pontualidade	26	65	13	32,5	01	2,5				

O: ótimo; B: bom; R: regular; I: Insuficiente; n: número de participantes

Quando questionados sobre quais competências os mesmos conseguiram desenvolver durante a oficina, 100% (n=40) relataram compreender o que significa trabalhar com atendimento humanizado, 100% (n=40) relataram a capacidade de relacionar-se com as pessoas de forma empática e respeitosa e a compreender posturas e técnicas de comunicação no atendimento humanizado. Ao serem abordados para saber se se sentem seguros para colocar em prática que aprenderam na oficina, 95% (n=38) relataram que sim e somente 5% (n=2) disseram que somente em parte. Na avaliação geral do programa, a grande maioria relatou ótima a metodologia utilizada (n=36, 90%), a postura profissional do facilitador (n=40, 100%), a clareza na comunicação do facilitador (n=38, 95%), o material instrucional (n=28, 70%), os equipamentos e instrumentos (n=25, 62,5%), a carga horária (n=26, 65%), o local de realização da oficina (n=20, 50%) e nas condições físicas das instalações (n=22, 55%).

Tabela II: Avaliação geral dos participantes da oficina de atendimento humanizado. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=40)

	O		B		R		I		Omissão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metodologia utilizada	36	90	04	10						
Postura profissional do facilitador	40	100								
Clareza na comunicação do facilitador	38	95	02	5						
Material instrucional	28	70	11	27,5					01	2,5
Local de realização da oficina	20	50	14	35	05	12,5			01	2,5
Condições físicas das instalações	22	55	15	37,5	01	2,5			02	5
Equipamentos e instrumentos	25	62,5	13	32,5	02	5				
Carga horária	26	65	05		07				01	

12,5 17,5 2,5

O: ótimo; B: bom; R: regular; I: Insuficiente; n: número de participantes

Quando questionamos sobre como eles conceituariam a oficina, 100% (n=40) relataram ótima. A seguir serão apresentadas as categorias temáticas que emergiram do estudo: “a importância do facilitador”, “a humanização para toda a vida”.

A importância do facilitador

O profissional da saúde trabalha continuamente com situações de tensão, como o contato direto e frequente com a dor e o sofrimento dos pacientes, podendo acarretar a ele o desenvolvimento de mecanismos de defesa que poderão prejudica-lo como ser humano. Desta forma, é imprescindível cuidar de quem cuida, para que haja projetos e ações em prol da assistência humanizada (SANTANA et al, 2012).

Desta forma, segundo Silva Júnior; Vilela; Rosa (2013), pensar na melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais implica em mudanças da infraestrutura e no fortalecimento do compromisso da equipe de profissionais. Esta importância pode ser verificada pelas falas abaixo:

“Devemos este resultado a equipe que nos presenteou com este curso”. (A-10)

“..... pelas palavras, atos e ações da facilitadora.” (A-2)

“..... foi tudo muito claro e direto”. (A-13)

“O programa foi muito bem elaborado e com atividades satisfatórias”. (A-34)

A humanização para toda a vida

O ambiente de trabalho deve favorecer o equilíbrio físico e emocional dos funcionários, bem como representar um local que venha ao encontro da prestação de uma assistência de qualidade. Para isso é necessário o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade, abertura para escuta e o diálogo, com vistas a acolher o usuário dos serviços de saúde (BECK et al., 2007).

“Humanizar é acolher a necessidade de resgate e articulação de aspectos indissociáveis: o sentimento e o conhecimento.” Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento (SILVA JÚNIOR; VILELA; ROSA, 2013). Este fato pode ser verificado pelas falas abaixo:

“Um resultado maravilhoso para mim. Agora sei como é necessário mudar alguns hábitos e valorizar ainda mais o meu trabalho, a minha vida e ao meu próximo” (A-27)

“Essa oficina foi muito importante, porque eu aprendi a ouvir.” (A-5)

“Aprendi a capacidade de entender melhor as coisas que vem para mim.” (A-11)

“..em tudo será meu novo alicerce, para que eu possa construir um novo ser” (A-29)

“Trouxe-me de volta valores que eu havia deixado de prática.” (A-37)

Conclusão

Este estudo possibilitou uma reflexão do processo do cuidar fundamentado nas premissas da humanização e da ética na PNH, ressaltando o respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, conciliar um atendimento técnico com uma visão humana.

A humanização é um processo complexo, amplo e requer tempo; oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Contudo, se não for um processo singular, não será de humanização.

Referências

- BARAÚNA, T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. 2003. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2013.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
- BECCARIA, L.M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. Arq Ciênc Saúde. v. 15, n. 2, p. 65-9, 2008.
- BECK, Carmem L. C., et al. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Santa Maria, RS. v. 16, n. 3, p. 503-10, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- _____, Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.
- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista latino-americana de Enfermagem. v. 13, n. 1, p. 105 – 111, 2005.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2003.
- CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/373/226>. Acesso em: 04 mar. 2014.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos. Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese (Doutorado), Departamento Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.
- GARCIA et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-34, 2010.
- GOMES et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 635-42, 2008.
- LIMA, G.C. Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras. João Pessoa, UFPB, 2004.
- MORAES, J.C., GARCIA, V.G.L., FONSECA, A.S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: visão dos clientes. Revista Nursing. São Paulo, 2004.

PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca; SOUSA, Anete Araújo; SALLES, Raquel Kuerten de. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Florianópolis, v.16, n. 1, p. 1155-62, 2011.

PESSIONI L., BERTACHINI L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia & Saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SALLES, Raquel Kuerten de. Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizada: sua influência no comportamento alimentar. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SANTANA, et al. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*. Online. Rio de Janeiro. v.4, n.4, p. 2744-54, 2012.

SILVA JUNIOR, M. D.,VILLELA, A.S., ROSA, T.P. Humanização da assistência de enfermagem: A percepção dos internos de enfermagem do último ano de uma universidade privada. *Rev. Saúde, Corpo, Ambiente e Cuidado*. v. 1, n. 1, p. 165-176, 2013.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu*, v. 12, n. 25, p. 327-338, abril/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos aos funcionários do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes que participaram deste estudo.

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA ABORDAGEM ATUALIZADA.

Danielle Menezes de Albuquerque Mesquita (apresentadora) - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), danielle.menezes@stacasa.com.br

Ana Kamila Teófilo Gomes - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Brenda Lia Aragão Moura - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Patrícia Souza Santos - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Fernanda Magda Borges Rodrigues (Orientadora) - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Palavras-chave: Idosos. Instituição de Longa Permanência para idosos. Fisioterapia.

Resumo

Envelhecer é um processo natural na vida do ser humano e é caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma diferente cada indivíduo. Muitos idosos são institucionalizados por diversos fatores nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), estas têm como objetivos: oferecer ambiente seguro e acolhedor para idosos cronicamente debilitados e funcionalmente dependentes; garantir serviços de atenção biopsicossocial que atendam as necessidades das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade; restaurar e manter o máximo grau de independência funcional; preservar a autonomia; promover o conforto e a dignidade dessas pessoas com doença terminal e estabilizar ou tornar mais lenta a progressão de doenças. Este trabalho tem como objetivo verificar a atuação da fisioterapia nas ILPIs. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo na qual foram utilizados textos publicados nos sites Scielo, Lilacs e Pubmed, monografias e livros da biblioteca pertencente às Faculdades INTA. O estudo ocorreu no período de junho a agosto de 2013, em Sobral – Ceará. Após a seleção do material o mesmo foi analisado pelos pesquisadores e descrito. Verificamos ao final do estudo que a fisioterapia atua oferecendo aos idosos a melhora de sua capacidade funcional, tentando reduzir as incapacidades e limitações, promovendo uma maior independência destes na realização de atividades da vida diária. Além de reabilitar a fisioterapia tem o papel de promover a saúde, desenvolvendo estratégias para retardar a perda da funcionalidade do organismo, que ocorre em decorrência da velhice.

Introdução

Envelhecer é um processo natural na vida do homem, sendo caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem diferentemente cada indivíduo que chega neste estágio. Segundo Mendes (2005), nesta fase o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados.

A Organização Mundial de Saúde – OMS considera idoso, pessoas com 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, e em países em desenvolvimento, idoso é aquele que tem 60 anos ou mais. Papalia, Olds e Feldman (2009) estimam que a porcentagem de idosos no mundo, pela primeira vez na história, irá ultrapassar a população de crianças até quatorze anos de idade, de acordo com Lemos e Barros (2009) no Brasil em 2025 a população de idosos será de aproximadamente 32 milhões, isto ocorrerá devido à diminuição da mortalidade e da fecundidade além do avanço sócio-econômico, cultural e tecnológico.

Este avanço tecnológico tem ocasionado muitos benefícios, dentre eles podemos citar o aumento da expectativa de vida, aumentando assim a longevidade da população, por outro lado, a família não tem mais tempo para cuidar de seus idosos, pois a correria do dia-a-dia não permite que estejam presentes, desta forma os idosos que são dependentes de um cuidado especial muitas vezes são colocados em Instituições de Longa Permanência, sendo na maioria das vezes abandonados pelas famílias. Coelho *et al* (2008) relata que os principais motivos da institucionalização de idosos são: ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doença, alto grau de dependência, necessidade de cuidados de reabilitação, baixa condição financeira dos idosos e ausência de um companheiro.

Nas Instituições de Longa Permanência geralmente uma equipe multiprofissional trabalha em prol da manutenção da saúde destes idosos ou busca a reabilitação de funções que foram perdidas devido ao processo de envelhecimento ou por alguma patologia, dentre estes profissionais encontra-se o fisioterapeuta que exerce um importante papel nestes locais.

O fisioterapeuta promove a manutenção da capacidade funcional do idoso, que inclui: habilidade de realizar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e integração social, além disso, o profissional pode desenvolver estratégias de promoção de saúde, buscando retardar e/ou prevenir deformidades e incapacidades.

Foi pensando em conhecer como o fisioterapeuta trabalha com os idosos que vivem em Instituições de longa permanência que resolvemos realizar este trabalho, visando aumentar nossos conhecimentos sobre como melhorar a qualidade de vida destas pessoas que já são bastante sofredas.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo na qual foram utilizados textos publicados nos sites Scielo, Lilacs e Pubmed, monografias e livros da biblioteca pertencente às Faculdades INTA. O estudo ocorreu no período de abril a junho de 2013, em Sobral – Ceará. Após a seleção do material o mesmo foi analisado pelos pesquisadores e descrito.

Resultados e Discussão

Envelhecer é um processo natural pelo qual todo ser humano passa, muitas vezes não sendo vivenciado de forma simples, pois acarreta mudanças que trazem perdas e diminuição de muitas funções do organismo, aumentando assim a vulnerabilidade de adquirir doenças que podem levar a morte. Para Queiroz (2010), o envelhecimento é um período associado a muitas perdas, onde as físicas acarretam na diminuição da funcionalidade do corpo, força, resistência, flexibilidade, agilidade e de velocidade, também ocorrem perdas psicológicas. Ainda segundo este autor, o conceito de envelhecimento é abordado por inúmeras teorias, conceitos e de definições, o que comprova que este é construído por diversas facetas responsáveis por esse processo tornando – o dinâmico, inexorável e que varia de uma pessoa para outra.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2009), as teorias de programação genética acreditam que os corpos envelhecem de acordo com o relógio evolutivo normal inato dos genes, já as teorias de taxas variáveis ou teoria dos erros consideram o envelhecer como um resultado de processos randômicos que variam de pessoa para pessoa, sendo muitas vezes causados por erros, ou agressões ambientais nos sistemas biológicos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Durante o processo de envelhecimento o corpo sofre algumas alterações que impossibilitam o idoso realizar algumas tarefas, muitas vezes eles não conseguem sequer fazer suas atividades diárias, as principais alterações sofridas são: flacidez; dores musculares e/ou articulares; atrofia das fibras musculares do tipo I e II em proporções diferenciadas, redução da atividade de contração muscular; perda progressiva e absoluta da massa óssea levando a osteopenia fisiológica; comprometimento do retorno venoso devido a insuficiência das válvulas e da diminuição do bombeamento exercido pelos músculos; rigidez arterial ocasionado pelo aumento de colágeno e diminuição da elastina; nos pulmões ocorre redução da área de troca na membrana alvéolo – capilar, modificação dos mecanismos reguladores da respiração, rigidez da caixa torácica, tendência a obstrução dos brônquios de pequeno calibre, e dilatação de alguns brônquios, ductos e sacos alveolares; no sistema nervoso ocorre atrofia cerebral, alterações no volume da substância cinzenta e redução da substância branca (COELHO *et al*, 2008).

Devido a estas alterações os idosos passam a necessitar de cuidados especiais, que muitas vezes as famílias não podem oferecer, algumas por falta de tempo e outras por não ter condições financeiras para arcar com as despesas, dentre muitos outros motivos que podem levar os idosos a institucionalização em Instituições de Longa Permanência. Segundo Coelho *et al* (2008), os fatores determinantes da internação do idoso numa Instituição de Longa Permanência são: o fato de morar sozinho, suporte social precário, aposentadoria com rendimentos baixos, viuvez, aumento de gastos com a saúde, ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças, alto grau de dependência, necessidade de cuidados de reabilitação e a baixa condição financeira dos idosos.

O atendimento prestado aos idosos pode ser dividido em duas modalidades, as modalidades de atendimentos não asilares (que destinam cuidados aos idosos em determinados períodos do dia) como: os Centros de Convivência, os Centros Dia ou Centros de Cuidados Diurno, Hospital-Dia, Casa-Lar, Repúblicas de Idosos, Família Acolhedora, Oficina Abrigada de Trabalho e o Atendimento Domiciliar. E as modalidades asilares de atendimento, as chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos ou ILPI's, que podem ser divididas em: as Instituições Gerontológicas/Geriátricas particulares e as Instituições Asilares sem fins lucrativos, que podem ser filantrópicas ou públicas (QUEIROZ, 2010).

De acordo com Bandeira, Pimenta e Souza (2006) as Instituições de Longa Permanência conhecidas como abrigos, asilo, lar ou casa de repouso funcionam em tempo integral e abrigam pessoas idosas sem condições de prover sua própria subsistência, dependentes de cuidados especiais, em situação de abandono, sem família ou com incapacidade familiar. Estas instituições deverão garantir a oferta de serviços assistenciais, abrigo, alimentação e higiene, além de garantir o acesso aos serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades físicas, ocupacionais, lazer, cultura e outros, estes serviços podem ser oferecidos diretamente na instituição ou através de encaminhamentos. A instituição também deve desenvolver estratégias para a reconstrução dos vínculos familiares, buscando promover o retorno deste idoso ao convívio familiar.

Segundo Lemos e Barros (2009) os principais objetivos das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) seriam: oferecer ambiente seguro e acolhedor para idosos cronicamente debilitados e funcionalmente dependentes; garantir serviços de atenção biopsicossocial que atendam as necessidades das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade; restaurar e manter o máximo grau de independência funcional; preservar a autonomia; promover o conforto e a dignidade dessas pessoas com doença terminal, estabilizar ou tornar mais lenta a progressão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; prevenir e reconhecer patologias agudas.

Para que este objetivo seja alcançado é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar onde todos os profissionais trabalhem em conjunto em prol do bem-estar destes idosos. Dentre os profissionais que atuam nestas instituições temos o fisioterapeuta que tem um importante papel no cuidado com estes idosos, desenvolvendo tanto a reabilitação quanto estratégias de promoção da saúde.

A fisioterapia é a profissão da área da saúde que aplica e utiliza medidas de avaliação da capacidade funcional de forma mais importante oferecendo desta forma mais subsídio para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, revelar necessidades e determinar a utilização de recursos (ELY *et al*, 2009).

Ela atua oferecendo aos idosos a manutenção e a melhora de sua capacidade funcional, tentando reduzir as incapacidades e as limitações, promovendo uma maior independência na realização das atividades da vida diária, melhora da auto-estima e conservando o ótimo funcionamento dos sistemas orgânicos, o que condiciona aos idosos residentes de Instituições uma vivência rica em cuidados que muitos em seus próprios lares não teriam condições de desfrutar (LEMONS e BARROS, 2009).

Muitos são os recursos utilizados pelos fisioterapeutas para manter a funcionalidade destes idosos. De acordo com Sartori *et al* (2011), os exercícios terapêuticos constituem o principal recurso na fisioterapia para promover a melhoria da função física, os programas de exercícios são elaborados de forma individualizada para as necessidades particulares de cada paciente, estes melhoram a função e previnem incapacidades.

Ainda segundo estes autores a utilização da cinesioterapia e Kabat estimulam a formação da massa óssea e minimizam a progressão da osteoporose, doença comum na velhice. Alongamentos musculares, mobilização ativa das grandes articulações e da coluna vertebral, exercícios posturais tônicos, exercícios respiratórios e relaxamentos estáticos e dinâmicos ajudam a melhorar o equilíbrio e a coordenação, prevenindo assim as quedas (SARTORI, 2011).

A massoterapia também é uma técnica comumente utilizada como terapia complementar nos pacientes idosos, ela consiste em manipular os tecidos moles com as mãos a fim de promover efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso, além de proporcionar relaxamento e o alívio da dor comum em idosos (TAMBORELLI *et al*, 2010).

Além de reabilitar a fisioterapia tem o papel de promover a saúde, de acordo com vários autores, as atividades realizadas com este propósito são: caminhadas em grupo, realização de exercícios de alongamento, atividades lúdicas para prevenir a perda de memória, e encontros com orientações educativas sobre postura, como evitar quedas, locomoção com uso de órteses, higiene pessoal, vestimentas e calçados adequados.

Percebe-se que a fisioterapia tem um importante papel nas Instituições de Longa Permanência para idosos, pois ela além de reabilitar também desenvolve estratégias para promover a saúde, buscando retardar a perda da funcionalidade do organismo, que ocorre em decorrência da velhice.

Conclusão

Observou-se que dentro das ILPIs uma equipe multidisciplinar trabalha com estes idosos, dentre estes profissionais está o fisioterapeuta que através de seu conhecimento tenta minimizar as perdas funcionais que os eles apresentam, buscando assim a reabilitação deste paciente. Além da reabilitação este profissional desenvolve estratégias de promoção da saúde como: caminhadas e exercícios de alongamentos em grupos, atividades lúdicas e encontros com orientações educativas sobre este novo estágio da vida, promovendo a socialização entre os idosos, evitando desta forma estados depressivos.

Referências

BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. Saúde em casa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

COELHO, G. A.; CRUZ, J. R. A.; SILVESTRE, W. S.; SILVA, A. P. S. O processo de institucionalização do idoso e o papel da fisioterapia. 2008.

ELY, J. C.; FERMINO, A. F.; BASSANI, G. R.; OLIVEIRA, H. S.; WALTER, J.; AMARAL, S. H. E.; BRITO, A. A. A atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 293-297, maio/ago. 2009.

LEMONS, J.C.; BARROS, J. D. C. Equipe multidisciplinar: essencial para o cuidado dos idosos em instituições de longa permanência. 2009.

MENDES, M. R. S. S.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C.M.; LEITE, R. C. B.O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enfermagem, 2005; 18(4):422-6.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

QUEIROZ, G. A. Qualidade de vida em Instituições de Longa Permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del – Rei, São João Del – Rei. 2010.

SARTORI, D. V. B.; FRANZOLIN, S. O. B.; BRIGHENTI, A. F. N.; MURAKAWA, J. M.; CARNEIRO, P. R. Fisioterapia como qualidade de vida para o idoso. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da saúde, v. 15, n. 1, p. 71-81, 2011.

TAMBORELLI, V.; COSTA, A. F.; PEREIRA, V. V.; TORTURELLA, M. O papel da enfermagem e da fisioterapia em pacientes geriátricos terminais. 2010.

Agradecimentos

Agradecemos aos colaborador que direta ou indiretamente, contribuíram no desenvolvimento desse estudo.

A ATUAÇÃO DE UM ALUNO ENFERMAGEM DO PET-SAÚDE DCNT NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HOMENS DE UMA UBSF NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA/AL

Yago Beserra Marinho Martins – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (yagomarinho@hotmail.com)

Patrícia Pereira Araújo Santana – CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)

Maria Augusta Costa dos Santos – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Palavras-chave: Saúde do homem. Educação em saúde. Promoção da saúde.

Resumo

A enfermagem possui importante papel na promoção da saúde sexual dos pacientes. Contudo, por se tratar de um público mais difícil de ser atingido, os homens necessitam de uma maior atenção dos serviços de saúde, por geralmente comparecer ao serviço apenas em caso de adoecimento. Isso ocorre devido ao fato de os homens enfrentam, historicamente, o soerguimento de conceitos (masculinidade) que são extremamente deletérios à sua saúde. Além disso, os homens muitas vezes sentem-se envergonhados ao se mostrar para um profissional do sexo oposto, além de não se sentirem parte das propostas daquela unidade de saúde devido ao fato de as ações se voltarem, na maior parte das vezes, exclusivamente para sujeitos do gênero feminino. Desta feita, relataremos a realização de uma atividade educativa com homens, dentro do PET-Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a partir da ótica de dois graduandos em Enfermagem.

Introdução

De acordo com Costa e Coelho (2011), “a sexualidade é tema que envolve diretamente a Enfermagem, uma vez que as práticas do cuidado remetem ao contato com os corpos, com a intimidade e com o erótico”. Diante dessa concepção, compreendemos que a Enfermagem possui papel fundamental na promoção da saúde sexual, tanto de homens quanto de mulheres. Diante disso, compreendendo a responsabilidade ímpar a ela atribuída, a enfermagem, de modo algum, pode se escusar da realização de atividades nesse sentido.

A sexualidade masculina vem, geralmente, acompanhada de conceitos propagados na sociedade, tais como a preocupação com o tamanho do pênis, a imprescindibilidade do coito na relação sexual, a importância da obtenção de uma ereção imediata, e a redução da sexualidade à área genital (Nogales, 2006 apud Gomes, 2011, p.149).

Ademais, há demasiada relevância em discutir a sexualidade masculina, uma vez que, esse termo pouco debatido na área da saúde, não raro seja abordado unicamente nos termos da doença. Essa associação ocorre principalmente em decorrência do fato de, à realização de estudos epidemiológicos, haver a comprovação de que as DST são de maior recorrência em homens do que nas mulheres (Gomes, 2008, pp. 36,37).

De acordo com Alves (2005) apud Sampaio et al. (2010) o panorama de educação em saúde se estrutura “não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença-cuidado”. Nessa égide, há necessidade de saber agregar valores que levem o paciente a ver sentido no que lhe é passado, de modo que, assim, a educação cumpra com o seu objetivo, qual seja, nessa perspectiva, o de estimular a modificação de hábitos arraigados.

Por meio da educação em saúde, o profissional da atenção básica consegue promover hábitos sexualmente saudáveis, o que, de acordo com Paiva (2006, p.26) apud Gomes (2011, p. 154) envolve também “integrá-la em uma perspectiva de cidadania sexual, em que as diferenças de gênero e das identidades sexuais são aceitas”.

Assim sendo, esta pesquisa pretende refletir acerca do papel da enfermagem na promoção da saúde sexual masculina, sem reduzi-la a mera atenção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Envolve, sobretudo, considerar o ser em sua totalidade, identificando suas necessidades.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de um graduando em Enfermagem, a partir da vivência de uma atividade de extensão dentro do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Rede Doenças Crônicas não Transmissíveis. O PET Saúde DCNT teve início a partir do edital do ano de 2012 do Pró-PET, tendo iniciado as atividades em Agosto de 2012, as quais se estenderão até Dezembro de 2014. Fazem parte do grupo 12 alunos, sendo 6 de Psicologia, 2 de Enfermagem, 2 de Educação Física e 2 de Serviço Social, os quais são acompanhados por 6 tutoras, sendo 3 de Psicologia, 1 de Enfermagem, 1 de Educação Física e 1 de Serviço Social. Para a composição deste relato, foi utilizado, além do relato do discente, livros que tratam especificamente da temática ‘Saúde do Homem’ e artigos científicos.

Resultados e Discussão

Em vista da necessidade referida na literatura de promover a saúde do homem, o PET Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis decidiu, como parte de suas ações, promover uma “feira de saúde”, onde diversos temas pudessem ser abordados (doenças crônicas, qualidade de vida, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva), com um olhar voltado para a saúde do homem.

Na mesa temática ‘saúde sexual e reprodutiva’, optou-se por utilizar um acadêmico de enfermagem (do gênero masculino) para tratar do tema, com o intuito de não causar embaraço nos homens convidados para o evento. Mediante a atitude tomada pela equipe, observou-se que os homens se sentiram à vontade para sanar suas dúvidas, vez por outra relatando histórias específicas da atividade sexual deles, o que possibilitou um melhor diálogo entre as informações que o acadêmico trazia e as dúvidas e relatos que os pacientes tinham.

A atitude demonstrada pela equipe é positiva, uma vez que alguns estudos, como o de Kalckmann, Batista e Souza (2005) apud Medrado (2011, p.55) considere o fato de os homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde como um entrave para a busca pelo serviço pelos indivíduos do gênero masculino, dado o fato de o foco das ações preventivas dirigir-se, quase que em sua totalidade, para o público feminino.

À realização da atividade, a partir das dúvidas trazidas, foi possível observar que a maioria dos homens não possuía conhecimento o suficiente acerca dos métodos contraceptivos, nem mesmo sobre o códon, o mais divulgado. Além disso, as maiores preocupações daqueles homens eram a respeito de ereção e diminuição do prazer no ato sexual. Outros relataram a perda da capacidade de ereção, o que os incomodava, porquanto tenham tido, ao longo da vida, uma vida sexualmente ativa.

Com base no relato dos homens, foi possível intervir, não apenas respondendo dúvidas, mas demonstrando que a sexualidade é

um conceito muito mais amplo, demonstrando que este conceito não deve girar em torno do órgão sexual, nem do coito propriamente dito. Existem diversas formas de satisfazer a sexualidade, sem que se precise, necessariamente, copular. Contudo, sob a visão daqueles homens, o prazer só poderia vir da ejaculação.

Percebendo o conceito daqueles sujeitos sobre este assunto, procuramos refletir a respeito das formas de obtenção de prazer, ainda que na incapacidade de ereção. O prazer é um conceito muito mais amplo, que envolve dar e receber carícias, ainda que não se utilize o órgão do aparelho reprodutor. Envolve, assim, o abraço, o toque, o beijo, as carícias. Esse conceito foi repassado aos homens, que concordaram. Entretanto, houve relutância em aceitar a dificuldade de manter uma ereção, de modo que isso afetava diretamente a autoestima dos indivíduos que enfrentavam essa problemática. Pacientes desse tipo necessitavam, portanto, de um apoio muito maior da equipe daquela unidade básica de saúde.

O fato de o evento ter sido realizado na própria unidade básica facilitou o encaminhamento daqueles pacientes que necessitavam de acompanhamento. Por exemplo, como já relatado, alguns pacientes relatavam dificuldades de ereção, muitos dos quais tinham doenças do aparelho cardiovascular. Compreendendo que estes poderiam apelar para medicações que estimulassem a ereção, as quais apresentam grande risco se não tomadas de maneira correta, os profissionais da UBSF (enfermeiros, médicos e psicólogos) mantiveram-se atentos para auxiliar e orientar aquele paciente para que ele pudesse manter sua autoestima e evitar o surgimento de outros problemas de saúde.

Foi possível perceber, na fala daqueles homens, a existência do conceito de que as unidades de saúde são essencialmente locais femininos, e de que, por vergonha de se expor para outro gênero, muitas vezes os homens não procurem os serviços de saúde. Quando o homem percebe que será ouvido por um indivíduo do mesmo gênero, ele se sente mais aliviado, pois, na concepção deles, o sujeito que partilha do mesmo gênero consegue o compreender mais plenamente, de modo que eles se sentem menos embaraçados sob tais circunstâncias.

Assim, a realização desta atividade possibilitou tanto a melhora na busca dos homens pela UBSF quanto um crescimento no conhecimento e percepção dos envolvidos na atividade, uma vez que tenha envolvido um maior cuidado em lidar com a temática, porquanto seja ela um pouco delicada. Isso contribui, assim, para o engendramento de estratégias que focalizem esses indivíduos, evitando que estes continuem fenecendo de males que podem ser controlados, quando se busca ajuda nos serviços de saúde.

Conclusão

A partir da atividade realizada, foi possível, em primeiro lugar, compreender a importância da extensão para a formação de um profissional crítico, e qualificado para compreender e atender às necessidades da comunidade, gerando impactos positivos sobre ela.

Além disso, compreender como ocorre a sexualidade masculina – embora ainda haja muita pesquisa, e intervenção a ser feita –, é essencial para a atuação do profissional de saúde, porquanto o público masculino seja de difícil acesso, e o profissional tenha por obrigação promover a saúde, não apenas esperar que estes venham à unidade por razão de adoecimento. Assim, a temática ‘sexualidade’ é, sem dúvidas, um tema que interessa aos homens, e que deve ser trabalhado constantemente nas educações em saúde.

Afirmar que tratar de ‘sexualidade’ interessa aos homens não pressupõe dizer, em nenhum momento, que os homens são meramente seres sexuais. Há necessidade de visualizar o paciente de uma maneira integral, compreendendo que ele possui outras necessidades. Inobstante, é vital fortalecer o vínculo com o público, para que eles continuem a procurar a unidade, por isso, os temas abordados devem ser os que são de interesse do “alvo” da educação em saúde, pois, do contrário, caso o público não reconheça necessidade de aprender o que é passado na educação em saúde, não há um ensino eficaz.

Assim, espera-se que a enfermagem consiga perceber a imprescindibilidade de tratar da temática ‘saúde do homem’ e passe a destruir a imagem de que as unidades de saúde são locais voltados para o gênero feminino, despertando o interesse dos homens de procurar o serviço. Além disso, que os gestores passem a compreender a necessidade de locais que atendam às necessidades dos homens, modificando, por exemplo, os horários de funcionamento dos serviços de saúde, o que acaba dificultando a ida do homem ao serviço, já que, durante o dia, estes indivíduos estejam trabalhando, e não queiram faltar o emprego. Deixam, portanto, de procurar ajuda, pois carecem daquela atividade para a sua subsistência e a de sua família, logo, por medo de ir ao serviço de saúde e perder o emprego, esses homens deixam de procurar ajuda e continuam sofrendo com problemas de saúde que logo lhes ceifa a vida.

Referências

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edmeia Coelho de Almeida. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(3): Maio-Jun, 2011.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, Romeu. Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana. ‘Eu não sou só Próstata, Eu sou um Homem!’ Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Saúde do Homem em Debate / Romeu Gomes (organizador). – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SAMPAIO, Juliana. Promoção da Saúde Sexual: Desafios no Vale do São Francisco. Psicologia & Sociedade; 22 (3): 499-506, 2010.

Agradecimentos

Quero agradecer à Unidade Básica de Saúde que permitiu a realização desta atividade; a todos os profissionais envolvidos, e aos meus colegas graduandos e preceptores do PET Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ.

Ana Caroline Lima Vasconcelos (carool.lima@hotmail.com) – Universidade Estadual do Ceará
Erilaine de Freitas Corpes – Universidade Estadual do Ceará
Jéssica Freire Rangel – Universidade Estadual do Ceará
Pâmela Nóbrega Menezes – Universidade Estadual do Ceará
José Almir de Sousa Carneiro – Universidade Estadual do Ceará
Edna Maria Camelo Chaves (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Puericultura. Recém-nascido.

Resumo

Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, que visem promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor. Um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é a consulta de puericultura, realizada, principalmente, por Enfermeiros. Trata-se de uma revisão integrativa, na qual foi realizado um levantamento bibliográfico, em junho de 2014, na base de dados eletrônicos de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Portal Capes e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os termos utilizados na busca foram selecionados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Puericultura e Recém-nascido, sendo encontrados 45 artigos, que formaram a população do estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2004 e 2014, disponíveis na íntegra, em português, online e gratuitos. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações e artigos que não tivessem relação com o tema ou que abordassem a atuação de outros profissionais, que não fosse dos Enfermeiros. Por meio desses critérios, selecionou-se 14 artigos, sendo essa a amostra do estudo. O Enfermeiro deve proporcionar ao binômio mãe-bebê proteção, prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade e agravos. Portanto, toda a equipe de saúde deve estar devidamente capacitada, instruída e qualificada para executar de modo correto, criativo e eficiente as ações de promoção da saúde do binômio mãe-bebê, a fim de alcançar resultados positivos e satisfatórios.

Introdução

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas, sendo, por isso, um período que exige grande atenção de profissionais de saúde, cuidadores e pais. Algumas doenças biopsicossociais que ocorrem na infância são responsáveis por graves consequências a curto e a longo prazo para os indivíduos e comunidades. “A criança é um ser dependente e, portanto, precisa que o responsável por sua saúde e desenvolvimento preocupe-se com a qualidade de seu crescimento físico e mental, de modo a priorizar sua qualidade de vida.” (ABE, R.; FERRARI, R. A. P., 2008). O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os 5 anos de idade, é de fundamental importância para a promoção da saúde da criança e para prevenção de agravos, quando é possível identificar situações de risco e buscar atuar de forma precoce nas intercorrências.

Ações aparentemente simples, como pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão de vacinação da criança nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde. Assim, ações vêm sendo exploradas a fim de garantir e promover a qualidade de vida nessas fases tão delicadas e importantes, que são: a pós-natal e a infância.

Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, que visem a promoção de seu bem estar físico e a prevenção de problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor. “Na área da Atenção Primária à Saúde, responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as fases da vida, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde.” (VASCONCELOS, et.al., 2012).

Nesta Estratégia, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, “que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias.” (MAIA e SILVA, 2012; DURO, C. L. M., 2006). O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida e 6 consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando, assim, sete consultas no primeiro um ano e meio de vida.

A puericultura é desenvolvida tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro. “As atribuições do enfermeiro neste programa são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas necessárias; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005).

Diante disso, percebe-se a importância da atuação do Enfermeiro nas consultas de puericultura como forma de promoção da saúde mãe-bebê, por meio de diferentes estratégias. Por isso, faz-se a seguinte pergunta: Qual a atuação do Enfermeiro na consulta de puericultura para promoção da saúde do binômio mãe-bebê? Sendo, assim, o objetivo da pesquisa identificar, na literatura, a atuação do Enfermeiro na consulta de puericultura para promoção da saúde do binômio mãe-bebê.

Metodologia

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pelo método de revisão integrativa com abordagem qualitativa, visto que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. A pergunta norteadora foi “Qual a atuação do Enfermeiro na consulta de puericultura para promoção da saúde do binômio mãe-bebê?”. O levantamento bibliográfico foi realizado em junho de 2014, na base de dados eletrônicos de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Portal

Capes e na *ScientificElectronic Library Online* (SciELO). Os termos utilizados na busca foram selecionados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Puericultura e Recém-nascido, sendo encontrados 45 artigos, que formaram a população do estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2004 e 2014, disponíveis na íntegra, em português, online e gratuitos. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações e artigos que não tivessem relação com o tema. Por meio desses critérios a amostra selecionada foi de 14 artigos. Por fim, foi elaborada e formatada a revisão integrativa, realizando uma síntese comparativa dos resultados encontrados.

Resultados e Discussão

Na base de dados Scielo foram encontrados, utilizando os descritores Enfermagem e Puericultura, 7 artigos, sendo selecionados 3, após a utilização dos critérios de inclusão; com os descritores Enfermagem e Recém-Nascido, encontrou-se 15 artigos, dos quais selecionou-se 7. No Portal Capes, com os descritores Enfermagem, Recém-Nascido e Puericultura, foram encontrados 8 artigos, dos quais selecionou-se 2. Na base de dados Lilacs, com os descritores Enfermagem e Puericultura, foram encontrados 15 artigos, sendo selecionados 2. O total de artigos encontrados no levantamento bibliográfico foi 45. Por meio dos critérios de inclusão e de exclusão, a amostra foi composta por 14 artigos. Os tipos de estudo dos artigos que formaram a amostra foram: estudos históricos: 12%; revisão de literatura: 38%; estudo descritivo exploratório: 8%; pesquisa observacional: 2%; revisão integrativa: 30% e relato de experiência: 10%.

A essencialidade da atuação da Enfermagem na consulta de puericultura

A Atenção Primária representa a base do trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde e atua de modo a oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, devendo, portanto, ser priorizada pelos profissionais que nela atuam, para que os cuidados sejam executados com o objetivo de atingir a máxima qualidade dos serviços prestados. A consulta de puericultura, por fazer parte de um conjunto de ações que compõem o sistema básico de saúde, também deve ser feita com atenção, dedicação e empenho dos profissionais que a realizam.

O Enfermeiro, profissional mais atuante nessas consultas, deve realizar um acompanhamento integral do crescimento e do desenvolvimento físico e mental da criança; da qualidade das ações prestadas pelos cuidadores das crianças e do conhecimento dos responsáveis acerca das mesmas, a fim de sanar as dúvidas existentes. “Os profissionais de Enfermagem devem ter consciência da importância das suas atividades durante a puericultura, uma vez que estas refletem o estado de saúde da população infantil sob sua responsabilidade.” (LIMA, G. G. T. et. al., 2009; ASSIS, W. D. et. al. 2011; SOUZA, M. H. N. et. al., 2011).

O profissional de Enfermagem deve ter o intuito de proporcionar ao binômio mãe-bebê proteção, prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde, reduzindo, desta forma, os índices de morbimortalidade e de agravos clínicos. Para executar os cuidados de forma eficaz, é fundamental que o profissional tenha conhecimento do perfil socioeconômico e cultural da família e da comunidade na qual a criança está inserida, pois, desta forma, o Enfermeiro poderá realizar uma melhor assistência, visto que essas características podem influenciar muito no cuidado que será prestado à criança e ao responsável. “Alguns dos fatores avaliados, além do crescimento e desenvolvimento da criança, são: a vacinação, a higiene individual, ambiental e a identificação precoce de doenças e de agravos.” (CAMPOS et al., 2011; OLIVEIRA, M. M. C., 2009; FONSECA, E. L.; MARCON, S. S., 2009). Diante disso, percebe-se que a equipe de saúde é essencial para a qualidade dos serviços prestados ao bebê e à mãe, entretanto, o Enfermeiro é o profissional mais atuante na atenção básica durante as consultas de pré e pós-natal e, por isso, precisa se qualificar sempre, para que possa executar seu trabalho com atenção, habilidade, responsabilidade e competência.

Ações de promoção da saúde mãe-bebê realizadas pelo Enfermeiro na consulta de puericultura

Durante a consulta de puericultura, o Enfermeiro, além de pesar, medir e examinar a criança, avalia o seu crescimento e desenvolvimento, a carteira de vacinação, acompanha a criança e a mãe desde a gestação, buscando direcionar a família para que tenha condições de lidar de maneira satisfatória com as dificuldades que poderão surgir ao longo da gravidez e posterior ao nascimento. Ao realizar a consulta de Enfermagem em puericultura, é preciso que o profissional siga as etapas que direcionam suas ações de forma sistematizada, como a coleta de dados referentes à história da criança e da família; o exame físico, que avalia a situação biológica e fornece as orientações próprias de cada fase do ciclo de vida e todas as demais fases do processo de Enfermagem, a fim de prestar um cuidado completo e eficiente à mãe e ao bebê.

O Enfermeiro deve enxergar a puericultura como uma oportunidade para estreitar o vínculo com as famílias assistidas. Segundo Macedo, et al., 2008: “Há sempre uma interação estabelecida entre o profissional e a família”, o que é muito importante no sentido de possibilitar a confiança mútua, de modo que o fortalecimento do vínculo vai aumentando com o passar do tempo, fazendo com que a família e a comunidade adquiram mais respeito pelo profissional, além de proporcionar maior adesão às medidas de prevenção ou de tratamento que possam ser necessárias.

“O vínculo também contribui de forma significativa para o alcance de metas de programas como a vacinação, trazendo importante impacto sobre as doenças imunopreveníveis, resultando em mudanças no padrão de adoecimento e morte especialmente da população infantil brasileira.” (VIEIRA, V.C.L. et. al., 2012; SOUZA, R. S. et. al., 2012). O estabelecimento desse vínculo, ao mesmo tempo em que pode surgir a proximidade entre Enfermeiro, família e comunidade, pode ser facilitador da formação ou do fortalecimento do elo entre mãe e filho.

Nesse contexto, podem ser usadas estratégias que ratifiquem o trabalho do Enfermeiro, tais como: educação em saúde e visita domiciliar. É essencial que o Enfermeiro passe orientações à mãe, aos familiares e/ou ao cuidador sobre os cuidados a criança, como a importância da vacinação e do aleitamento materno, que representam fatores essenciais para a vida de uma criança, porque fazem com que esta tenha um bom desenvolvimento, não só durante a infância, mas por toda a vida. Essas ações podem ser executadas distante do ambiente hospitalar. Quando necessário, o Enfermeiro deve realizar visitas domiciliares, de modo a acompanhar com maior aproximação as dificuldades do cuidador e a saúde do bebê.

Além disso, o profissional deve explicar de modo claro e compreensivo a “importância do apoio da família durante o desenvolvimento desse acompanhamento, sendo essencial a participação da comunidade e da equipe de saúde como um todo.” (GAUTERIO; IRALA; VAZ, 2012; ROECKER, S., MARCON, S. S., 2011). O cuidado prestado pelo profissional de enfermagem não está ligado exclusivamente aos conhecimentos e execuções técnico-científicas, mas está, principalmente, relacionado com o contexto humanístico, tratando a criança e a sua família de uma forma holística, promovendo, desta forma, uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Conclusão

A consulta de puericultura representa um alicerce para a promoção da saúde do binômio mãe-bebê, pois é na Atenção primária que se torna possível a detecção precoce de complicações na gravidez e o diagnóstico de doenças graves, visto que esse serviço de saúde pública é procurado pela maioria das mães em todas as fases da gestação e durante todo o período do puerpério.

O Enfermeiro tem uma atuação fundamental durante as consultas, por ser o profissional que está mais próximo do paciente e precisa, para garantir a qualidade e eficácia de seus cuidados, utilizar-se de estratégias para ensinar as mães e os cuidadores, elucidar dúvidas dos mesmos e incentivar ações importantes, tais como o aleitamento materno e a correta higienização do bebê e das mãos de quem o manuseia.

Por isso, o Enfermeiro e toda a equipe de saúde que acompanha ou realiza as consultas de puericultura precisa estar devidamente capacitado, instruído e qualificado para executar de modo correto, criativo e eficiente as ações de promoção da saúde do binômio mãe-bebê, a fim de alcançar resultados positivos e satisfatórios.

Referências

- ABE, R.; FERRARI, R. A. P., Puericultura: Problemas Materno-Infantis Detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família, Rev. Min. Enferm.; v. 12, n.4, p. 523-530, Out./Dez., 2008.
- ASSIS, W. D. et. al., Processo de Trabalho da Enfermeira que Atua em Puericultura nas Unidades de Saúde da Família, Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 1, Jan./Fev., 2011
- CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta De Enfermagem Em Puericultura: a vivência Do Enfermeiro Na Estratégia De Saúde Da Família. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.
- DURO, C. L. M., Concepções de Maternidade e de Cuidado Infantil de Mães e Profissionais de Enfermagem, Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.23, n.3, p.398-407, Set., 2006.
- FONSECA, E. L.; MARCON, S. S., Rede de apoio às famílias de bebês de baixo peso após a alta hospitalar: um estudo qualitativo, Obj. Nursing, v. 8, n.2, 2009.
- GAUTERIO, D.P.; IRALA, D.A.; VAZ, M.R.C. Puericultura Em Enfermagem: Perfil e Principais Problemas Encontrados em Crianças Menores de um Ano. Rev. Bras Enferm, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-13, mai./jun., 2012.
- LIMA, G. G. T. et. al., Registros Do Enfermeiro No Acompanhamento Do Crescimento e Desenvolvimento: Enfoque na Consulta de Puericultura., Rev. Rene UFC, Fortaleza, Set., 2009.
- MAIA, S.M.S.; SILVA, L.R. Saberes e práticas de mães ribeirinhas e o cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. Rev. Enferm., v. 3, n. 7, p. 131-137, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BR., Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil., Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- OLIVEIRA, M. M. C., ALMEIDA, P. C., CARDOSO, M. V. L. M. L., Crescimento de Crianças Prematuras de Muito Baixo Peso Egressas da Unidade Neonatal - Estudo Descritivo, Obj. Nursing, v.8, n.1, 2009.
- ROECKER, S., MARCON, S. S., Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar., Invest Educ Enferm. v. 29, n.3, p. 381-390, Agosto, 2011.
- SOUZA, M. H. N. et. al., Estratégia Acolhimento Mãe-bebê: Aspectos Relacionados à Clientela Atendida em uma Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Esc. Anna Nery, v. 15, n.4, p. 671-677, Out.-Dez., 2011.
- SOUZA, R. S. et. al., Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família., Reme, v. 17, n. 2, p. 653, Set., 2012.
- VASCONCELOS, V.M. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery, v. 16, n. 2, p. 326-331, abr./jun., 2012.
- VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. Cogitare Enferm., Curitiba, v. 17, n. 1., jan./mar., 2012.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Estadual do Ceará – UECE por nos proporcionar um ensino público de qualidade e por ser uma instituição incentivadora da iniciação à pesquisa. Agradecemos às professoras orientadora e co-orientadora pelo empenho em colaborar com o nosso aprendizado, buscando sempre a qualidade de nossa carreira acadêmica e, futuramente, profissional. Por fim, agradecemos à Universidade de Fortaleza – UNIFOR e demais organizadores do Seminário Internacional em Promoção da Saúde, por proporcionar tão rica oportunidade para compartilharmos conhecimentos científicos e culturais, trocando saberes com diferentes estudantes e profissionais, contribuindo para uma formação mais ampla e aprofundada de todos os alunos, professores e profissionais participantes do evento.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO/CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, RELACIONADA AO PROCESSAMENTO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE.

Sadrine Maria Eufrasino de Pinho – Universidade de Fortaleza – sadrine.mep@gmail.com

Natalia Camelo do Nascimento – Universidade de Fortaleza

Ana Karoliny Lima dos Santos – Universidade de Fortaleza

Tailany Angelo dos Santos – Universidade de Fortaleza

Tatiana Rodrigues de Castro – Universidade de Fortaleza

Fabia Maria de Souza – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Enfermeiro. Processamento. Produtos para saúde. Gerencia.

Resumo

As Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) constitui-se também uma responsabilidades da atenção primária. Discutir a atuação do enfermeiro no processamento dos produtos para saúde nas UBSF e sua importância na prevenção e controle de infecção relacionadas a assistência a saúde. Trata-se de um estudo tipo revisão sistemática. Realizado nos meses de janeiro a maio de 2014 através um levantamento bibliográfico nas bases de dados: (SciELO), (Bireme) e (Google Acadêmico), utilizando os seguintes descritores: Enfermeiro; Processamento; Produtos para saúde; Gerencia. Foram selecionados por análise de leitura e fichamento onze artigos e quatro livros, os quais foram mais pertinentes ao tema do estudo. Foi visto que para ter qualidade no trabalho é exigido um perfil profissional adequado para atender às necessidades do setor e que não exponha a população usuária aos riscos de infecção. O profissional precisa estar sempre buscando o aprendizado, atualizando-se de forma gradativamente, para que resulte na satisfação da qualidade implicada. Portanto acredita-se que o profissional inserido na Unidade Básica de Saúde deve receber capacitação específica e periódica sobre a classificação de produtos para saúde, a fim de controlar as causas de infecção, trazendo maior proteção tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente.

Introdução

Na área da enfermagem o profissional é responsável para oferecer um trabalho de qualidade ao realizar os procedimentos no paciente, atendo às exigências necessárias para a obtenção de resultados satisfatórios, que possam diminuir a exposição do usuário do serviço público de saúde aos riscos de infecção.

As doenças causadas por infecções representam um grande problema de saúde e continuam sendo um desafio para a equipe responsável pela sua prevenção e controle. De modo geral a infecção tem sido considerada quando ocorre a penetração de microrganismos unicelulares que têm a capacidade de instalar-se no organismo, desempenhando, dessa forma, o papel de agente etiológico na infecção resultante. A penetração, desenvolvimento e/ou multiplicação de um agente infeccioso no corpo humano pode se dar por diversas maneiras, sendo uma delas representada por artigos contaminados (BALTHAZAR; SANTOS, 1997).

Os artigos utilizados nos serviços de saúde são classificados em artigos críticos, considerados aqueles que penetram em tecidos estéreis ou sistema vascular, artigos semicríticos, os que entram em contato com membranas ou mucosas íntegras ou com a pele intacta e artigos não críticos, que entram em contato com a pele intacta ou não entram em contato direto com o paciente (GRAZIANO; SILVA; PSALTIKIDIS, 2010).

Historicamente, a preocupação acerca da assepsia em artigos utilizados em procedimentos invasivos teve início por volta do século XIX, quando a cirurgia passou a sofrer revoluções devido ao grande índice de infecções e mortes dos pacientes. Pesquisas elaboradas por Joseph Lister, conhecido como o pai da moderna cirurgia, contribuiu para a diminuição da mortalidade de pacientes, através de tratamento com fios de sutura e compressas com solução de fenol e esterilização dos artigos utilizados nos procedimentos cirúrgicos, tornando assim o século seguinte, conhecido como o século da cirurgia, onde o conhecimento foi aprofundado e a demanda aumentada (POSSARI, 2011).

Com o desenvolvimento dos procedimentos cirúrgicos houve necessidade de se ter um local e pessoas qualificadas para tomarem conta dos artigos usados em procedimentos cirúrgicos. Desta feita, começaram a se organizar locais onde fosse realizada a esterilização desses artigos. Inicialmente os serviços eram responsáveis pela esterilização sendo que a limpeza e o preparo eram realizados pelos próprios assistentes isto é, nos próprios setores, por pessoas que estavam diretamente ligados ao procedimento, cuja característica desse serviço era a descentralização das atividades relacionadas ao processamento desses artigos. Atualmente, há um local específico e estruturado e organizado para realizar todas as etapas do processamento dos produtos para saúde, conhecido como Centro de Material e Esterilização (CME), que é destacado pelo contexto da organização hospitalar, da forma peculiar, por caracterizar-se como uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnósticos que precisam de artigos médico-hospitalares para prestação de serviço (POSSARI, 2011; SILVA, 1998).

Porém as Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) constitui-se também uma responsabilidades da atenção primária. As mudanças de modelo ocorrido no Brasil, dada à implementação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), e a descentralização provocada pelo mesmo, muitos dos procedimentos antes feitos nos hospitais passaram a ser realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), como a realização de retirada de pontos cirúrgicos; curativos de feridas abertas e feridas fechadas; escoriações, e até realiza pequenos procedimentos cirúrgicos (FREITAS; QUIRINO, 2011).

Sabe-se que, as IrAS, são infecções adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde e representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009).

Pautando-se sobre o serviço de esterilização de artigos, o conhecimento das diretrizes que os profissionais devem ter acerca da esterilização, optou-se por realizar este trabalho com o intuito de sensibilizar a equipe primária de saúde em realizar uma esterilização correta e segura com o auxílio de um enfermeiro. Através desse estudo será possível aprofundar novas pesquisas relacionadas ao tema e contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, minimizando os fatores que levam a uma possível infecção na unidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo tipo revisão sistemática. Realizado nos meses de Junho e Julho de 2014, através de um levantamento bibliográfico nas bases de dados: (SciELO), (Bireme) e (Google Acadêmico), utilizando os seguintes descritores: Enfermeiro, Infecção; Processamento de produtos para saúde; Atenção primária à Saúde, sendo selecionados por análise de leitura e fichamento onze artigos e quatro livros, os quais foram mais pertinentes ao tema do estudo.

Resultados e Discussão

A partir da análise dos artigos, onde procurou-se conhecer a atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde relacionada ao processamento dos produtos para saúde e sua importância na prevenção e no controle das infecções relacionadas a assistência a saúde, pode-se perceber que os estudos realizados retratam a preocupação que existe ao considerar que, o profissional de saúde é responsável pela assistência ao paciente livre de riscos, independente do local onde esteja atuando. Nesse sentido, Santos (2003) assevera que é de extrema importância que o profissional de saúde seja consciente do seu trabalho e faça-o de forma precisa, evitando ao máximo a exposição do paciente, independentemente do local em que esteja atuando.

Considerando que cada equipe da atenção primária de saúde (APS) é composta em geral por médico, enfermeiro, dentista, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de certa área da comunidade, todos esses profissionais tem a possibilidade de estabelecer vínculos, responsabilidades e realização de promoções da saúde e prevenção de doenças na comunidade, no cuidado familiar e individual, oferecendo atenção abrangente e integral (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Quanto à equipe de enfermagem, tem-se que a maioria dos profissionais da assistência à saúde primária se constitui de auxiliares e técnicos de enfermagem, que executam as ações de enfermagem, no que pode estar contribuindo para a qualidade dos serviços de saúde (COSTA; FREITAS, 2012).

É certo que a necessidade de profissionais para realização de atividades mais específicas, como o processamento de produtos para saúde, deve seguir critérios mais rigorosos, já que os trabalhos desempenhados nesse setor exigem técnica, zelo e muita responsabilidade. A capacitação profissional tem então, notável influência no funcionamento da unidade de processamento, na prevenção e no controle das infecções (TIPPLE et al, 2006).

Dai a necessidade de ter um enfermeiro que coordene, oriente e supervisione todas as etapas do processamento dos produtos, que estabeleça capacitação dos profissionais, por meio da educação continuada das equipes sob sua responsabilidade, na qual se torne como facilitador da aquisição de saber e atualização. (SILVA; AGUIAR, 2008).

Com relação ao processamento dos produtos para saúde, tende a reunir as etapas de limpeza, inspeção, preparo, acondicionamento, desinfecção ou esterilização, embalagem, armazenamento, transporte e distribuição dos instrumentos utilizados em cirurgias e na assistência ao paciente (SOBECC, 2013).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica oferece educação permanente aos profissionais da APS, sendo de responsabilidade conjunta das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES/SMS) e responsabilidade do Ministério da Saúde apoiar a articulação de instituições, em parceria com as SES e SMS, para capacitação de educação permanente desses profissionais (SAÚDE, 2011).

A educação permanente dos profissionais de enfermagem proporciona conhecimentos específicos, tornando-os capazes de seguir diretrizes e ordens para cumprir as atividades exigidas com competência e responsabilidade (COSTA; FREITAS, 2012).

A Legislação recente da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da RDC nº 15, de 15 de março de 2012, em seu art. 28, determina que o Centro de Material e Esterilização, Classe I e Classe II, deve possuir um profissional responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica.

Porém a realização de tais procedimentos, necessita não só de capacitação específica e periódica sobre a classificação de produtos para saúde, mas também os conceitos básicos de microbiologia; o transporte dos produtos contaminados; o processo de limpeza; desinfecção; preparo; inspeção; acondicionamento; embalagens; esterilização; funcionamento dos equipamentos existentes; o monitoramento de processos por indicadores químicos; biológicos e físicos; o rastreabilidade; armazenamento e distribuição dos produtos para saúde e a manutenção da esterilidade do produto (ANVISA, 2012).

Pois os artigos permanentes, os que são reutilizáveis, em estabelecimentos de saúde podem se tornar veículos de agentes infecciosos, se não sofrerem processos de descontaminação após cada uso, os locais onde estes artigos são processados e as pessoas que os manuseiam também podem tornar-se fontes de infecção para hospedeiros suscetíveis. Além do maior risco de infecção, pessoas não capacitadas ainda tende a usar os produtos destinados a limpeza, descontaminação, desinfecção e esterilização de artigos de forma indevida ou inadequada, levando milhões de dinheiro a serem gastos por ano, sem que os objetivos sejam atingidos (SAÚDE, 1994).

A segurança do processamento dos artigos médico-hospitalares é uma importante medida de controle da infecção, que é um grave problema de saúde pública, devido a sua complexidade e implicações sócias e econômicas. Dessa forma, o conhecimento dos diferentes fatores de risco na transmissão de infecção, das dificuldades de processamento dos artigos e limitação oriundos dos métodos de esterilização e de desinfecção, são aspectos importantes para a elaboração de medidas de controle pelo profissional responsável pelo CME, que diminuem a possibilidade de infecção (BRITO, 2008).

Pois para ter qualidade no trabalho é exigido um perfil profissional adequado para atender às necessidades do setor e que não exponha a população usuária aos riscos de infecção. O profissional precisa estar sempre buscando o aprendizado, atualizando-se de forma gradativamente, para que resulte na satisfação da qualidade implicada (COSTA; FREITAS, 2012).

Conclusão

Portanto acredita-se que o profissional inserido na Unidade Básica de Saúde deve receber capacitação específica e periódica sobre a classificação de produtos para saúde, a fim de controlar as causas de infecção, trazendo maior proteção tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente. Porém cada profissional só deve exercer atividade de sua responsabilidade, evitando possíveis erros no processo de esterilização e minimizando riscos de infecciosos.

Mesmo que a maioria da força de trabalho dos serviços de saúde no Brasil seja composta por trabalhadores de enfermagem de nível médio (técnicos e auxiliares) que executam as ações de enfermagem. É a enfermagem que precisa ter o conhecimento específico, conhecimento tecno-científico, critério de pré-estabelecimento, habilidade e instrumentos de trabalho capazes de desempenhar suas atribuições com competência e responsabilidade (COSTA; FREITAS, 2009).

A importância do processo de esterilização na UBSF para a realização e o sucesso dos procedimentos asséptico diminui o risco de infecção, abati a força produtiva, melhora o prognóstico dos sujeitos e reduz os custos do tratamento. Ou seja, a complexidade que envolve o processamento dos produtos para a saúde depende tanto da assistência da enfermagem como também do modelo tecno-assistencial vigente, dos produtos que são processados na UBSF de pequenos procedimentos cirúrgicos, entre outros (FREITAS; QUIRINO, 2011).

Referências

- BALTHAZAR, M.B.; SANTOS, B.M.O. A Desinfecção de nebulizadores em uma unidade básica de saúde de Ribeirão Preto. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.I, p.23-35, dez. 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Epidemiológica. Resolução - RDC nº 15 de 15 de março de 2012. Dispoõe..... de Brasília, DF, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica procedimentos. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 30, Brasília- DF 2011.
- BRITO, M.F.P.; GALVÃO C.M.; FRANÇOLIN L.; ROTTA C.S.G. Validação do processo de esterilização de artigos médico-hospitalares segundo diferentes embalagens. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 55, n. 4, p. 414-419, jul./ago. 2002.
- COSTA, L.F.V. da; FREITAS, M.I.P. Reprocessamento de artigo críticos em unidades básicas de saúde: perfil do operador e ações envolvidas. Rev. bras. Enferm, vol.62, no.6, Brasília Nov./Dec. 2009.
- COSTA, J.A.; FUGULIN, F.M.T. Atividade de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. Acta Paul Enferm., 2011;24(2):249-56.
- FREITAS, T.S. de; QUIRINO, G.S. Esterilização em unidade básica de saúde no município de Picos-PI. S A N A R E, Sobral, V.10, n.2.,p. 57-63, jul./dez. – 2011.
- GRAZIANO, K.U.; SILVA, A.S.; PSALTIKIDIS, E.M. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. São Paulo: Manole, 2011.
- POSSARI, J.F. Centro de Material e Esterilização. 4ª Ed. São Paulo: Iátria, 2011.
- SANTOS, N.C.M. Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar. São Paulo: Iátria: 2003.
- SILVA, A.L.; AGUIAR, B.G.C. O enfermeiro na Central de Material e Esterilização: uma visão das unidades consumidoras. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):377-81.
- SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP 2013; 47(4):915-21 www.ee.usp.br/reeusp/.
- TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, T.R.S.; BEZERRA, A.L.Q.; MUNARI, D.B. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP 2005; 39(2):173-80.

Agradecimento

A Universidade de Fortaleza, por ter nos proporcionado a estrutura para divulgarmos o nosso trabalho neste evento científico. A nossa orientadora Ms. Fabia Maria de Souza, pela motivação para desempenharmos esse trabalho. E ao CNPQ pela concessão de bolsa de iniciação científica (PIBIC-CNPQ).

A BIODANÇA COMO UMA METODOLOGIA PARTICIPATIVA DE CUIDADO EM SAÚDE PARA FUTUROS TRABALHADORES DO SUS

Lídia Maria Alves Freitas¹ – Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia - IFCE

Francisca Damille de Freitas 2 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Neires Alves de Freitas 3 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Rayane Alves Lacerda 4 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Ádyla Barboza Lucas 5 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante 6 (Orientador) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Palavras-Chave: Terapia comunitária. Biodança. Sistema Único de Saúde. VER-SUS.

Resumo

Esse estudo teve como objetivo relatar a experiência com biodança por um grupo de estudantes do projeto VER-SUS do Município de Sobral, Ce e sua repercussão na atuação profissional porvindoura. Utilizou-se uma metodologia de natureza qualitativa, sendo do tipo descritiva-exploratório. Os participantes do estudo foram um grupo heterogêneo de acadêmicos da área da saúde, que integraram um projeto vinculado ao Ministério da Saúde (MS), o de Estágios e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles dos cursos de Serviço Social, odontologia, Medicina, Educação Física, Enfermagem e Psicologia. Esse se deu por aproximadamente 23 sujeitos que vivenciaram a prática da biodança para reforçar o real valor dessa metodologia para atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta mostrou-se efetiva por envolver a dicotomia mente e corpo no contexto ampliado de saúde, possibilitando observar o sujeito de modo global e garantindo condutas pautadas nos princípios humanísticos e de promoção da saúde. A formação em biodança para os profissionais da área da saúde tem aberto possibilidade de práxis em diversos campos de saber. Na lógica da saúde essa prática é bem acolhida, pois, muitos profissionais não conseguem fugir da lógica médico-cêntrica. Para os estudantes a biodança pode ser estratégia alternativa para trabalhar a promoção da saúde, o cuidado, vínculo, aproximação e interação com os sujeitos. Portanto, a biodança apresenta-se como potente aliado para promoção da saúde, bem como se reforça a carência em desbravar processos formativos e de vivências com atividades similares.

Introdução

A Biodança considerada um método conhecido há muito tempo, e tem suas origens no espanhol Biodanza, que indica a dança da vida. Criada durante a década de 70, por Rolando Toro em situações de grupo e em trabalhos com deficientes com possíveis transtornos mentais, bem como em Pesquisa no Departamento de Antropologia Médica da Escola de Medicina da Universidade do Chile, no Instituto de Investigação Psiquiátricas do Hospital psiquiátrico de Santiago e no Instituto de Estética da Pontifícia Universidade Católica, em Santiago do Chile, (KELLEN, 2008). Para Toro (2002), essa é um sistema de conexão entre os seres humanos, de renovação orgânica, de reeducação afetiva e de aprendizagem das funções originais da vida. Portanto, configura-se como princípios de aprendizagem do ser humano, possibilitando a aproximação consigo e com os outros, estreitamento de vínculos, e rejuvenescimento do organismo. Essa proposta se faz por meio da música oferecendo práticas integrativas e de experimentação de sentimentos incorporados nos movimentos. Tem por finalidade contemplar aspectos fundamentais da Promoção da Saúde, e nessa se faz uso de algumas ciências como a Antropologia, Biologia e a Psicologia. Portanto a mesma consente na consciência ética, lúdica, terapêutica, produzindo alegria e potencializando a saúde (REIS, 2009). Essa tem principiado sua expressão no campo da saúde, podendo ser desenvolvidas com todos os grupos populacionais como forma de aproximar os sujeitos e trabalhar os aspectos sociais e políticos. Em consonância com Kellen (2008), a condição de doença é vista como elemento que faz parte dos movimentos da vida de cada ser humano, por isso a biodança é tida como sistema que aponta a vivência como alternativa de promoção de saúde, cura e prevenção de doenças. Nesse sentido, através da dança que também pode trazer dor e sofrimento, é um caminho para o fortalecimento da identidade e diminuição de sintomas. Por isso, é importante que as Instituições de Ensino Superior (IES), possam estabelecer diretrizes preocupadas em formar e desenvolver habilidades para o SUS, sobretudo, profissionais que percebam o usuário em sua totalidade. Essa é uma estratégia para melhorar a qualidade dos serviços prestados a comunidade, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na perspectiva da promoção de saúde. Vale ressaltar a importância do contato dos futuros profissionais de saúde ainda quanto acadêmicos, o que possibilita a aproximação precoce com o serviço, e o conhecimento antecipado de problemas e entraves inerentes a prática, estimulando a arte de resolver problemas, desenvolver um olhar crítico e reflexivo para a saúde ainda na graduação.

Objetivo

Relatar a experiência com biodança por um grupo de estudantes do projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Município de Sobral, Ce e sua repercussão na atuação profissional porvindoura.

Metodologia

Esse estudo é de natureza qualitativa, sendo do tipo descritivo-exploratório. Segundo Minayo (2004), quando considera a pesquisa “como uma atitude e uma prática teórica de constante busca, que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota. Tais elementos oferecem indicativo que a pesquisa é de orientação qualitativa. Para Gil (1991), a Pesquisa Exploratória possui a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Por isso, este tipo de estudo objetiva proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. Os participantes do estudo foram um grupo heterogêneo de acadêmicos da área da saúde, que integraram um projeto vinculado ao Ministério da Saúde (MS), o de Estágios e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles dos cursos de Serviço Social, odontologia, Medicina, Educação Física, Enfermagem e Psicologia. Esse se deu por aproximadamente 23 sujeitos que vivenciaram a prática da biodança para reforçar o real valor dessa metodologia para atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). O momento aconteceu com um mediador, da área da Psicologia, que direcionou a ação de modo dinâmico e diferenciado. A vivência foi em um equipamento social de um bairro do Município de Sobral. Esse espaço localiza-se em distante do centro da cidade, o que favoreceu a imersão dos estudantes, dando-lhes confortos para participar dessa prática bem como outras metodologias participativas. A prática da biodança acontecia nos turnos da noite, logo após as visitas nos

serviços de saúde durante o dia. Esse momento dava-se para produzir e viver as tecnologias educativas a fim de reaplicar em outros territórios.

Resultados e Discussão

A proposta mostrou-se efetiva por envolver a dicotomia mente e corpo no contexto ampliado de saúde, possibilitando observar o sujeito de modo global e garantindo condutas pautadas nos princípios humanísticos e de promoção da saúde. Sendo um instrumento que considera o saber popular, fortaleceu-se entre os futuros profissionais da saúde a melhor compreensão e relacionamento consigo e com os outros, bem como a apropriação e proximidade como esses dispositivos de cuidada em saúde. Inserir metodologias ativas na formação na área da saúde de modo precoce é indispensável, já que possibilita novas interações com a atuação profissional. A formação em biodança para os profissionais da área da saúde tem aberto possibilidade de práxis em diversos campos de saber. Foi perceptível que após a formação os acadêmicos se expressaram desejosos a partilhar seus conhecimentos e tencionar mudanças na graduação para inserir outras abordagens nas matrizes curriculares dos seus cursos. Os mesmos colocaram o prazer em experimentar o passo a passo da biodança munidos de orientações conduzidas pelo facilitador. Na lógica da saúde essa prática é bem acolhida, pois, muitos profissionais não conseguem fugir da lógica médico-cêntrica. Para os estudantes a biodança pode ser estratégia alternativa para trabalhar a promoção da saúde, o cuidado, vínculo, aproximação e interação com os sujeitos. Como a ESF precisa realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação, os estudantes se atentam para o uso de outras metodologias participativas como atividades sistemáticas dos serviços, propondo a sensibilidade, cuidado e humanização.

Conclusão

A biodança, enquanto ferramenta de cuidado para a saúde pode ser um subsídio importante para o cuidado integral. Isso pode favorecer mudança na reorganização da assistência a saúde. Houve maior desejo para inserção dessa prática na ESF, quanto alternativa de trabalho. Isso favorece a efetivação das ações em saúde e ampliar o escopo de oferta a comunidade, de modo diferenciado e alternativo para a promoção de saúde. Portanto, a biodança apresenta-se como potente aliado para promoção da saúde, bem como se reforça a carência em desbravar processos formativos e de vivências com atividades similares, não somente para nível superior, mas, técnico e elementar, prezando pela atualização e formação aos trabalhadores da saúde.

Referências

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de Pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1995.
MINAYO, M. Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento da Pesquisa Qualitativa em saúde, 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.
TORO, Rolando. Biodança Ars Magna e mecanismo de ação. In: Encontro de Biodança- 10º Modulo da IX Turma de Escola Cearense de Biodança, Beberibe-ce, 2006.

Agradecimento

Corroboramos nossos agradecimentos ao Ministério da Saúde (MS) por fomentar projeto, programas e políticas de reorientação profissional e incentivar a formação continuada e educação permanente, a fim de fortalecer as ações assistenciais no SUS. A universidade por impulsionar a participação nesses espaços e colaborar para que esses espaços existam. A Secretaria de Saúde do Município e Escola de Formação em Saúde Família Visconde de Sabóia de Sobral por apoiar os Encontros do VER-SUS, dispondo de recursos materiais e humanos para que o mesmo aconteça. Aos discentes e profissionais da saúde por estarem abertos a mudanças e resignificação da prática para melhor acolher os usuários, a comunidade.

A COMPREENSÃO DO PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM ARAPIRACA/AL NO ANO DE 2012 PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Gustavo Phillipe Rocha de Lima – UFAL – Campus Arapiraca (gustavoprdelima@gmail.com)

Yago Beserra Marinho Martins – UFAL – Campus Arapiraca

Vanessa Danielle da Silva Matias – UFAL – Campus Arapiraca

Luciana de Amorim Barros – UFAL – Campus Arapiraca

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Promoção da saúde.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, objetivando caracterizar os casos de violência contra a mulher no município de Arapiraca no ano de 2012, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net). Foi observado que em 2012 a idade entre 20 e 59 anos obteve os maiores números de notificações, sendo por meio de violência física ou outras, o tipo de agressão que mais acomete as mulheres são o envenenamento e o espancamento, acontecendo no próprio domicílio. Além disso, percebemos a subnotificação de dados contidos na ficha de investigação, por parte dos profissionais de saúde que em alguns casos não preenchem todos os campos da ficha de notificação, deixando passar informações importantes para o planejamento de estratégias de combate à violência.

Introdução

Violência contra a mulher por definição pode ser considerada como qualquer conduta baseada no gênero, que cause ou passível de causar morte, dano ou sofrimento nos âmbitos: físico, sexual ou psicológico à mulher. Nesse contexto pode-se dizer que esses atos são produtos de uma construção histórica — portanto, passível de desconstrução — que traz em seu íntimo estreita relação com as categorias de gênero, classe e raça/etnia e suas relações de poder (PIFANI, 2007).

Do ponto de vista histórico brasileiro, a violência contra a mulher é herdada, dentre outros aspectos, de uma cultura escravocrata, construída a partir de um modelo colonizador, que tornaram vulneráveis as mulheres. Vieira (2009) destaca que atualmente o fenômeno violência está também relacionado com os conflitos sociais, apontando profundas desigualdades entre os sexos e as condições desfavoráveis em que se encontram as mulheres em determinadas localidades, sendo os efeitos desse grave sentido, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis pertencentes a estratos sociais menos favorecidos.

Apesar dessa magnitude do problema, observamos nesse contexto as dificuldades que as mulheres vivenciam no processo de romper as barreiras da denúncia em uma situação de violência, desde o medo de retaliações por parte do agressor até problemas de acessibilidade do serviço, que podem ser modificados e alterar as estatísticas.

Mesmo constituindo um enorme desafio em nosso país, aconteceram grandes avanços, importantes na luta contra esse problema. Nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a violência de gênero, tendo em vista, principalmente, a violência física e sexual praticada por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Assim como os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal, quando for o caso, criados nesta última década (VIEIRA, 2009).

Em termos quantitativos, a violência contra a mulher é um problema relevante no Brasil, pois afeta um número significativo de indivíduos, realidade que no estado de Alagoas é maximizado, pois ocupa a 2ª posição no ranking nacional, com taxa de 8,3 homicídios femininos, por cem mil mulheres (WASELFSZ, 2011).

O problema ainda é mais grave em Arapiraca que é o quinto colocado no ranking dos cem municípios mais violentos do país (população feminina 112.122 e uma taxa de homicídio feminino de 21,4 a cada 100 mil mulheres) ficando na frente inclusive da capital que ocupa o trigésimo quinto nesse ranking (população feminina 496.256 e uma taxa de homicídio feminino de 11,9 a cada 100 mil mulheres) sendo dessa forma o município onde se mata mais mulheres do estado de Alagoas (WASELFSZ, 2011).

Metodologia

A pesquisa é de natureza quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo e retrospectivo. Que busca identificar, através das coletas de dados ocorridas entre os dias 18 e 20 do mês de maio de 2014, no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net) - DATASUS, as características dos casos de violência contra a mulher no município de Arapiraca no ano de 2012.

Resultados e Discussão

No ano de 2012 o estado de Alagoas registrou 2645 notificações de violência doméstica no SINAN, somente no município de Arapiraca 807 delas (30%), sendo desses, 389 casos (48%) eram mulheres arapiraquenses. A taxa de incidência nesse ano equivaleu a 5,0 casos a cada 1000 habitantes, esse índice pode ser considerado “normal” em relação a média dos últimos três anos que é de 5,4 casos a cada 1000 habitantes.

Observando o ciclo de vida notou-se que as meninas menores de 10 anos tiveram o menor índice de notificação (19 casos – 2,3%), enquanto as mulheres na fase adulta, 20 a 59 anos, obtiveram os maiores resultados (455 casos - 56,3%) explicitado no gráfico 01.

Quanto ao tipo de agressão o envenenamento e a força corporal/espancamento foram os tipos de agressões mais frequentes 356 casos (59%) e 113 casos (19%), respectivamente (gráfico 02).

Ao observar o local de ocorrência foi obtido os seguintes dados: 348 casos (60%) na residência, 14 (2%) na via pública, 10 (1%) em outros lugares e 206 fichas de notificação (35,4%) ignoraram essa informação. Essa informação deixa a entender que os profissionais, por algum motivo, não preenche esses dados, desconhecendo assim a importância dos mesmos subsidiar planejamentos futuros.

Analisando o tipo de violência, através do gráfico 03, foi o campo outras violências que obteve o maior resultado (349 casos – 60%). É observável nesse quesito o despreparo/desinteresse do profissional em classificar os tipos de violência, visto que a ficha de notificação compulsória possui diversas opções de tipos de violência, mas que por algum motivo não é especificado pelo profissional.

A compreensão desses dados pressupõe que deva o enfermeiro se atentar para tais, a fim de promover a saúde dessas mulheres. A assistência de enfermagem às vítimas deve ser planejada de modo a garantir a segurança, o acolhimento, o respeito e a satisfação das usuárias em suas necessidades individuais e coletivas. Ponderar sobre o seu planejamento, baseado nos instrumentos básicos da enfermagem, das políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros (AGUIAR, 2013).

Contudo, para que esse cuidado desejado ocorra, Para cuidar, é necessário o é imprescindível existir um processo interativo entre o enfermeiro e a pessoa que está será cuidada. Para que esta relação seja possível é necessário intencionalidade, disponibilidade, receptividade, confiança e aceitação promovendo o crescimento das partes envolvidas nesse processo: profissional e paciente. Ademais, para promover cuidado é fundamental conhecimento técnico-científico, habilidades e competências próprias da profissão que favoreçam a percepção do ser humano nos aspectos biopsicossociais e espirituais (AGUIAR, 2013).

Desta feita, são fundamentais alguns passos que podem integrar as ações de cuidado de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, quais sejam o acolhimento e a possibilidade de apoio por parte da equipe; auxiliar a vítima no estabelecimento de um vínculo de confiança, individual e institucional, com fins de poder avaliar o histórico da violência e as possibilidades de mobilizar recursos sociais e familiares; dialogar com a mulher sobre as opções de lidar com o problema, garantindo-lhe o direito de fazer escolhas e fortalecer sua autoestima; fornecer apoio à vítima que deseja fazer registro policial do fato ocorrido; encaminhar a outros órgãos competentes quando necessário; incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio; prover encaminhamento para atendimento clínico nos casos de lesões graves com necessidade de reabilitação que não puderem ser atendidos na unidade; sugerir à vítima atendimento para o casal ou família, caso a mesma opte por dar continuidade à relação; propor acompanhamento psicológico; e fazer visitas domiciliares constantemente para cuidar e acompanhar a família (AGUIAR, 2013).

Conclusão

Consoante Quadros *et al.* (2013), “a notificação dos casos é de grande importância, pois é por meio da notificação que a violência ganha visibilidade, permitindo assim o real dimensionamento epidemiológico do problema e a criação/implementação de políticas públicas voltadas à sua prevenção e enfrentamento dos casos”.

Portanto, para o primeiro passo de combate ao problema violência contra a mulher é necessário o conhecimento adequado do perfil do mesmo, sendo assim é de crucial importância a alimentação dos sistemas de dados com informações que são coletados em loco e de maneira adequada. O profissional que atua na ponta como intercâmbio de dados deve saber a importância das informações prestadas pela mulher e saber destina-lo para que sejam uteis em momentos posteriores.

Os profissionais encontram condições para iniciar ações de promoção de saúde a partir do momento em que passam a conhecer a situação de vida das mulheres que vivenciam situação de violência. Para tanto, porém, é amplamente necessário um trabalho de parceria com diversos setores da sociedade, uma vez que a solução não pode ser buscada somente na família ou nas equipes de saúde (Oliveira e Fonseca, 2009 *apud* Quadros *et al.*, 2013).

A enfermagem tem a responsabilidade de erguer e manter elos de confiança, permitindo assim a reconstrução de conceitos sobre a violência, com fins de reduzir os índices deste agravo e mudar a realidade social. Assim, para efetivar o cuidado de enfermagem direcionado às necessidades individuais e coletivas, é necessário um planejamento para que seja efetivada uma assistência humanizada e segura (AGUIAR, 2013).

As implicações dessa temática para atenção primária em saúde e para enfermagem podem ser compreendidas por diversas vertentes sendo elas a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, a construção de uma rede efetiva de apoio à mulher vítima de violência doméstica e estratégias de educação em saúde com temas ampliados que convergem com as necessidades da comunidade (Quadros *et al.*, 2013).

Sendo assim, os dados poderão servir de base para adequação dos serviços de apoio a esses sujeitos, diminuindo assim os desfechos trágicos que aumentam as estatísticas. Os sistemas de informação devem constituir, portanto, grande aliado da enfermagem, dentro dos quais estes profissionais devem buscar base para promover seu cuidado.

Referências

AGUIAR, RS. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. R. Enferm. Cent. O. Min. v. 3, n. 2mai/ago; 2013.

PINAFI, T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. Revista Histórica. [on line]. Edição 21. São Paulo. abril/maio de 2007. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/> ISSN: 1808-6284

QUADROS, MEF; OLIVEIRA, MM; FERREIRA, RZ; ALVES, PF. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 3, n. 1, 2013.

VIEIRA, LJES; PARENTE, EO; NASCIMENTO, RO. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. Estudos Feministas, Florianópolis, 17(2): 344, maio-agosto/2009

WASELFISZ, JJ. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari, 2011.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que colaboraram na elaboração deste trabalho.

A CONTRIBUIÇÃO DA MULHER COMO DOADORA DE SANGUE: A BUSCA PELA FIDELIZAÇÃO

João Evangelista da Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) hevan33@oi.com.br
Ana Michele Farias de Cabral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Nayanne Ricelli da Costa Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Rayanne Suelly da Costa Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Deyla Moura Ramos Isoldi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Palavras-chave: Serviço de hemoterapia. Doadores de sangue. Promoção da saúde. Mulheres. Enfermagem.

Resumo

As dificuldades para a obtenção de doadores regulares de sangue têm preocupado os profissionais da saúde e parte da sociedade. Atualmente no Brasil apenas 1,8% da população consiste em doador voluntário de sangue, enquanto que a Organização Mundial de Saúde aponta para um percentual de 3 a 5% dos habitantes de uma cidade para manter os estoques nos serviços de hemoterapia. Objetivo: fazer levantamento da quantidade de doadores de sangue do sexo feminino em um serviço de hemoterapia, tomando como princípio as distinções de gênero. Método: Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com o banco de dados eletrônicos de doadores de sangue em uma unidade hemoterápica, no período de outubro de 2013 a março de 2014. Resultados e Discussão: Foram realizadas 4.172 doações de sangue, destas 3.097 (74,16%) foram de doadores masculinos e 1.075 (25,76%) de doadores femininos. Observou-se que houve uma maior predominância de doadores do sexo masculino. A busca do seguimento feminino da população, com intuito de fazê-los doadores regulares, na tentativa de fidelizá-los, constitui uma luta dos serviços de hemoterapia para que não falte sangue nos serviços. Conclusão: Os resultados deste estudo permitiram identificar que ainda não houve avanços significativos na tentativa de aumentar os doadores de sangue do sexo feminino, seguimento da sociedade importante que pode diminuir a lacuna existente entre o número de doações e de solicitações de hemocomponentes para transfusão, tendo em vista um crescente aumento no consumo de sangue para transfusão devido ao aumento da violência, acidentes e doenças que assim o exijam.

Introdução

As dificuldades no panorama mundial para a obtenção de doadores regulares de sangue têm preocupado os profissionais da área da saúde e parte da sociedade. Contribuindo para isso, o quadro negativo, o fato de que as principais formas de doação de sangue às instituições hematológicas serem do tipo reposicional, em detrimento àquela voluntária e regular, e baixa participação de indivíduos da população enquanto potenciais doadores de sangue. A obtenção regular e de boa qualidade de sangue apresenta-se totalmente distante da situação ideal, aquela doação espontânea e regular, ambos os sexos, todas as classes sociais, todos os níveis educacionais e com boa saúde (CUNHA, 2008; FIDLARCZYK, 2008).

Atualmente no Brasil apenas 1,8% da população consiste em doadora voluntária de sangue. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para um percentual de 3 a 5% dos habitantes de uma cidade, mantendo assim os estoques nos serviços de hemoterapia (FIDLARCZYK, 2008).

A Portaria 2.712 de 12 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde (MS) caracteriza a doação de sangue como o processo pelo qual um doador voluntário tem seu sangue coletado e armazenado, em uma unidade hemoterápica, para usar em pacientes que necessitam de transfusões. Pode doar sangue qualquer pessoa, de ambos os sexos com idade a partir dos 16 anos (com o consentimento formal do responsável legal) até os 67 anos, 11 meses e 29 dias. O homem pode doar a cada 60 dias, e doar quatro vezes ao ano; a mulher a cada 90 dias, podendo fazer apenas três doações anuais. Ambos devem ter peso superior a 50 quilos (BRASIL, 2013).

Estudos demonstram que as mulheres apresentam ser menos sensíveis à doação de sangue, o que de alguma forma contraria a construção sociocultural do universo feminino, em que qualidades como altruísmo, solidariedade e compromisso social prevalecem neste seguimento da sociedade. Existem campanhas sendo feitas com intuito de esclarecer e sensibilizar as mulheres para a doação de sangue, haja vista que são poucas as situações, que diferem do homem, em que elas não podem doar, como gravidez e/ou no período de lactação. Vale salientar que as doações de sangue feitas por mulheres apresentam um potencial para ampliação do estoque de sangue nas unidades hemoterápicas (MOURA, 2009).

No Rio Grande do Norte esse problema equivale às outras regiões do país, pois se constata a falta de sangue diariamente, quando da solicitação de hemocomponentes, principalmente daqueles com baixa incidência populacional, como os de fator “Rh” negativo e hemocomponentes como os concentrados de plaquetas randômicas ou por aférese (BRASIL, 2011).

Existe um desconhecimento e distanciamento por parte da população com relação ao processo de doação de sangue, bem como a utilização dos hemocomponentes para transfusão, que é de reestabelecer um quadro clínico ou mesmo salvar vidas. Isto fica mais evidente quando alguns indivíduos desconhecem até mesmo seu tipo sanguíneo (classificação ABO e Rh), só passando a conhecer, muitas vezes, após uma doação de sangue, pois existem muitos tabus e medos entre pessoas com perfil para se tornar um doador, que são necessários ser esclarecidos e desmistificados. Nos doadores do sexo feminino o período menstrual compõe um deles, pois esta fase não contraindica a doação, em alguns casos, a mulher pode apresentar o microhematócrito inferior ao valor mínimo para doação (38%), assim sendo, a mesma fica inapta provisoriamente, faz as orientações necessárias e após 45 dias pode voltar a fazer doação de sangue normalmente (GIACOMINI, 2010; BRASIL, 2013).

Para tanto, o presente estudo, teve como questionamento: O volume das doações de sangue de indivíduos do sexo feminino, na cidade de Nata/RN, também apresenta volume menor do que no sexo masculino, como se mostram em estudos realizados em outras regiões do Brasil? O objetivo, portanto, foi fazer levantamento da quantidade de doadores de sangue do sexo feminino em um serviço de hemoterapia segundo o gênero.

Metodologia

Este trabalho consiste de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com o banco de dados eletrônicos de doadores de sangue em uma unidade hemoterápica – HEMOVIDA, da cidade do Natal/RN, Brasil. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2013 a março de 2014. Após avaliação minuciosa do material coletado, procedemos à organização dos resultados, voltados a responder à questão norteadora desta pesquisa.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

No período pesquisado foram realizadas 4.172 doações de sangue, destas 3.097 (74,16%) foram de doadores do sexo masculino e 1.075 (25,76%) de doadores do sexo feminino. Observou-se que houve uma maior predominância de doadores do sexo masculino. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ano de 2006, realizou a pesquisa “Perfil do Doador de Sangue Brasileiro” em conjunto com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que mostrou números bem próximos ao desta pesquisa, quando comparados doadores masculino e feminino. Em 2010 a pesquisa intitulada “Prevalência de doação de sangue e fatores associados, Pelotas, RS”, também demonstra que indivíduos do sexo masculino eram mais sensíveis à doação de sangue do que as mulheres (BRASIL, 2006; ZAGO, 2010).

A busca do seguimento feminino da população, com intuito de fazê-lo doador regular de sangue, na tentativa de fidelizá-lo, integra uma luta dos serviços de hemoterapia com finalidade de não faltar sangue nos estoques e para transfusão, bem como para diminuir os doadores de última hora, os quais, não são ideais por não poder acompanhar o estado de saúde destes. Com a prática da doação regular e fidelizada as doadoras tendem a aumentar a promoção da Saúde e integridade do cuidado, pois pessoas que doam sangue tendem a ter um cuidado maior com sua saúde, além de realizar regularmente exames sorológicos para algumas doenças infecciosas e transmissíveis pelo sangue como Hepatites, AIDS, Sífilis, entre outras (GIACOMINI, 2010).

Conclusão

Os resultados deste estudo, comparando com outros realizados em épocas diferentes, permitiram identificar que ainda não houve avanços significativos na tentativa de aumentar os doadores de sangue do sexo feminino, seguimento da sociedade importante que pode diminuir a lacuna que existe entre o número de doações e de solicitações de hemocomponentes para transfusão. Neste sentido, são necessários outros estudos na tentativa de descobrir estratégias, desmistificar tabus, medos e preconceitos para, pelo menos, diminuir este problema que, a cada dia fica maior, pois com o aumento da violência, de acidentes e como também para pacientes com câncer em tratamento, que necessitam constantemente de transfusões, entre outras necessidades. É necessário que haja doações regularmente o ano todo, para manter os serviços de hemoterapia abastecidos e que pacientes e familiares não venham a passar por momentos angustiantes na falta do hemocomponente ou à procura de doadores de sangue. Na falta do sangue os procedimentos são adiados, tratamentos prejudicados e o paciente pode ficar na iminência da morte.

Referências

- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. [online]. 2013 [acesso em: 15 jul. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2712_12_11_2013.html
- _____. Anvisa. Pesquisa sobre perfil de doadores e não doadores de sangue no Brasil. Brasília; 2006 [acesso em 01 jul. 2014]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/110106_1.htm
- CUNHA, Balduino Guedes Fernandes da; DIAS, Mardonio Rique. Comunicações persuasivas e doação regular de sangue: um estudo experimental. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.6, pp. 1407-1418. ISSN 0102-311X. Acesso em: 20 jul 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/21.pdf>
- FIDLARCZYK, Delaine; FERREIRA, Sonia Saragosa. Enfermagem em hemoterapia. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.
- GIACOMINI, Luana and LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Estratégias para fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais. *Acta paul. enferm.* [online]. 2010, vol.23, n.1, pp. 65-72. ISSN 0103-2100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000100011
- Moura AS, Moreira CT, Machado CA, Neto JAV, Machado MFAS. Doador de sangue habitual e fidelizado: fatores motivacionais de adesão ao programa. *Rev Bras Promoc saude* [online]. 2006 [acesso em 24 set. 2010]; 19(2): 61-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819202>
- ZAGO, Alethea; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; DUMITH, Samuel C. Prevalência de doação de sangue e fatores associados, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 112-120. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/12.pdf>

A CONTRIBUIÇÃO DO PET-SAÚDE REDES NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DO CAPS AD DA CIDADE DE MOSSORÓ-RN.

Deivson Wendell da Costa Lima (Apresentador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – deivsonwendell2@hotmail.com

Gorki Pires de Andrade - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Juliana Suely de Almeida e Assis – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Luana Priscila Gomes dos Santos - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Alexcia Suyanne Firmino Moraes (Orientadora) – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Projeto Terapêutico Singular.

Resumo

Introdução: O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS ad) é um serviço voltado para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Pensando na situação do CAPS ad da cidade de Mossoró-RN, de principalmente desmotivação da equipe e dificuldade na organização das atividades realizadas pelos profissionais, o grupo do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial (PET-Redes), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, em parceria com a nova gestão do CAPS ad e com os profissionais locados, propõem a reelaboração do plano de atividades práticas do serviço. **Metodologia:** Tratou-se de um relato de experiência desenvolvido pelos acadêmicos de medicina que participam do PET-Redes, sobre a elaboração de um novo plano de atividades práticas, construído junto aos profissionais do CAPS ad de Mossoró-RN, adequado aos perfis dos usuários em tratamento, para promover o melhor atendimento aos usuários. **Resultados e discussão:** Os profissionais desenvolveram um Plano Terapêutico Singular para cada usuário propondo um técnico de referência para acompanhar com mais afinco cada sujeito. Definiu-se para cada usuário um cronograma constando suas atividades individuais e grupais, mediante suas necessidades, sujeito a alterações ao longo do tempo. Buscou-se organizar de maneira sistemática a realização das atividades, visando uma assistência aos usuários na sua integralidade e subjetividade. **Conclusão:** A nova proposta alcançou a maior interação entre a equipe, com formação de vínculos entre os sujeitos envolvidos e uma melhor qualidade do serviço, através de um cuidado voltado para as necessidades de cada usuário.

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, segundo a Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial que atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas no CAPS ad, conforme a organização de rede de saúde local no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os CAPS surgiram com um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, devendo funcionar com uma estrutura diferenciada, acolhendo as pessoas em sofrimento e prestando um acompanhamento clínico e psicossocial diário, evitando as internações em hospitais psiquiátricos. Ou seja, é um instrumento que, articulado à rede psicossocial, propõe substituir o modelo “hospitalocêntrico”.

Neste íterim, o CAPS ad dispõe de um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos por uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. De acordo com a Portaria Nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS ad deve prestar as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação.

Desta forma, pensando na necessidade do CAPS ad da cidade de Mossoró-RN, o qual se encontrava a cerca de 1 ano em uma situação de desmotivação da equipe, dispondo apenas de atendimentos individuais de alguns profissionais e distribuição de refeições, o grupo PET-saúde Rede de Atenção Psicossocial, em parceria com a nova gestão do CAPS ad e com os profissionais locados, propõem um plano de atividades práticas, adequado aos perfis dos usuários em tratamento, com objetivo de sistematizar a realização das atividades desenvolvidas pelos profissionais, visando uma assistência na sua integralidade e subjetividade.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pelos acadêmicos de medicina que participam do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, sobre a elaboração de um novo plano de atividades práticas, construído junto aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad – da cidade de Mossoró-RN.

O grupo PET-saúde Redes desenvolve atividades semanais teóricas (baseadas em aprofundamento no referencial teórico da área) e práticas (com intervenções nos campos de atuação em saúde mental), desta forma, pode contribuir nos serviços com novas propostas que venham melhorar a qualidade do atendimento.

Depois de um período de um ano com o grupo PET-saúde Redes acompanhando a realidade e realizando ações pontuais, decidiu-se contribuir com a construção do novo plano de atividades da instituição. Foram 6 (seis) reuniões distribuídas em 3 (três) semanas, em que se discutiu as principais necessidades dos usuários e elencou-se pontos a serem mudados e/ou acrescidos no cronograma de atividades. Cada profissional ficou incumbido de traçar sua proposta terapêutica de trabalho, bem como discorrer sobre os grupos temáticos os quais disporia conduzir.

Posteriormente, os usuários passaram por uma série de avaliações com cada um dos profissionais, os quais ajudaram a esboçar um Plano Terapêutico Singular (PTS), que obrigatoriamente necessitou da percepção de cada profissional, a fim de agregarem contribuições peculiares à sua área de conhecimento, bem como detectar demandas dos usuários que, se investigadas somente por um profissional, poderiam passar despercebidas.

Nesse momento de divisão de responsabilidades entre os profissionais, foi eleito um técnico de referência para cada sujeito, ou seja, um profissional que acompanhará com mais afinco a vida do usuário, se responsabilizando por coordenar o PTS com suas metas e prazos, por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, com a equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias, atentando para os momentos de crise, acionando outros trabalhadores

quando necessário e, desse modo, garantindo encaminhamentos e busca apoio (BRASIL, 2013).

Essa é uma função extremamente importante para a eficácia da implementação do PTS, sobretudo em situações de extrema complexidade as quais envolvam crises de abstinência, recaídas, desentendimento com familiares, dificuldades financeiras, entre outras. É necessário, para isso, que o profissional incumbido de ser o técnico de referência tenha boa relação de vínculo tanto com o usuário quando com sua família, agindo como facilitador de negociações e consensos entre as partes.

Para a aplicação de tais conceitos no CAPS ad em questão, a escala de quarenta horas semanais foi preenchida com atendimentos individuais e grupais, com os seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, médico, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional. Além disso, foram instituídas reuniões semanais para planejamento com a equipe de profissionais; reuniões integrativas com os familiares dos pacientes e um turno (vespertino) destinado a atender adolescentes, de acordo com a demanda do município.

Definiu-se também, para cada usuário, um cronograma pessoal contendo o plano terapêutico singular com atividades propostas por cada um dos profissionais que contribuirão com consultas individuais, momentos de escuta, diálogos, entre outros momentos em que se ressalte o tratamento individual. Do mesmo modo, de acordo com suas necessidades, encaixou-se o usuário em grupos desenvolvidos pelos profissionais, em horários semanais preestabelecidos, como: grupos de oração, confecção de artesanato, atividades físicas e alfabetização. Para o usuário que se recusa a participar das atividades grupais e consultas, o plano de atividades oferece um de seus profissionais disponíveis, o qual fica responsável pelo acompanhamento e observação do usuário em questão.

É importante ressaltar que, embora haja uma avaliação inicial para alocação terapêutica do usuário em atividades individuais e grupais, essa prática avaliativa torna-se contínua à medida que o sujeito necessita ser reavaliado mediante sua dinâmica psicossocial individual. Por isso a existência das reuniões semanais da equipe de profissionais para a discussão/reavaliação dos PTS dos usuários, a fim de traçar projeções de curto, médio e longo prazo.

Resultados e Discussão

Embora a aplicação do Plano de Atividades do CAPS ad – Mossoró ainda esteja em processo de adaptação e análises, alguns resultados positivos já são nítidos, como a questão de o profissional olhar individual e subjetivamente cada usuário. Antes do plano de atividades, os usuários estavam sem direção no tratamento, não havia metas, estratégias terapêuticas ou avaliações que indicassem um prognóstico favorável. Atualmente, os usuários estão em processo de reavaliação das necessidades, em que todos os profissionais em conjunto estão trabalhando na terapêutica individual de cada sujeito.

Visando melhores resultados no que diz respeito às intervenções do CAPS ad Mossoró - RN, e pautado nas discussões propostas pelo Ministério da Saúde, buscou-se implementar a forma de tratamento baseado no Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar levando em conta necessidades, expectativas, crenças e contexto social do público alvo, tornando-o assim corresponsável pelo seu tratamento (BRASIL, 2010).

Mais um ponto a ser reconhecido é o acolhimento. Agora, o usuário que procura o Centro, ou é encaminhado a ele, não é impedido na recepção: ele será acolhido pelo profissional integrante da equipe designado ao acolhimento naquele dia da semana, o qual explicará o funcionamento da Unidade e orientará sobre quais procedimentos são necessários para a sua inserção no serviço, já que todos os profissionais da equipe têm atribuições suficientes de acolhida de usuários recém-chegados.

Tais intervenções, baseadas em um acolhimento efetivo, contribuem para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como instrumento da universalidade e equidade, que favorece o acesso aos serviços de saúde e reorganiza os processos de trabalho (BRASIL, 2009). O acolhimento também intervém na qualificação da escuta e na construção de vínculos entre usuários e profissionais, favorecendo harmonia e equilíbrio na instituição. Neste aspecto, tanto um acolhimento efetivo, quanto uma melhor relação de vínculo entre os profissionais e os usuários corroboram com a proposta do PTS, pois ambos, usuário e profissional, são corresponsabilizados pelo tratamento e, por isso, interagem mais na busca de um bem comum: uma saúde mental de qualidade.

Do mesmo modo, observa-se que estabelecimento de reuniões em equipe estimulou a integração entre os profissionais e despertou o interesse na discussão, sob vários olhares, de casos que demandavam mais atenção, gerando aprendizado mútuo e respeito sobre opiniões distintas. Isso porque, é sabido que as reuniões de equipe possibilitam a discussão de casos, o planejamento e avaliação de ações, a troca de conhecimentos, a abordagem interdisciplinar, constituindo-se em mais um recurso fundamental do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). Assim, através desse exercício, cada qual é capaz de compreender seu o papel dentro da equipe e contribuir com estratégias para a terapêutica de cada sujeito analisado.

A inserção do cronograma da instituição também auxilia na inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem educação, saúde, cultura, assistência social e lazer. Uma das estratégias que englobam estas ações se dá no desenvolvimento de semanas temáticas para dinamizar a rotina durante datas comemorativas, como, por exemplo, a Semana dos Pais, a qual aconteceu na semana posterior ao dia dos pais. Esta contou com diversas atividades, desde oficinas coordenadas por convidados – como odontólogos que organizaram rodas de conversa relacionadas ao cuidado bucal, incluindo distribuição de materiais de higiene – até concurso de forró e cantoria. Os relatos dos usuários do CAPS ad Mossoró-RN, os quais em sua maioria são homens, retratam gratidão pelos momentos proporcionados durante a semana, pois muitos não puderam estar com a família, filhos ou pais, por diversos motivos, relatando que agora a “minha família são vocês e o CAPS”.

No entanto, muito mais resultados são almejados pela equipe, como qualificação de todos os profissionais para melhor efetuarem o acolhimento a esta clientela tão peculiar; saber intervir nas mais diversas situações corriqueiras, bem como nas situações mais exacerbadas de crise, como pressupõe o Ministério da Saúde ao orientar a potencializar e qualificação de todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial para se desenvolverem intervenções nas situações de urgência/emergência e no cuidado longitudinal (BRASIL, 2013).

Além das melhorias citadas acima, espera-se também que essas mudanças favoreçam na organização do serviço no que diz respeito ao desenvolvimento de um trabalho em saúde cada vez mais multiprofissional, enfatizando o que de melhor cada profissional tem a oferecer em prol da saúde mental, tanto dos usuários do CAPS ad, quanto dos profissionais que o compõem.

Todas essas intervenções corroboram para uma prática sólida em saúde mental, enfatizando conceitos preconizados pelo SUS, como assistência integral à saúde a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2013), visando uma mudança paradigmática de um sistema de cuidado fragmentado para um serviço baseado, sobretudo, na atuação multiprofissional e holística em torno do usuário com sofrimento psíquico e de suas demandas individuais.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A aplicação de um Plano de Atividades Práticas para o CAPS ad – Mossoró (RN) baseado em conceitos da Clínica Ampliada, a qual leva em consideração o contexto e a necessidade das pessoas que buscam cuidado, enriquece as relações interpessoais entre cuidador e usuário, visto que todos os conceitos envolvidos nesse projeto – PTS, técnico de referência, multidisciplinaridade, participação social – constroem-se a partir do estreitamento de vínculos entre todos os envolvidos, quer sejam usuários, familiares, profissionais da saúde ou de outras instâncias. A corresponsabilização proposta pelo PTS incitou nos participantes dessa construção, sejam os integrantes do PET-Redes, sejam os profissionais e gestão do serviço, uma busca incessante pelo saber, tanto alicerçada no conhecimento científico, quanto àquele vindo do senso comum, trazida com todas as outras particularidades do usuário, com as quais inicialmente não se tem tanta destreza, pelo fato de ser um produto social.

Nessa perspectiva, o vínculo torna-se produto e produtor do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, visto que se faz necessário para uma terapêutica efetiva, bem como para o bem-estar geral da equipe. É por meio do estreitamento do vínculo (usuário-profissional) que o usuário se sente à vontade o suficientemente para demonstrar, tanto nas consultas individuais quanto nos grupos e oficinas, seus anseios e medos, sendo assim mais facilmente detectável pelo profissional situações de risco que envolvam recaídas ou outros problemas emergentes. Por outro lado, o vínculo entre os profissionais permite uma discussão mais fluida acerca da terapêutica dos usuários, promovendo assim um maior sentimento de dedicação e corresponsabilidade pelo trabalho desenvolvido, visto que os resultados positivos são mais nítidos e, desse modo, mais motivadores da equipe.

A proposta da (re)construção do plano de atividades do CAPS ad da cidade de Mossoró-RN ainda está em andamento na busca constante da manutenção da participação de todos os profissionais. Busca-se que essa parceria não se restrinja ao PET-Redes; este também um desafio para o grupo: estimular a participação de outras instituições, como Unidades Básicas de Saúde, escolas/universidades, igrejas, grupos culturais ou filantrópicos e etc., na efetivação de atividades desenvolvidas no CAPS ad, desempenhando assim, ações de intersetorialidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2009.

Agradecimentos

Os nossos agradecimentos são a todos os que compõem a equipe do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial pelo grande empenho na construção do conhecimento em atenção à saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas, além da força de vontade em organizar a rede de atenção psicossocial do município de Mossoró-RN. Devemos gratidão também à equipe de profissionais e aos próprios usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas deste mesmo município pelo apoio e receptividade ao PET-Redes, se mostrando sempre abertos a nossa contribuição e favorecendo também o enriquecimento das nossas discussões.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR.

Eveline Rufino Brasil – UNIFOR; eveline_brasil@hotmail.com

Daniella Barbosa Campos – UNIFOR

Amanda Dias Xerez - UNIFOR

Nilza Carla Barros Cordeiro de Abreu - UNIFOR

Aline Barbosa Texeira–FAMETRO

Isabella Lima Barbosa (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: Educação em Saúde. Adolescentes. Planejamento Familiar.

Resumo

A adolescência é um processo entre a infância e a idade adulta, onde o desenvolvimento da sexualidade exige fundamental importância para o crescimento do indivíduo repercutindo em sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social. Os adolescentes apresentam comportamentos de risco em várias áreas, seja na área nutricional, ao crescimento e desenvolvimento, à violência, saúde mental, álcool e drogas, e principalmente sexualidade. A vulnerabilidade na adolescência é decorrente das características da própria idade, a pouca habilidade para a tomada de decisão, das dificuldades, de suas in experiências ao lidar com seus sentimentos e com sentimentos dos outros. Torna-se relevante que os profissionais de saúde, os educadores e pedagogos utilizem estratégias educativas com o objetivo maior de fornecer conhecimentos acerca da perspectiva dos direitos reprodutivos, informando sobre a importância da consulta de planejamento familiar e dos diferentes métodos contraceptivos. Objetivo: relatar uma experiência a partir de uma educação em saúde com adolescentes acerca de Planejamento Familiar. Metodologia: consta de um relato de experiência, no qual descreve uma educação em saúde preparada especialmente para atingir adolescentes, com enfoque no planejamento familiar. A oficina foi realizada nos períodos de março a abril em uma Escola Estadual De Ensino Fundamental e Médio, pertencente a Secretaria Regional VI, localizada no bairro Cidade dos Funcionários, no município de Fortaleza-CE. A amostra foi composta por 80 alunos que cursavam do 9º ao 3º ano no turno da tarde com faixa etária correspondida entre 14 a 19 anos.

Introdução

A adolescência é um processo entre a infância e a idade adulta, onde o desenvolvimento da sexualidade exige fundamental importância para o crescimento do indivíduo repercutindo em sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social (SILVA, TONETE, 2006).

É um momento de muitas transformações sociais, emocionais, corporais e cognitivas mostrando o desenvolvimento humano nos quais vários jovens iniciam a vida sexual. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a faixa etária de 10 a 19 anos é a adolescência, um processo biológico a qual ocorre uma expansão acelerada do desenvolvimento cognitivo e da personalidade. Esse grupo representa 21,7% da população brasileira, sendo 11,1% entre 10 a 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos (OLIVEIRA, et al, 2007).

Os adolescentes apresentam comportamentos de risco em várias áreas, seja na área nutricional, ao crescimento e desenvolvimento, à violência, saúde mental, álcool e drogas, e principalmente sexualidade. A soma desses padrões de comportamentos expõe os adolescentes a várias doenças, sejam físicas, psíquicas, ou biológicas, principalmente as DSTs (FEIJÓ, OLIVEIRA, 2001).

A vulnerabilidade na adolescência é decorrente das características da própria idade, a pouca habilidade para a tomada de decisão, das dificuldades, de suas in experiências ao lidar com seus sentimentos e com sentimentos dos outros, também na responsabilidade nem sempre existente em relacionamentos afetivos e sexuais. Esses aspectos levam a condições de vulnerabilidade às DST e à AIDS (OLIVEIRA, et al, 2009)

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS entre adolescentes tem crescido o número de diagnósticos nos últimos anos, o que é mostrado no Boletim Epidemiológico de AIDS publicado pelo Ministério da Saúde, houve registro de 362.364 casos de AIDS no Brasil, 4.331 na faixa etária dos 13 aos 19 anos (OLIVEIRA, et al, 2009).

A liberação dos costumes e a erotização da mídia estimulam a iniciação sexual precocemente, isso aumenta as chances dos jovens contraírem DST/AIDS, eles apresentam menor informação e um preparo mais frágil. Dados estatísticos mostram que, os jovens da faixa etária de 10 a 24 anos de idade são um terço das 30 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS (OLIVEIRA, 2009).

Para muitos a saúde representa somente como uma intervenção de uma respectiva doença, havendo a necessidade de incluir ações que proporcionem a conservação ou recuperação do estado de saúde, no qual está relacionado a vários conjuntos, sendo esses psicológicos, socioeconômicos e espirituais (PEDROSA, 2012).

O conhecimento acerca dos métodos contraceptivos pode intervir para que os indivíduos possam escolher qual torna-se mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde e assim usa-lo de forma correta. A liberdade de escolha é de extrema importância para escolha de um método contraceptivo, mas para que este seja selecionado as mulheres precisam conhecê-los e ter acesso a esses. Para isso ocorrer torna-se necessário que estejam disponíveis na rede de saúde pública, para que as mulheres possam ter essa possibilidade de escolha que se encaixem ao seu contexto de vida. (PENAFORTE, 2010)

Em 1996 foi criado um projeto de lei que regulamenta o Planejamento Familiar, a lei estabelece que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), são obrigadas a garantir ao casal, à mulher, ou ao homem, auxílio à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

Diante do exposto torna-se relevante que os profissionais de saúde, os educadores e pedagogos utilizem estratégias educativas com o objetivo maior de fornecer conhecimentos acerca da perspectiva dos direitos reprodutivos, informando sobre a importância da consulta de planejamento familiar e dos diferentes métodos contraceptivos (PENAFORTE, 2010).

A educação surge como uma ferramenta de extrema importância, sendo essa uma combinação de oportunidades e de transmissão de informações concretas, comportamentos e hábitos (PENAFORTE, 2010).

Diante da relevância do tema, faz-se necessária a mobilização da sociedade por meio de programas de saúde ou por educações em saúde, como proposto no presente estudo, possibilitando a este grupo maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver uma postura crítica, consciente acerca da importância da consulta de Planejamento Familiar e adoção de métodos contraceptivos.

A motivação para a realização deste estudo teve como ponto de partida nossa experiência junto ao Projeto de Extensão Universitária *Liga de Estudo da saúde da mulher e do adolescente* (LEMA) em que desenvolvemos atividades de orientação sobre consulta de Planejamento Familiar e métodos contraceptivos com uma população de adolescentes e jovens que frequentam uma escola estadual de

Fortaleza.

Com esse estudo, objetivou-se relatar uma experiência a partir de uma educação em saúde com adolescentes acerca de Planejamento Familiar em uma escola Estadual no Município de Fortaleza-Ceará.

Metodologia

O caminho metodológico escolhido foi o relato de experiência que descreve uma educação em saúde que segundo Kawamoto (1995) é uma ação básica cujo objetivo é descrever uma educação em saúde preparada especialmente para atingir adolescentes, com enfoque no Planejamento Familiar

A atividade educativa ocorreu em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio, pertencente a Secretaria Regional VI (SER-VI), localizada no bairro Cidade dos Funcionários, no município de Fortaleza-CE no período de Abril a Junho de 2014.

Para efetivação da oficina, inicialmente buscou-se uma fundamentação teórica acerca do tema objetivando criar estratégias que tornassem a oficina mais atrativa para os adolescentes, ocorreram nove reuniões com a duração total de 36 horas desempenhadas no período de fevereiro a maio de 2014. Durante os encontros houve uma exposição do tema, confecção do material educativo, criação das dinâmicas, escolha dos vídeos, elaboração do questionário e brindes pelas facilitadoras.

Os sujeitos da pesquisa foi composta por 80 alunos que cursavam do 9º ao 3º ano no turno da tarde com faixa etária correspondida entre 14 a 19 anos. Os dados foram analisados a partir de literatura pertinente com a temática.

Resultados e Discussão

As oficinas iniciaram às 08:00 horas e terminaram às 09:30 horas, equivale ao primeiro tempo de aula dos jovens. Os adolescentes compareceram a sala e para iniciarmos, realizamos uma dinâmica quebra-gelo, para poder com o objetivo de integrar melhor o grupo de Para o melhor desdobramento da Educação em Saúde, essa foi dividida em três etapas. Iniciou-se a atividade educativa com uma dinâmica, com o objetivo de integrar melhor o grupo de adolescentes com as facilitadoras, a dinâmica consiste em oferecer uma caixa que contém um desafio no seu interior, com uma música tocando, cada adolescente passa a caixa para o seu vizinho, e no momento em que a música cessa, a pessoa que está com a caixa na mão, decide se quer abrir a caixa, no entanto, se ela escolhe abrir a caixa, obrigatoriamente deverá cumprir o desafio, entretanto o desafio é comer o chocolate que está dentro da caixa. Com essa dinâmica demonstramos que algumas pessoas têm receios de desafios, mas que alguns desafios podem ser muito prazerosos.

Seguimos com a explanação do assunto em duas estações, onde os adolescentes foram divididos em dois subgrupos. A primeira a primeira contava com duas voluntárias que abordavam a respeito do planejamento familiar com enfoque nos direitos sexuais dos adolescentes, como ocorria a consulta, qual profissional realizava a consulta, onde poderia encontrar.

A segunda estação era composta por dois voluntários e constava com um álbum seriado contendo todos os métodos contraceptivos, camisinha feminina e masculina, dispositivo intra uterino (D.I.U), diafragma, pílulas anticoncepcionais e injetáveis. Houve uma explanação dos mesmos, relatando o modo de uso de cada um com as respectivas vantagens e desvantagens, incentivando uma discussão participativa de todos.

Cada estação tinha duração de 40 minutos para explanação do conteúdo e a realização de uma dinâmica para fixação do mesmo, com distribuição de brindes. Ao final todos haviam percorrido as duas estações e acessado o conteúdo completo da oficina.

Por fim foram distribuídos dois dominós sobre planejamento familiar, onde os jovens deveriam fixar todo o conhecimento adquirido, o grupo que finalizassem primeiro seria o vencedor, para finalizar foi aplicado um questionário contendo: dados sociodemográficos, questões específicas do tema abordado e questões avaliativas.

No encerramento da atividade foi solicitado que os adolescentes fizessem uma rápida avaliação da atividade e todos concordaram da importância das ações de educação em saúde e ressaltaram o valor dos processos de capacitação permanente e orientações gerais sobre os principais temas de saúde para que pudessem estar atualizados e assegurados.

Conclusão

Concluimos a importância da abordagem do tema nas oficinas, uma vez que desperta interesse nos alunos da instituição. Percebeu-se que a oficina educativa auxiliou no conhecimento dos adolescentes, favorecendo uma maior responsabilidade acerca das relações sexuais, como foi ressaltado nas oficinas. O apoio da monitoria foi fundamental para a realização das oficinas e desenvolvimento do relatório.

Ressalta-se a necessidade da construção de novas oficinas educativas, através do planejamento e implementação, visto que estas são importantes para o desenvolvimento acadêmico, bem como, no emponderamento dos adolescentes frente a saúde sexual.

Referências

FEIJÓ, R.B.; OLIVEIRA, E.A. Comportamento de risco na adolescência. J Pediatr. Rio de Janeiro. 2001; 77 (supl.2):S125-S134.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das dst/hiv/aids em duas escolas públicas municipais do rio de janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro,

PENAFORTE, M.C.L.F. *et al.* CONHECIMENTO, USO E ESCOLHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR UM GRUPO DE MULHERES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM TERESÓPOLIS/RJ; Cogitare enferm. vol.15 no.1 Curitiba enero/mar. 2010

SILVA, Lúcia; TONETE, Vera L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):199-20.2009 out-dez; 13 (4): 833-41

Agradecimentos

Agradecemos ao Projeto de Extensão e Ensino da Saúde da Mulher e do Adolescente e a nossa professora Raimunda Magalhães pela oportunidade de participar desse projeto.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE AO PRECONCEITO CONTRA PESSOAS PORTADORAS DE HANSENÍASE

Brenda Duarte Façanha – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) brendafacanha5@hotmail.com

Bruna Alda Colares Botelho – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Ryvanne Paulino Rocha – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Karla Maria Carneiro Rolim – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Educação em saúde. Hanseníase. Preconceito. Enfermagem.

Resumo

A hanseníase é uma doença contagiosa caracterizada como um problema de saúde pública. Objetivou-se destacar a educação em saúde como ferramenta de informação acerca da doença a população. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir de uma revisão integrativa de artigos científicos em base de dados da Scielo e LILACS. no período de julho a agosto de 2014, foram utilizados na coleta de dados os descritores: “Educação em saúde”, “Hanseníase”, “Preconceito” e “Enfermagem”. Por se tratar de uma doença milenar, ainda hoje existe muito preconceito com o portador de hanseníase. Conclui-se que é importante a ação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro por estar em maior contato com a população dando-lhes informações como modo de transmissão, modo de adoecer e tratamento, em conjunto com os familiares para que se possam desmistificar os estigmas estabelecidos por essa doença no decorrer dos anos.

Introdução

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium Leprae* que afeta principalmente os nervos periféricos. Sua transmissão ocorre por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, pelas vias aéreas superiores, secreções nasais e saliva, eliminando o bacilo para o meio exterior infectando pessoas suscetíveis (NUNES, 2008).

Essa doença acomete principalmente os nervos periféricos causando um déficit parcial ou total da sensibilidade nas áreas com a inervação afetada. Caso não seja diagnosticada e tratada precocemente a hanseníase pode levar a incapacidades como: mãos e pés insensíveis, fazendo com que ocorram ferimentos, úlceras e fissuras podendo destruir a pele e, até mesmo, os ossos, provocando deformidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Consoante pesquisadores, o diagnóstico da hanseníase é realizado através de um exame dermatoneurológico, disponível nos serviços de atenção básica a saúde. No momento do diagnóstico já é feita uma classificação das lesões existentes na pele, para que já seja determinado o tempo de tratamento, variando de 6 a 12 meses (NUNES, 2008).

O preconceito à pessoas com hanseníase vem desde épocas milenares, quando era considerada uma doença contagiosa, incurável e mutilante. Os portadores de hanseníase eram isolados em hospitais-colônias, sendo obrigados a conviver com pessoas com outras enfermidades, fazendo com outros doentes contraíssem a hanseníase e os portadores de hanseníase contraíssem outras doenças (CID *et al.*, 2012).

Atualmente ainda perdura a discriminação ao portador de hanseníase, principalmente devido à falta de informação acerca dessa doença em relação ao seu tratamento e cura (CID *et al.*, 2012). Por isso, o enfermeiro tem um papel importante nos esclarecimentos à população sobre essa doença por meio da educação em saúde, principalmente na atenção primária.

O objetivo desse estudo é salientar a importância da educação em saúde pelo enfermeiro ao tratar-se da hanseníase, que por ser uma doença infecto-contagiosa, ainda acarreta muito preconceito ao seu portador, levando-o ao isolamento social que traz como principal consequência a depressão.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa na qual o método para coleta de dados qualitativos foi o levantamento bibliográfico por meio de busca eletrônica de artigos na base de dados Scielo e LILACS, no período de julho a agosto de 2014. Os descritores utilizados na coleta de dados foram: “Educação em saúde”, “Hanseníase”, “Preconceito” e “Enfermagem”. A revisão integrativa tem ganho amplo espaço na área da enfermagem. Essa revisão de literatura faz com que o pesquisador sintetize os resultados de várias pesquisas sem ferir os resultados de cada um dos autores, contribuindo para um melhor conhecimento dos profissionais da enfermagem, causando uma conseqüente melhora no cuidado proporcionado (SOARES *et al.*, 2014).

Resultados e Discussão

Foram encontrados dez artigos em língua portuguesa, para efetivar a pesquisa foram utilizados sete artigos.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a hanseníase é um dos mais antigos problemas de saúde pública do Brasil e um importante desafio para as autoridades, pois além do transtorno causado pela doença devido às deformidades que ela gera na pessoa, o portador da hanseníase também é marcado pela repercussão psicológica.

De acordo com Cid *et al.*, (2012) o estigma criado antigamente a respeito das pessoas portadoras de hanseníase ainda persiste até os dias atuais devido à falta de conhecimento da população sobre a doença. Desta forma, os doentes acabam sofrendo exclusão social, que muitas vezes abalam seu psicológico, levando-os a ter preconceito deles mesmos.

Duarte, Ayres e Simonetti (2009) salientam que a principal estratégia de controle dessa doença é a adesão ao tratamento, pois logo que iniciado ele interrompe a transmissão da doença prevenindo as incapacidades físicas e não oferecendo risco as pessoas que rodeiam o portador dessa doença.

Foi possível notar como o preconceito contra a pessoa que possui hanseníase ainda existe através de um relato feito por um dos entrevistados de Cid *et al.*, (2012) que disse que ao comparecer em uma entrevista de emprego contou que teria de se ausentar do trabalho uma vez ao mês para poder realizar o tratamento da hanseníase, e logo após isso afirmaram a ele que a vaga já havia sido preenchida. Isso ocorre porque ainda hoje as pessoas têm a tendência natural de associar a hanseníase com a lepra, que na antiguidade era uma doença sem cura. Mesmo com a descoberta da cura esse tipo de associação ainda não deixou de existir.

É necessária uma formação humanística pelos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, que vai ser o profissional que estará em maior contato com o doente. Então é importante que esse profissional esteja apto a orientar não somente ao paciente sobre a doença, mas também aos seus familiares e à comunidade em que o paciente se insere. (CID *et al.*, 2012).

Para Silva e Paz (2010) é de suma importância que os usuários dos serviços de saúde sejam incluídos em atividades de educação em saúde para que eles tenham um esclarecimento maior sobre a hanseníase. Assim, com mais pessoas com essas

informações, menos será o preconceito com esses doentes e melhor vai ser o enfrentamento por parte deles na luta para conseguir a cura.

Nunes, Oliveira e Vieira (2008) relatam que a educação em saúde deve ser estendida até as famílias, e que essa doença não seja caracterizada como um horror tanto para o paciente quanto para sua família. Por isso a importância dos familiares serem informados, para que as mesmas sejam uma fonte apoio, ajudando ao portador de hanseníase não abandone o tratamento.

Os profissionais da área da saúde, principalmente o enfermeiro, precisam instruir a população em geral a respeito da hanseníase, não somente instruir os que estão em tratamento, mas, também, aqueles que não conseguem conviver com os portadores, devido ao medo que essa doença provoca nas pessoas. Nas atividades de educação em saúde o enfermeiro deve explicar medidas de prevenção, modo de adoecer e como se dá o tratamento do doente. Dever ser ressaltado que uma vez iniciado o tratamento contra a hanseníase, essa pessoa fica incapaz de transmitir a doença para os outros.

Conclusão

Após a realização desta revisão integrativa da literatura, e da análise de dados dos artigos utilizados, podemos analisar a repercussão que a Hanseníase causa na vida de seus portadores, percebendo-se também que poucos possuem conhecimento a respeito da doença. Pessoas portadoras de Hanseníase, mesmo em tratamento, são abaladas fisicamente e emocionalmente, pois sofrem muito preconceito, até mesmo de seus próprios familiares, e por isso acabam em um isolamento social, o que acarreta a depressão. A família é considerada a principal fonte de apoio dos portadores no enfrentamento da doença, o que nem sempre acontece. O que leva o profissional da saúde a ter um aumento da responsabilidade na atenção a esse paciente.

O enfermeiro não pode trabalhar apenas de forma tecnicista, precisa lidar também de forma humanizada. Com isso, ele deve procurar ter uma interação com a família e a comunidade em que esse portador vive, fazendo assim uso da Educação em Saúde.

Ações de educação em saúde são indispensáveis na assistência aos portadores de Hanseníase, pois faz com que estes passem a ter novamente uma interação social, buscando assim eliminar o preconceito para com esses portadores. É necessário que o profissional de saúde faça uso de uma linguagem clara e condizente com sua clientela para que as informações em saúde sejam devidamente compreendidas. Uma forma interessante de prestar essa assistência é através de rodas de conversas entre o portador, profissionais de saúde, familiares e comunidades, possibilitando a troca de saberes e experiências entre os envolvidos, apontando também as informações acerca da doença e seu tratamento, esclarecendo dúvidas e auxiliando no enfrentamento da hanseníase.

Portando, o enfermeiro deve estar consciente da importância de seu papel no tratamento contra a Hanseníase e no fim do preconceito para com seus portadores, vale ressaltar que a educação em saúde não é apenas de responsabilidade do enfermeiro, mas sim de uma equipe multiprofissional de saúde.

Referências

CID, Renata Dias de Souza et al. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. Rev Rene, Fortaleza, v. 13, n. 5, p.1004-1014, 2012.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J. .; SIMONETTI, J..Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, p.100-107, 2009.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil em 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

NUNES, J.M; OLIVEIRA E.N.; VIEIRA N.F.C. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. Rev Rene, 2008; 9(4):99-106.

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, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.223-229, 2010.

SOARES, C.B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p.335-345, 2014.

LUNA, I.T. *et al.* Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. Revista Brasileira de Enfermagem, Fortaleza, v. 63, n. 6, p.983-990, 2010.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade de Fortaleza pela oportunidade que nos foi dada, e a nossa orientadora Karla Maria Carneiro Rolim pelas orientações para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, nos disponibilizando seu tempo e paciência para que o mesmo fosse construído de acordo com as normas pré-estabelecidas desse evento.

A EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES POR DOCENTES DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz - UFPI (aacelino@hotmail.com)

Álvaro Francisco Lopes de Sousa - UFPI

Jairo José de Moura Feitosa - UFPI

Autor 4 – Instituição

Autor 5 – Instituição

Dra. Inez Sampaio Nery (Orientador) – UFPI

Palavras-chave: Educação sexual. Sexualidade. Adolescente.

Resumo

A adolescência é um período de desenvolvimento, marcado por transformações físicas, biológicas e psicológicas. É uma fase de conflitos, que exige sensibilidade na abordagem de determinados assuntos, como sexualidade. No ambiente escolar o professor é a principal ferramenta para execução de medidas de educação sexual já que é símbolo de sabedoria e conhecimento, e também o mais próximo aos jovens, logo o mais indicado para desenvolver esse diálogo. Foram entrevistados professores que lecionam disciplinas do o currículo escolar fundamental e médio. Para coleta de dados foi utilizado roteiro semi-estruturado contendo questões referentes aos dados socioeconômico, demográfico e questões específicas sobre a temática. Após as entrevistas analisou-se as falas dos depoentes agrupando-as em categorias por semelhança de conteúdo. Interpretou-se que as demonstrações de sexualidade percebidas pelos professores ainda são ligadas ao sexo, o que revela que os docentes têm dificuldades em diferenciar os dois conceitos. Os professores reportaram necessidade de atualizar-se no tema, enquanto outros acreditam que a responsabilidade cabe aos professores das ciências naturais. A abordagem utilizada pelos professores baseia-se na transmissão vertical de conhecimento. Embasado em aspectos biológicos sem considerar as vivências particulares dos adolescentes e seus aspectos subjetivos e particulares. A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada na adolescência são assuntos imprescindíveis a serem discutidos, mas sexualidade descoberta por esses adolescentes não se limita a isso. Ainda se faz necessário que a escola, crie um ambiente seguro e acolhedor aonde os jovens possam esclarecer suas dúvidas e se tornar disseminadores de conhecimento

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento, marcado por transformações físicas, biológicas e psicológicas.

Neste período tem-se início a puberdade, a idade reprodutiva e as questões sexuais tornam-se mais evidentes e marcantes, os indivíduos podem assumir comportamentos de riscos, sem estarem preparados para isto, e assim, contribuir para o aumento da suscetibilidade de infecção por Doenças sexualmente transmissíveis (DST's) ou uma gravidez indesejada (Gurgel, 2008).

É uma fase de conflitos, que exige a sensibilidade na abordagem de determinados assuntos como a sexualidade. Isto por que o tema é ainda cercado de mitos, tabus, valores, crenças e estereótipos que contribuem para uma visão distorcida e dissociada da realidade.

Entende-se que para o jovem é difícil processar essas informações e qualificá-las, visto que os mesmos ainda não possuem discernimento ou experiência no tema, inédito até então em suas vidas. Assim, tornasse necessário um mediador neste processo, visando à proteção destes jovens, representados principalmente pela família e escola por se tratar das instituições mais próximas destes jovens e que podem atuar como mediadoras entre as informações que estes possuem e o que é efetivamente benéfico para os mesmos.

No ambiente escolar o professor é a principal ferramenta para execução destas medidas de educação sexual já que é símbolo de sabedoria e conhecimento, e também o mais próximo aos jovens, logo o mais indicado para desenvolver esse diálogo.

As escolas devem trabalhar a educação sexual em todo o território nacional, com base na Lei de nº 60/2009 acrescenta-se a isto a necessidade de que esse diálogo seja feito por todos os professores independente da disciplina, com base no que preconiza os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), ao sugerir que a abordagem da sexualidade deva ser feita com base na transversalidade dos conteúdos.

Com base no objeto de estudo deste estudo que se define nas vivências dos professores em sala de aula e seu contato com o tema sexualidade, este estudo objetiva levantar o conhecimentos dos professores sobre a sexualidade, bem como o seu conhecimento sobre o assunto, para que possa servir como subsídios para o desenvolvimento de práticas de Educação em saúde, fornecendo subsídios para intervenções voltadas para a promoção da saúde sexual destes adolescentes por meio de estratégias de educação em saúde.

Metodologia

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um Centro de Educação Comunitária que atende X alunos em uma capital do Nordeste brasileiro. A escolha da escola se deu pela mesma contar com alunos da X série a Y série, de diferentes bairros desta capital.

A pesquisa contou com professores que lecionam as mais variadas disciplinas que compõem o currículo escolar fundamental e médio: Biologia, Ciências, Geografia, Inglês e Português, Artes, Matemática, Educação Física, Química, Física e História.

Para coleta de dados foi utilizado roteiro semi-estruturado contendo questões referentes aos dados socioeconômico, demográfico e questões específicas sobre a temática. Utilizou-se a técnica de entrevistas, gravando-se todas as falas.

Resultados e Discussão

A análise das falas dos entrevistados permitiu levantar 4 unidades de significado: “A importância da abordagem do tema na Escola”, “Demonstrações de Sexualidade pelos alunos”, “O Papel dos professores na Educação sexual dos alunos” e “Como a escola deve tratar o tema?”, as quais foram discutidas a partir de uma revisão da literatura sobre o tema.

A importância da abordagem do tema na Escola

“É de suma importância falar nesse tema, por que aí você evita problemas como a gravidez indesejada, DST...” (PROFESSOR 01)

“Nos dias de hoje os adolescentes ingressam muito mais cedo nas atividades sexuais. Por isso é bom ter orientação para que eles tenham sexo seguro, para evitar doenças sexualmente transmissíveis, gravidez...” (PROFESSOR 02)

“Sim! Primeiramente pra evitar as doenças sexualmente transmissíveis e também evitar ficar grávida...” (PROFESSOR 06)

As maiores demonstrações de sexualidade percebidas pelos professores ainda são ligadas ao sexo, o que revela que até mesmo os docentes ainda têm dificuldades em diferenciar aqueles dois conceitos.

Demonstrações de Sexualidade pelos alunos

“Agora a pouco tive uma experiência na sala de aula, uma menina de 13 anos, já fez aborto duas vezes.” (PROFESSOR 05)

“A gente sempre sabe de alguma aluna que se precipitou e teve que abortar” (PROFESSOR 01)

“Infelizmente aborto é comum aqui...” (PROFESSOR 06)

“Hoje em dia os meninos tão tudo adiantado nessas questões de namoro” (PROFESSOR 08)

Quando indagados sobre qual o seu papel na educação sexual dos alunos, os professores reportaram a necessidade de atualizar-se no tema, enquanto outros acreditam que a responsabilidade na escola cabe aos professores das ciências naturais, principalmente a Biologia. O abortamento, juntamente com a masturbação e outros assuntos pertinentes ao ato sexual, faz parte de uma série de tabus ao qual se atribui o entendimento de que falar sobre o assunto é um estímulo a prática (Jardim-2006).

A falta de orientação, e esclarecimentos a cerca dos métodos contraceptivos, as fontes de informação desacreditadas e a forma como essas informações são repassadas pautadas no discurso objetivo e voltada apenas para a exposição de ideias prontas e absolutas, são associadas à baixa adesão dos jovens aos métodos contraceptivos.

Por se tratar de uma temática complexa e multidimensional a sexualidade ainda é cercada de dúvidas pelos próprios professores. Exemplos disto são os achados desta pesquisa em alinhamento com outros estudos onde os professores revelam dificuldade na abordagem do tema e não se sentem seguros para aprofundamento do mesmo em sala de aula.

Isto se dá devido à falta de atualização do corpo docente da maioria das escolas brasileiras sobre o tema. Jardim, corrobora com estes dados ao revelar em seus achados que apenas 73% dos professores pesquisados nunca haviam participado de nenhum tipo de treinamento ou capacitação para falar sobre sexualidade no espaço escolar, o que responde o alto índice de insegurança com o assunto.

Conclusão

A abordagem utilizada pelos professores baseia-se em uma transmissão vertical de conhecimento. Embasado principalmente em aspectos biológicos (gravidez, DSTs) sem considerar as vivências particulares dos adolescentes e seus aspectos subjetivos e particulares.

Ainda que a prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada na adolescência sejam de fato, assuntos imprescindíveis a serem discutidos, sexualidade descoberta por esses adolescentes não se limita a isso. A fragilidade deste em grupo ao lidar com os seus sentimentos e com os sentimentos dos outros, bem como a responsabilidade em desenvolvimento ao se envolverem em relacionamentos afetivos e sexuais.

Ainda se faz necessário que a escola, em seu papel de entidade educadora, crie um ambiente seguro e acolhedor onde os jovens possam esclarecer suas dúvidas e possam se tornar disseminadores de conhecimento.

Referências

GURGEL, M. G. I. et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 12, n. 4, p. 800–806, dez. 2008.

JARDIM, D. P.; BRÊTAS, J. R. DA S. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira - SP. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 2, p. 157–162, abr. 2006.

Agradecimentos

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

A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM FOCO NA SAÚDE MENTAL

Autor 1 Denise Paiva Martins (apresentador) – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza e Email: Denise_paivamartins@hotmail.com

Autor 2 Hozania Oliveira Domingos – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 3 Ivana Barros Pontes – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 4 Lucas Alves Mourão - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 5 Mirlene Souza Santos Soares – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 6 Ana Ruth Macêdo (Orientador) — Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Palavras-chave: saúde mental; promoção da saúde; enfermagem

Resumo

Objetivo: Analisar a produção científica de artigos e livros sobre a atuação da enfermagem na promoção da saúde mental. Metodologia: Optou-se por uma revisão bibliográfica, com levantamento de dados realizado no banco de dados do Scielo e BDENF, Medline, selecionaram-se 8 artigos de 2003 a 2014, em idioma em português, abordando a promoção da saúde mental. O levantamento bibliográfico foi realizado em agosto de 2014. Resultado: A enfermagem exerce um papel fundamental na saúde mental considerando a prevenção, a promoção, a proteção e a educação em saúde. Os cuidados eram com foco no somático e para a satisfação de necessidades elementares. Porém enfatiza-se que o profissional deve ouvir o paciente, compreender as queixas, incentivá-lo para que seja dada a continuidade ao tratamento. Conclusão: Conclui-se que a enfermagem, direciona suas atividades de forma diferenciada no tratamento aos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, ações voltadas à individualidade do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários.

Introdução

A Saúde Mental de uma pessoa está relacionada a maneira como ela reage às cobranças e obrigações da vida e ao modo como se comporta perante seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. Estar saudável em saúde mental é apresentar o bem consigo mesmo, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções agradáveis ou não que fazem parte da vida, e poder reconhecer seus limites, sabendo buscar ajuda quando necessário.

Um dos modos de intervir da enfermagem se dá como educador e promotor da saúde, podendo atuar no acompanhamento em todos os níveis de assistência, no que diz respeito ao estado biopsicossocial do paciente. Grandes pesquisadores como Hildergard Peplau e Joyce Travelbee são de grande importância para a Enfermagem e Saúde Mental, pois buscaram unir a forma do tratar terapêutico com o cuidado holístico ao paciente, sistematizando o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Para tanto este estudo buscou analisar a produção científica de artigos e livros sobre a atuação da enfermagem na promoção da saúde mental.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em análises de estudos descritivos e qualitativos já realizados, pesquisado na base de dados Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), Scielo e Medline. A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português, com publicação no período de 2003 a 2014 e que abordem da temática relativa à saúde mental, promoção da saúde e enfermagem. Foram encontrados 8 artigos. Foram excluídos os estudos que estivessem duplicados, as teses e dissertações. O levantamento das pesquisas foi realizado em Agosto de 2014.

Resultados e Discussão

Para caracterizar a pesquisa foram realizadas diversas leituras com o propósito de identificar atuação da enfermagem na promoção da saúde mental. Os artigos referem a assistência em enfermagem a pacientes mentais, sempre baseados na teoria de Hildergard Peplau e Joyce Travelbee.

A abordagem grupal é um modo de assistir em Saúde Mental, em que enfermeiro se torna um profissional autônomo, conhecedor dos benefícios à natureza humana, bem como dos seus limites teóricos e práticos (SOUZA, et al, 2004).

Segundo Peplau o processo de relação do enfermeiro com o cliente, a teórica ressalta quatro fases de atuação no processo de enfermagem que deverá ser educativo e terapêutico: orientação, identificação, exploração e resolução, cada fase se caracteriza por papéis ou funções desempenhadas pelo enfermeiro ou cliente à medida que os mesmos aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver suas dificuldades (PEPLAU, 1993). Essas fases interrelacionam-se e variam quanto a duração temporal à medida que o processo evolui para o encontro de uma solução, apresentando momentos sobrepostos.

A enfermagem exerce um papel fundamental na saúde mental considerando a prevenção, a promoção, a proteção e a educação. Os cuidados eram com foco no somático e para a satisfação de necessidades elementares. Porém enfatiza que o profissional deve ouvir o paciente, compreender as queixas, incentivá-lo para que seja dada a continuidade ao tratamento. Além disso, o enfermeiro deve verificar-se os medicamentos prescritos estão sendo realmente administrado de forma correta, tendo em vista também a inserção do paciente na sociedade (LIMA, 2010).

A educação em saúde tem a função de exercer a promoção da socialização para que haja estímulo ao auto cuidado. Estudos demonstram a vasta utilização de grupos dirigidos às atividades assistenciais realizadas no âmbito da saúde, que vão desde ações de promoção até as de reabilitação de pessoas. A orientação da família deve ter um controle acompanhado por parte da equipe para que haja a prestação de informações e o apoio à condutas e práticas que promova a saúde mental (LOPES, et al, 2009).

A enfermagem é de grande relevância para o cuidado das pessoas com transtorno mental porque fornece subsídios necessários aos envolvidos, além de o profissional enfermeiro traçar planos de cuidados individualizados, objetivando sempre a melhora do paciente e do bem-estar da família, e de uma convivência mais harmônica em sociedade.

Conclusão

Conclui-se que a enfermagem, direciona suas atividades de forma diferenciada no tratamento aos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, ações voltadas à individualidade do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários.

Cabe aos profissionais de saúde refletir sobre suas intervenções junto ao paciente que sofre de transtorno mental e seus familiares, identificando as necessidades desses grupos. Para isso, o profissional deve buscar espaços de produção do acolhimento, espaços que possibilitem a solidariedade, a afetividade, à compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, enfim, espaços que promovam a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo.

Referências

MACÊDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto contexto - enferm.*, Dez 2004, vol.13, no.4, p.585-592.

MACÊDO, Virgílio César Dourado de ; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto contexto - enferm.*, Jun 2006, vol.15, no.2, p.222-230.

BRAGA, Gimene Cardozo; SILVEIRA, Esalva Maria; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; PORTO, Adrize Rutz. Promoção em saúde mental: a enfermagem criando e intervindo com histórias infantis. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2011, vol.32, n.1, pp. 121-128.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. *Rev. bras. enferm.*, Jun 2003, vol.56, no.3, p.230-235.

SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz; W Aidman, Maria Angélica Pagliarini "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. *Esc. Anna Nery*, Jun 2011, vol.15, no.2, p.291-299.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes .A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.6, pp. 738-741.

MORAES, Leila Memória Paiva; LOPES, Marcos Vinícius de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta paul. enferm.* [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 228-233.

Waidama, M. A. P.; EILSEN I, Marconi SS. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006;8(2):282-91.

LIMA, C. Apostila de Enfermagem Psiquiátrica. Betim: Fundação Comunitária Tricordiana de Educação. Universidade Vale do Rio Verde, Unincor, 2010.

LOPES, G.T.; LEMOS, B.K.J.; LIMA, H. B.; CORDEIRO, B. R. C.; LIMA, L. S. V. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Ver Bras Enferm*, Brasília, v. 62, n.4, p. 518-23, jul./ago.2009.

Agradecimentos

A Deus, ser infinito, perfeito e criador do universo, que tanto nos dá força para vencer todos os obstáculos e por todos os êxitos alcançados. A professora Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro, pela orientação e realização do presente trabalho. E aos meus companheiros coautores desse presente trabalho, pela motivação e dedicação.

A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO HUMANO E NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Thais Dayana Santos Araújo – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (thaisaraujoenfer@gmail.com)

Yago Beserra Marinho Martins – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Vanessa Danielle da Silva Matias – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Gustavo Phillipe Rocha de Lima – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Janaina Ferro Pereira – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Palavras-chave: Aleitamento humano. Promoção da saúde. Desmame precoce.

Resumo

A enfermagem possui papel fundamental na promoção do aleitamento humano e na prevenção do desmame precoce. Para tanto, tais profissionais precisam estar convictos de que o leite humano é o melhor alimento para o lactente, de forma a ajudar as nutriz es a evitar o abandono dessa prática ao surgimento de qualquer entrave. Desta feita, compreendo a importância do aleitamento humano para a formação biológica e emocional da criança, e o papel educativo e promotor da saúde dos profissionais de enfermagem, decidimos refletir acerca da importância da atuação do enfermeiro na promoção da saúde materno-neonatal, no tangente ao aleitamento. Trata-se, portanto, de uma revisão integrativa da literatura.

Introdução

Amamentar é um ato que propicia o contato pele a pele entre mãe e filho, aumentando assim o vínculo entre os dois. Quando a amamentação é feita com amor, sem pressa, o bebê percebe não apenas o conforto de ter suas necessidades satisfeitas, mas sente-se envolto nos braços da mãe, deriva o prazer de ouvir a sua voz, sentir o cheiro e perceber os carinhos e carícias de sua genitora. Isso, por certo, dá enorme conforto ao bebê (Antunes *et al.*, 2008).

O leite humano é, incontestavelmente, o melhor alimento para o lactente, especialmente nos seis primeiros meses de vida, quando deve ser ofertado de forma exclusiva, uma vez que possua benefícios superiores aos demais leites. O leite humano é rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, com vantagens nutritivas, além de ser o responsável por promover o crescimento e desenvolvimento, e por influenciar no futuro desempenho escolar da criança (Frota *et al.*, 2009).

Ao se analisar a composição do leite, é possível distinguir a existência de quatro tipos de leite, que se apresentam com características bioquímicas diferentes e adequadas a um determinado período de vida da criança. Durante a gestação, a glândula mamária produz uma substância denominada de pré-colostro, a qual é acumulada no lúmen dos alvéolos, e tem em sua composição principalmente exsudato do plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, soroalbumina, sódio, cloro e uma pequena quantidade de lactose (BARROS, 2002, p. 320).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e, posteriormente, tem a função de prover necessidades nutricionais. Os lactentes devem começar a receber alimentação complementar adequada, mas dar continuidade com o leite materno até os dois anos, uma vez que este seja econômico e auxilie no combate à desnutrição e à mortalidade infantil por doenças prevalentes na infância, como diarreia e pneumonia (Brasil, 2003 *apud* Frota *et al.*, 2009). Desta feita, a OMS adota as seguintes categorias: AME; aleitamento materno predominante; aleitamento materno e aleitamento materno complementado (Duncan *et al.*, 2002 *apud* Frota *et al.*, 2009).

Há uma redução de custos considerável para os serviços de saúde quando a criança é aleitada exclusivamente, pelo menos pelos 6 primeiros meses de vida, pois já existem evidências que comprovam a forte associação entre o aleitamento humano e menor risco de infecções do trato respiratório baixo bem como entre tempo de amamentação e esse tipo de enfermidade (Wright, 1998 *apud* Spinelli *et al.*, 2002).

Contudo, apesar de ressaltados os benefícios que o ato de amamentar traz para mamãe e bebê, percebe-se o abandono desse ato por parte de muitas mães. Entre os fatores predisponentes do desmame precoce, nota-se: referência ao choro e à fome da criança; insuficiência do leite materno; trabalho das mães fora de casa; problemas relacionados às mamas e recusa ao seio, por parte da criança, como opções para a introdução de outros alimentos precocemente. Por outro lado, salienta-se novamente que a composição do leite materno é ideal para alimentar e nutrir exclusivamente a criança até os 6 meses de vida, haja vista que a maioria dos lactentes cresce dentro dos padrões de normalidade e são saudáveis (Frota *et al.*, 2009).

O leite fraco é uma das construções sociais mais recorridas para explicar o abandono da amamentação, fundamentada no movimento higienista do século XIX, esta concepção busca responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpá-la pelo desmame. Nessa égide, mulheres de várias culturas relatam o leite fraco como razão para o desmame. Sob o prisma biológico, o leite materno é ideal, sendo raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação (Frota *et al.*, 2009).

Compreendendo a composição e a importância do leite humano para a formação do bebê (biológica e psicológica), decidimos discutir a importância do enfermeiro na prevenção do desmame precoce, uma vez que estes profissionais sejam os responsáveis por promover a saúde das populações, nesse caso, a saúde neonatal. Por isso, é dever dos profissionais propor novas alternativas quanto ao modo de repassar seus conhecimentos às nutriz es. A visita domiciliar, por exemplo, é uma ótima sugestão, pois possibilita conhecer a realidade das puérperas e sua família e conhecer suas ações e crenças, possibilitando a avaliação das condições ambientais, físicas, habitação e saneamento, além de fortalecer o vínculo entre profissional e paciente. Além disso, permite promover a qualidade de vida pela prevenção de doenças e promoção da saúde (Parizzoto e Zorzi, 2008).

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa a respeito do papel do enfermeiro na promoção do aleitamento e na prevenção do desmame precoce. Para tanto, serão utilizados artigos e bibliografia sobre a temática proposta.

Resultados e Discussão

O desmame ou a inserção de outros alimentos justifica-se por alguns fatores, como: deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe, mudanças na estrutura familiar, nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, representando uma associação entre fatores maternos, do recém-nascido e o contexto em que se encontram (Frota *et al.*, 2009).

Os motivos que fazem com que as mães a decidam sobre a amamentação podem estar ligados a cultura, estilo de vida e influência da

sociedade. Mesmo que seja um processo biológico, as mães necessitam ser informadas quanto às vantagens do aleitamento humano exclusivo e acerca das desvantagens do desmame precoce (Frota *et al.*, 2009).

Estudos realizados mostram que vários são os motivos que contribuem para cessação da amamentação, uma vez que esta não seja concretizada somente por instinto, mas por aprendizado. Contudo, a maior parte das nutrizes enfrenta dificuldades relacionadas à técnica incorreta de amamentação, o que incluem mamilos doloridos, trauma mamilar, ingurgitamento mamário, baixa produção de leite, mastite, abscesso mamário; além de também candidíase, mamilos planos ou invertidos, gemelaridade e sucção débil pelo bebê. As mães que enfrentam tais dificuldades e não são bem orientadas a fim de superá-las acabam desistindo de aleitar seu filho, por impaciência e dor (Giugliani, 2004 *apud* Parizzoto e Zorzi, 2008).

Na realidade, as razões que dificultam a amamentação podem ser passíveis de prevenção. Contudo, é preciso haver a orientação da mulher. Nesse contexto, os enfermeiros devem estar atentos a quaisquer fatores, implementando as devidas ações nas práticas, reforçando o período ideal em oferecer a alimentação complementar (Frota *et al.*, 2009).

No intento de promover uma amamentação bem sucedida, é preciso atentar para o processo de comunicação. Aconselhamento no pré-natal, orientações, ajuda no período de estabelecimento da amamentação, quando surgem problemas relacionados ao aleitamento e avaliação criteriosa da alimentação constituem algumas tarefas que a equipe de saúde deve dominar, mostrando-se importante a contextualização da realidade vivenciada pelas famílias por enfermeiros envolvidos no cuidar (Frota e Barroso, 2005 *apud* Frota *et al.*, 2009).

A saúde das crianças está atrelada à nutrição adequada. Em função da velocidade de crescimento aumentada, o lactente está mais predisposto a erros e deficiências alimentares, que trazem consequências significativas em seu estado nutricional. Desse modo, o resgate do aleitamento natural é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento, erigidos sob o prisma da promoção, da proteção e do apoio à mãe, que deve começar no início da gestação (Silva *et al.*, 2007; Barbosa *et al.*, 2007 *apud* Frota *et al.*, 2009).

A orientação ofertada às mães, tanto na forma de incentivo, como instrução quanto à técnica correta e à resolução de problemas, possibilita mudanças ímpares nos índices de aleitamento humano, como no pré-natal e pós-parto imediato, e após a alta hospitalar. Antes de realizar a promoção do aleitamento humano, porém, é preciso avaliar a expectativa da sociedade relativa ao mesmo, já que este fator vai influenciar a ocorrência em cada comunidade, pois é responsabilidade dos serviços, programas ou profissionais da saúde e dos membros da família e da sociedade (Frota *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que os enfermeiros e a população devem entender que a saúde é dependente de ações do cuidado ofertadas pelos serviços e a prevenção de enfermidades é uma consequência da educação da população (Frota *et al.*, 2007 *apud* Frota *et al.*, 2009). Assim, para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional, além da competência, necessita da capacidade de comunicar-se eficientemente com a nutriz (Giugliane e Lamounier, 2004 *apud* Frota *et al.*, 2009).

Conclusão

A partir desta revisão, foi possível compreender a importância do leite materno para boa maturação do bebê, seja ela biológica ou emocional. Poder-se-ia dizer que amamentar é uma oportunidade sem par para que mamãe e bebê possam criar um vínculo que será eterno. As mães que não amamentam, porém, perdem a oportunidade de sentir o bebê em sua pele, sugando seus mamilos; isso faz com que o bebê sinta o amor de sua mãe, e torna a mulher ainda mais empoderada. É tão importante esse contato pele a pele, que mesmo as mães que estão impossibilitadas de amamentar deveriam recostar o filho no peito e sentir a troca de calor entre os corpos.

Do ponto de vista biológico, entre os inúmeros benefícios, poderíamos destacar a passagem de anticorpos da mãe para o bebê, os quais são fundamentais em prover ao bebê a imunidade de doenças que porventura possam ataca-los. Esse benefício, tal qual o anteriormente mencionado, não podem nunca ser alcançados quando a mãe não amamenta, e passa essa função aos leites industrializados.

Isso posto, compreendemos o papel do enfermeiro em promover a educação em saúde quanto a importância da amamentação desde o pré-natal – ou, quem sabe, desde o planejamento familiar – a fim de que as mães compreendam aquele processo não como mera obrigação, mas como oportunidade de expressar o amor que sentem por seus filhos. Além disso, o enfermeiro deve adotar medidas mais práticas, como ensinar as mães a como reagir mediante um problema que porventura venha a ameaçar a amamentação efetiva, a fim de que as mães sintam-se amparadas e, em vez de desistir de aleitar seus filhos, superem as dificuldades e continuem aleitando.

Referências

- ANTUNES, Leonardo dos Santos; *et al.* Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, 2008.
- BARROS, Sônia Maria Oliveira de. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial* / Sônia Maria Oliveira de Barros, Heimar de Fátima Marin, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão. – São Paulo: Roca, 2002.
- CHAVES NETTO, Hermógenes. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- COUTINHO, Sônia Bechara. Aleitamento materno. In: *Saúde da Criança: para entender o normal* / organizadoras Maria de Carvalho Lima, Maria Eugênia Farias Almeida Mota, Gisélia Alves Pontes da Silva. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007.
- FROTA, Mirna Albuquerque; *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev. Rene*. Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul./set.2009
- PARIZOTTO, Janaína; ZORZI, Nelci Terezinha. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde*, São Paulo 2008; v. 32, n. 4.
- SPINELLI, Mônica G. N.; *et al.* A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo - região Freguesia do Ó. *Rev. bras. saúde matern. infant.*, Recife, v. 2, n. 1, jan. - abril, 2002.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que colaboraram na elaboração deste trabalho.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: RELAÇÕES, SENTIMENTOS E ESTRATÉGIAS.

Renata Janice Morais Lima Ferreira Barros (apresentadora e orientadora) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN (renatajanice@hotmail.com)

Ronally Dart Oliveira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Lucineire Lopes de Oliveira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Deivson Wendell da Costa Lima - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Fátima Raquel Rosado Morais - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Carla Nadja Santos de Sousa- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Palavras-chave: Enfermagem. Sentimentos. Estratégias.

Resumo

A criança é visualizada pela sociedade como portadora da vida, e quando a doença acomete é retirada da sua zona de conforto, que é o seu lar, tornando-a apática ao novo ambiente. A hospitalização é um momento difícil na vida dessa criança, permeada por vários sentimentos como, medo, tristeza, sofrimento, angústia e insegurança. Neste sentido, destaca-se a necessidade da atuação dos profissionais da saúde, e, principalmente, a equipe de enfermagem, tendo em vista que são os profissionais que convivem diariamente. Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, que foi desenvolvida com 10 profissionais de enfermagem na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), de Mossoró- RN. Teve como objetivo geral, conhecer os sentimentos gerados e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem do HRTM, frente ao cuidado à criança hospitalizada. Os dados foram coletados no período de Novembro de 2013 à Janeiro de 2014, e foi utilizado um questionário semiestruturado na coleta de dados. Os resultados apontaram que o processo do cuidar da enfermagem caracteriza-se por relações dualísticas, afetuosas e conflituosas, onde os sentimentos como tristeza, angústia, ansiedade, pena, dó e medo prevalecem; e esse cuidado repleto de sensações e emoções é incorporado pela equipe de enfermagem, deixando-os vulneráveis, tais sentimentos negativos algumas vezes impossibilitam e dificultam a assistência do cuidado. Para enfrentar esse sofrimento as estratégias mais relatadas foram: apoio multiprofissional, fuga e suporte espiritual.

Introdução

A criança é visualizada pela sociedade como portadora da vida, e quando a doença a acomete é retirada da sua zona de conforto que é o seu lar, tornando-a apática ao novo ambiente. A hospitalização é um momento difícil na vida de pessoas nessa faixa etária, é um estágio que favorece vários sentimentos como, medo, tristeza, abandono, culpa, sofrimento, angústia e insegurança.

Para Faquinello, Harumi e Marcon (2007), a hospitalização é um momento delicado em qualquer fase da vida. No entanto, na infância é vivenciada de forma mais intensa, implicando transformações na sua rotina e de toda a sua conjuntura familiar. Esse novo cotidiano é vivenciado em companhia de equipamentos, limitações de movimentos, cheiros, procedimentos, dores, pessoas, dentre estas, os técnicos de enfermagem e os enfermeiros.

De acordo com Lajes et.al (2011), a enfermagem está a maior parte do tempo em contato com a criança, entretanto, esse cuidado não se limita a executar apenas procedimentos técnicos, está atrelado também aos aspectos sociais, psicológicos bem como espirituais, inerentes à condição humana.

Nesse sentido Tholl e Nitschke (2012), relatam que, quem cuida, necessita de cuidado, isso porque cuidar perpassa o viés do compreender o outro com todas as suas nuances, logo esses profissionais precisam ser olhados de uma maneira mais calma, afável, atenciosa, pois são personagens indispensáveis para a efetivação de um cuidado humanizado e de qualidade.

Segundo Lajes et.al (2011), as estratégias enfrentadas pela equipe de enfermagem são visualizadas como conjunto de respostas comportamentais que os profissionais submetem-se ou não, diante de alguma situação no decorrer do seu trabalho laboral, as quais tem como requisito básico minimizar ou adaptarem-se ao novo cenário estressor. Assim, essas estratégias são construídas, aprendidas, alimentadas ou não no decorrer da vida de cada profissional, tendo como bastidores o contexto social, cultural e espiritual de cada indivíduo que constitui a equipe.

Diante disso, os profissionais que compõem a equipe de enfermagem devem ser visualizados como atores essenciais no processo de tratamento e cuidado ao paciente hospitalizado, pois respondem por todos os entraves vivenciados por essa criança. Nesse cenário, surgem sentimentos e incertezas geradas a partir do vínculo contínuo, e diante disto, criam-se laços afetivos entre profissional de saúde e paciente.

Ainda convém ressaltar, que a equipe de enfermagem está diretamente ligada à prestação de cuidados com as crianças hospitalizadas, esta deve estar preparada para atuar de forma efetiva e, para isso, estar segura tanto das suas atitudes como da postura de segurança, conforto e esperança que devem ser ofertadas aos seus pacientes e familiares.

Assim, levando em consideração a importância do cuidado à criança hospitalizada, e tendo em vista que a convivência diária de certa forma submete o profissional de enfermagem uma carga emocional muito grande, questiona-se nesta pesquisa, quais sentimentos gerados e quais estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem do Hospital Regional Tarcísio Maia- HRTM- Mossoró, que presta cuidado à criança hospitalizada?

Desse modo, a hospitalização é vivida pelas crianças como um momento delicado repleto de sensações. É nesse cenário que a equipe de enfermagem desempenha todo o processo do cuidado, acompanhando e vivenciando toda a trajetória da díade: criança e família, durante o tempo de internamento.

No âmbito de toda essa discussão apresentada traçamos para a pesquisa proposta o objetivo geral: conhecer os sentimentos e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem do HRTM frente ao cuidado à criança hospitalizada. Em decorrência, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar a relação existente entre profissionais de saúde e a criança hospitalizada, bem como, junto aos seus familiares; identificar os sentimentos gerados na equipe de enfermagem a partir do cuidado prestado a criança hospitalizada; e ainda, elencar as formas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais no atendimento à criança hospitalizada.

Metodologia

A pesquisa é de natureza exploratório e abordagem qualitativa. Foi aprovada sob o parecer de nº 313.699, de 02 de julho de 2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERN (CEP-UERN).

A coleta de dados foi realizada na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), teve como amostra a equipe de

enfermagem da clínica pediátrica do HRTM constituindo um público de 10 profissionais, sendo 09 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro. Como critérios de inclusão, foi requerido que os profissionais da equipe de enfermagem, atuassem no mínimo há seis meses no serviço da instituição e estar envolvido diretamente no cuidado à criança hospitalizada. Como critério de exclusão, profissionais que fazem parte da equipe de enfermagem do HRTM, mas que estão gozando de férias, atestados médico ou licenças especiais; profissionais de enfermagem que não desenvolvem assistência de enfermagem direta à criança hospitalizada, como por exemplo, profissionais que assumem cargos administrativos, ou em outros setores.

A coleta deu-se através de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 à Janeiro de 2014. Como forma de garantir o anonimato dos participantes e facilitar a compreensão das falas dos profissionais, foram atribuídos pseudônimos aos participantes do estudo. Os profissionais foram identificados com 10 nomes de personagens de desenhos animados, Minnie, Fiona, Tempestade, Narizinho, Liza Simpson, Barbie, Pocahontas, Ariel, Jasmine e Luluzinha.

Em relação à análise dos dados, os mesmos foram distribuídos em quatro categorias, onde os dados foram transcritos e analisados a partir do método de Análise do conteúdo de Bardin.

Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por enfermeiro e técnicos de enfermagem que fazem parte do quadro funcional na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), sendo que 10% (01) correspondem ao coordenador de enfermagem, responsável pelo setor, e o restante, 90% (09) são técnicos de enfermagem. Caracterizando os participantes, observa-se que 100% dos participantes do estudo são do sexo feminino, No contexto da idade, observa-se, que o público é formado por mulheres adultas, que em sua maioria possuem filhos, são casadas e sendo o tempo de formação entre 20 e 29 anos. Fazendo referência ao tempo de atuação, estas profissionais trabalham há um período relevante na clínica pediátrica, entre 20 e 27 anos, e com isto, possuem conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo dos anos, experiências essenciais para a execução do seu trabalho.

Para melhor compreensão da análise dos dados, as discussões foram organizadas em quatro categorias: A criança hospitalizada e as relações que se constroem com a equipe de enfermagem, compreendendo a relação entre a família da criança hospitalizada e a equipe de enfermagem, Sentimentos da equipe de enfermagem e Estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para lidar com os sentimentos oriundos da assistência em pediatria.

Considerando os cuidados prestados por estes profissionais à criança hospitalizada, observou-se que em relação ao acolhimento e início dos cuidados com as crianças, vários são os sentimentos e pensamentos que se estabelecem, tais como: afeto, dedicação, apoio, conforto e interação.

Eu tenho um bom relacionamento, eu dou muito carinho, muita atenção, inclusive a gente cuida de umas crianças com doenças de multipolisacaridose que vem todas quintas-feiras, eu sou muito apegada com eles e eles comigo, graças a Deus! (FIONA)

O cuidar na pediatria perpassa por uma relação carinhosa, afetuosa de interação entre a equipe de enfermagem e a criança. O caráter da fala dos entrevistados nos remete a uma relação cordial e amável na pediatria, uma vez que, o cuidado é permeado por sentimentos positivos, possibilitando a construção de laços afetivos com a criança interna. Para Costa e Lima (2005), o cuidar nessa faixa etária, pode vir a possibilitar a construção de vínculos afetivos, que surgem diante da aproximação com o outro, estabelecendo um elo de segurança e afeto.

Para Cruz, Costa e Nobrega (2006), para que o atendimento a criança hospitalizada obtenha resultados satisfatórios, faz-se necessário o apoio e participação da família, por isso, um bom relacionamento entre família e profissionais de saúde é imprescindível. Neste sentido, os profissionais que participaram desta pesquisa também evidenciaram a importância do relacionamento amigável com a família das crianças hospitalizadas, referindo a necessidade de estabelecer a confiança, acolhimento e respeito à família, seus sentimentos, dúvidas e desafios.

Identificou-se que, no que concerne à família, alguns profissionais destacaram a necessidade de conseguir estabelecer a confiança. Para Cruz, Costa e Nobrega (2006), o relacionamento de confiança e empatia entre os sujeitos que compõem o cuidar, tanto na esfera familiar, quanto na assistencial, é primordial para o restabelecimento e bem estar da criança, que por sua vez, se encontra vulnerável psicologicamente, necessitando de atenção.

No tocante aos sentimentos gerados nos profissionais de saúde na execução dos seus cuidados Oler e Vieira (2006), acrescentam que, olhar os sentimentos, é colocar em pauta o cuidado que supera a mera razão do saber técnico e mecânico, é entender que, os profissionais de saúde são atores do cuidado e não meros executores de práticas técnicas.

Assim, no cuidar, não há um só sentimento, mas uma série deles que são desenvolvidos entre os profissionais no seu exercício de trabalho com a criança hospitalizada, conforme demonstram as falas.

Sinto angústia que a mãe ou a família passa pra mim também, né? Sentimento que o ser humano tem com qualquer pessoa, principalmente com criança. Não sei explicar bem quais são esses sentimentos, mas a angustia prevalece, porque as crianças muitas delas não sabem falar, só choram, e a gente fica angustiada (TEMPESTADE).

As falas apontam que os entrevistados sentem dificuldades em relatar seus sentimentos, no entanto é perceptível o sofrimento no seu cotidiano laboral, isso porque cuidar do outro e, principalmente, nessa faixa etária implica em vivências dolorosas e angustiantes, tendo em vista, que o cuidar, não é apenas clínico e técnico, perpassa pela afetividade, pelo emocional e vai de encontro com o íntimo do outro.

Diante desse cenário, as estratégias de enfrentamento entram em cena no cotidiano da pediatria, como ponto primordial e essencial para garantir a resolutividade do evento causador do sofrimento, caso não consiga êxito em tal façanha, possibilitar ao menos, tornar o convívio mais ameno, sem gerar grandes sofrimentos. Lages et al (2010), discorre, que as estratégias estão pautadas na tentativa de modificar o ambiente, a fim de, adaptarem-se a situação da melhor maneira possível, sem trazer risco a sua vida, reduzindo seu agente estressor.

Os profissionais de enfermagem conduzem a compreensão da necessidade de apoio profissional de outras especialidades, a fé e a fuga ou esquiva, como estratégias para o enfrentamento do sofrimento gerado pelo cuidado à criança hospitalizada.

Só a enfermagem não trabalha com relação a esses sentimentos, a gente tem que ter apoio de psicólogos, serviço social, terapeuta ocupacional. Até a gente tem que passar pelos psicólogos porque tem situações que não sabemos como agir, aí a gente procura ajuda de psicólogos para poder trabalhar (MINNEI).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A estratégia é fé. Tem que ter fé, amor, a fé em Deus vem para confortar. Deus é quem é o soberano, então o que homem não pode resolver, Deus pode, então a fé ela cura, ela faz o milagre acontecer, se DEUS quiser! (NARIZINHO).
Eu vou ser sincera, quando tô com muita pena de uma criança, eu a evito o possível, eu peço para a colega ir, peço para fazer os procedimentos (ARIEL).

Assim, percebemos no discurso da equipe de enfermagem, que lidar com crianças hospitalizadas não é uma tarefa fácil, devendo assim, ser considerada cada situação, com um olhar único, cujo resultado, depende de vários elementos. Esses profissionais devem estar preparados e possuírem ainda um acompanhamento por profissionais especializados, que sejam acionados sempre, quando os mesmos tiverem necessidade.

Conclusão

O estudo permitiu identificar que, as relações que são construídas pela equipe de enfermagem durante o processo de internamento na pediatria com a díade: criança/família caracterizam-se pela afeição, afeto, conflito, medo, saudades, ansiedade, tristeza, pena, dó e angustia. Todas essas relações, bem como, as vivências e os sentimentos expressados e vividos nesse contexto, são incorporados pela equipe de enfermagem. Nesse ínterim, a equipe de enfermagem encontra-se vulnerável, fragilizada, necessitando de cuidados, isso porque, quem cuida, também precisa ser cuidado.

Ao investigar a fundo o perfil sócio demográfico da equipe, concluiu-se que, a mesma compõe exclusivamente de mulheres que na sua grande maioria já vivenciaram a maternidade, fato que favorece sensibilidade com tudo que ocorre com a criança interna, isso porque, visualiza na criança que encontra em tratamento, o seu filho, sofrendo juntamente com a família, incorporando todas as sensações e sentimentos que a pediatria emana.

Tendo em vista, que trabalhar com criança não é uma tarefa fácil, esses personagens, são indispensáveis para a efetivação de um cuidado humanizado e de qualidade, logo precisa restabelecer seu equilíbrio emocional.

No entanto, para enfrentar tais sentimentos negativos que algumas vezes impossibilitam e dificultam a execução do cuidado, faz-se presente no cotidiano dos sujeitos da pesquisa, estratégias de enfrentamento, com o objetivo de garantir a resolutividade do evento causador do seu sofrimento, dentre essas estratégias, utilizadas pela equipe de enfermagem, que compõe a pediatria, foram mencionadas, o apoio multiprofissional, a fuga e o suporte espiritual. Assim sendo, essas estratégias, primam pela busca de se estabelecer na pediatria, um cuidado efetivo.

Ao final, o que resultou fora, que a leitura do processo de trabalho da enfermagem na clínica pediátrica, perpassa por relações dualísticas: afetuosas e conflituosas, onde os sentimentos experimentados pela equipe de enfermagem, advindos desse cuidado repleto de sensações e emoções, a deixa vulnerável, necessitando de um olhar para sua saúde psíquica. A pesquisa foi importante, pois demonstrou que, esses profissionais não são apenas meros executores de técnicas, o cuidado é permeado pelo o encontro com o outro, no entanto por absorver todas as sensações e problemas, a equipe encontra-se fragilizada, necessitando de ajuda.

Portanto, busca-se uma nova maneira de acolher esses profissionais que encontram-se exacerbados em seus sentimentos, vivenciando sofrimento psíquico, para isso, é necessário um olhar mais humanizado, dando-lhes espaço para escutar suas dores e seus sentimentos, garantindo suporte psicológico. Assim, a pesquisa abre novas perspectivas para se trabalhar e discutir a saúde mental da equipe de enfermagem.

Referências

- COSTA JC, LIMA R. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte morrer. Revista Latino-americana de Enfermagem 2005 março-abril; v.13 n.2 p.151-7. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a04.pdf>> Acesso em: 20 de Dez de 2013.
- CRUZ, D.S.M; COSTA, S F G; NÓBREGA, M. M. L. Assistência humanizada à criança hospitalizada. Revista RENER. Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 98-104, set./dez.2006.
- FAQUINELLO, P.; HARUMI, I. H.; MARCON, S. S. O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante Criança Hospitalizada. Revista Texto Contexto de Enfermagem, Maringá, V.16, n.4. P.609-617, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>>. Acesso em 19 de Abril de 2013.
- LAGES, M. G. G; et al. Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 4, p. 503-510, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/06_artigo_estrategias_enfrentamento_enfermeirosfrente_paciente_oncologico_pediatico.pdf>. Acesso em 14 de mar de 2013.
- OLER, FG. VIERA, MRR. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. Revista Ciência e Saúde 2006 out/dez v.13 n.4 p.192-197.
- THOOL, A. D.; NITSCHKE, R. G. A Ambiguidade de Sentimentos Vivenciados No Quotidiano Da Equipe de Enfermagem Pediátrica. Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, São Paulo, V. 12, n. I. p.17-26, 2012. Disponível em <<http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf>>. Acesso em: 21 de Abril de 2013.

A EXPERIÊNCIA DA TERRITORIALIZAÇÃO PARA A CONSTRUÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE HORIZONTE-CE.

Francisca Roberta Barros Páscoa (apresentadora) – Escola de Saúde Pública do Ceará; E-mail: robertabarros@alu.ufc.br

Ana Karoline Barros do Nascimento – Escola de Saúde Pública do Ceará

Hévila Nascimento Gomes – Escola de Saúde Pública do Ceará

Rochelle Holanda Barroso – Escola de Saúde Pública do Ceará

Sarah Gabrielle Sousa de Oliveira – Escola de Saúde Pública do Ceará

Maria Danúbia Dantas de Carvalho (orientadora) – Escola de Saúde Pública do Ceará

Palavras-chave: Território. Território e Saúde. Estratégia de Saúde da Família. Educação Permanente.

Resumo

O presente trabalho pretende apresentar a territorialização feita pela residência multiprofissional em saúde da família no município de Horizonte-CE, reconhecendo o território como importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, já que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada, utilizada por distintas iniciativas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, os conceitos de território e de territorialização são elencados, a fim de contribuir com o trabalho a ser realizado na Estratégia Saúde da Família. As relações produção-trabalho, saúde-ambiente são discutidas em sua relevância para a compreensão da dinâmica viva do processo saúde-doença no território. Por fim, é apresentada história do local, focando o espaço, cultura, economia, comunidade e redes de saúde, sendo de suma importância para o processo de territorialização, pois se identifica os elementos chamados de identidade territorial, a qual está fortemente presente na identidade coletiva. Compreender a linha que une o passado ao presente permitirá identificar as potencialidades, tradições, cultura, valores, hábitos, poder, relações ambientais, entre outros, sendo estes relevantes para a saúde. A partir desse estudo, percebe-se a importância da territorialização para reconhecer o uso do território a fim de alcançar uma melhor assistência de saúde para uma população específica, uma vez que é possível traçar um plano de cuidados individualizado e voltados para as reais necessidades da população.

Introdução

Visando garantir o acesso a assistência e à prevenção de forma a satisfazer as necessidades de todos os cidadãos, foi criada a Estratégia da Saúde da Família (ESF), baseada a partir dos princípios doutrinários de universalidade, integralidade, e equidade e dos princípios organizativos de acessibilidade, resolutividade, regionalização, descentralização, hierarquização e participação popular do Sistema Único de Saúde (SUS). A ESF deve ser capaz de atuar não só com problemas biológicos e de morbidade individual em saúde, mas também com problemas coletivos, socioculturais, numa atuação feita em consultórios e também em territórios, junto às redes sociais e à população (PAGANI; ANDRADE, 2012).

A territorialização representa importante instrumento de organização dos processos de trabalho e das práticas de saúde, já que as ações de saúde são implementadas sobre uma base territorial detentora de uma delimitação espacial previamente determinada, utilizada por distintas iniciativas no âmbito do SUS, mediante a incorporação de novos olhares e das questões de saúde ambiental e de saúde do trabalhador, da forma como se apresentam no território (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Dessa forma, a territorialização se constitui a partir da demarcação de áreas para o desenvolvimento das ações da ESF, bem como o reconhecimento das necessidades da população e os fatores que constituem barreiras de acessibilidade ao serviço. Esse processo permite a criação de vínculos entre os usuários e profissionais para que possam ter uma visão holística do espaço onde atuam e trabalham para a promoção da saúde (MORAIS et al., 2013).

Segundo Haesbaert e Limonad (2007), o conceito de território é utilizado em diferentes ciências, como por exemplo, na biologia, sociologia e antropologia. Sua origem etimológica vem do latim territorium que se remete ao domínio da terra. O território é um espaço socialmente compartilhado, com construção histórica e social, pautada em relações de poder que envolvem concomitantemente espaço geográfico e sociedade.

O conceito de território aqui desenvolvido é mais do que uma região, ele envolve também práticas sociais, políticas e técnicas, em que surgem permanentemente informações, transformações, modernizações. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço determinados, com problemas de saúde definidos, mas quase sempre com condicionantes e determinantes que emergem de um plano mais geral (PAGANI; ANDRADE, 2012).

O território possui uma relação recíproca com as pessoas que o formam, enquanto ele sofre e age sobre as relações nele contidas. Dessa forma, identifica-se territórios plurais que são uma multiplicidade de diferentes espaços culturais, sociais e políticos que contribuem para formas particulares de uma identidade territorial. Estes territórios plurais se manifestam de duas formas na multiplicidade de territórios e na pluralidade de territórios. A primeira indica sua multiplicidade das relações entre territórios. Já o segundo, além das multiplicidades das relações envolvidas no território, envolve, a relação entre um território maior sobre os outros territórios ali existentes (MORAES; CANÔAS, 2013).

Goldstein (2013) aponta a importância da classificação deste território, como um espaço particular, resultante de uma acumulação histórica, cultural, ambiental, e de disputas de poder nele existente. Reconhecer esta dinâmica social e política das áreas de atuação é, portanto, a primeira etapa para um aperfeiçoamento das práticas de trabalho das equipes da ESF nestes territórios.

Diante do que foi exposto, sentiu-se a necessidade de realizar a territorialização como um potente caminho para planejar ações de promoção e de atenção integral à saúde, pois é nesse processo que são identificados as necessidades de saúde da comunidade. Este trabalho tem como objetivo relatar a territorialização realizada pela Residência em saúde da família no município de Horizonte-CE.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado pelos profissionais da residência integrada em saúde com ênfase em saúde da família e comunidade, contando com uma equipe de enfermeiros, lotados na Estratégia Saúde da Família, fisioterapeutas, psicólogos e assistentes social, compondo equipes NASF's, com objetivo de buscar uma aprendizagem de natureza coletiva, para desenvolver um método efetivo de oferecer uma assistência à saúde de qualidade.

O estudo foi desenvolvido no município de Horizonte-CE, no período de maio de 2014, onde foram realizadas visitas institucionais nos seguintes locais: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) de Dourado e de Queimadas, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Unidades básicas de saúde (UBS), Academia de Saúde, Centro de Atenção Psicossocial

(CAPS) geral e álcool e outras drogas (AD), Centro Cultural Tasso Jereissati e Quilombola, secretarias de educação, cultura e desporto, esporte, saúde e de infraestrutura, escolas, creches, casa dos conselhos, Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF), farmácia fitoterápica, Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital e Maternidade Venâncio Raimundo de Sousa (HMVRS), Policlínica Dr. Memória, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Atendimento Clínico e Educacional (CACE), Delegacia da Polícia Civil, Centro de Artes e Esportes Unificados (Praça CEU), SAMU, Centro de Reabilitação, Laboratório de Análises Clínicas, Cadeia Pública de Horizonte e Núcleo de Endemias (NUEND).

As informações foram coletadas a partir de conversas e entrevistas com usuários, familiares, profissionais da saúde, gerentes e gestores, participação em atividades no cenário de prática, estudo de indicadores de saúde, através da consulta ao Sistema de informação da atenção básica (SIAB) de cada unidade de saúde em que os residentes estavam inseridos e participação em reuniões. Após a territorialização, os residentes fizeram um relatório contendo a avaliação da atividade.

Resultados e Discussão

Da perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores e dos moradores (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Horizonte é uma cidade localizada na Região Metropolitana de Fortaleza distante a 40,1 km da capital cearense, e tem sua área geográfica de 191,9 km², dividida em quatro distritos. Em 2013 o município realizou uma aliança com a Escola de Saúde Pública do Ceará, implantando turmas de residentes multiprofissionais distribuídos em duas ênfases: Saúde da Família e Saúde Mental. Para a realização do estudo do território, foi feita a comunicação entre a teoria e a prática, pois, de acordo com Faria (2013), primeiramente deve-se reconhecer os usos do território, delineando e identificando o seu perfil, sendo este o ponto de partida, e segundo deve-se reconhecer a adequação dos serviços de saúde aos territórios pelos seus usos, o que exige a oferta de serviços adequados às necessidades da população.

Conhecer a história do local é de suma importância para o processo de territorialização, pois se identificam os elementos chamados de identidade territorial, a qual está fortemente presente na identidade coletiva. Compreender a linha que une o passado ao presente permitirá identificar a potencialidades, tradições, cultura, valores, hábitos, poder, relações ambientais, entre outros, sendo estes relevantes para a saúde (SANTOS; RIGOTTO, 2010).

Atualmente a cidade de Horizonte tem mais de 60 mil habitantes, ocupando a 8ª colocação no grupo de municípios mais populosos da Região Metropolitana de Fortaleza. A vinda das indústrias para a cidade contribui para o crescente desenvolvimento populacional, sendo uma das cinco potências econômicas do Estado. Predominam hoje indústrias nos setores têxteis, de calçados, de granito e de automotivos, e mais de mil estabelecimentos comerciais.

O lazer das pessoas de Horizonte é bem ligado às festas populares, como a Festa do Padroeiro que acontece em homenagem ao padroeiro de Horizonte, São João Batista, onde são realizadas missas, procissões e novenas, além da tradicional quermesse, do leilão e das apresentações culturais. Também ocorrem os festejos juninos realizados na Praça da Igreja Matriz chegam a receber mais de 10 mil pessoas por noite. O forró e a apresentação de quadrilhas ganham lugar de destaque.

Outro evento importante é a solenidade de entrega da Comenda 6 de Março, aniversário de emancipação política de Horizonte, onde há um reconhecimento do município às personalidades que se destacaram no desenvolvimento de Horizonte nas áreas de Agricultura, Cidadania, Desenvolvimento Econômico, Educação, Esporte e Saúde.

Dentro da cultura, atualmente os Casarios são preservados como patrimônio do município existindo o contraste entre o moderno e o tradicional. Em algumas casas de famílias tradicionais ainda é possível observar um pouco da arquitetura que marcou a época do nascimento da região.

Em Horizonte ainda pode-se encontrar uma comunidade quilombola na região de Alto Alegre. De acordo com relatos dos moradores mais antigos da região, a história da comunidade surgiu com a fuga do escravo Negro Cazuza de um navio ancorado na Barra do Ceará, no final do século XIX, seguindo em direção ao interior do Estado. Alguns dias depois, Negro Cazuza chegou em Alto Alegre, onde firmou raízes. Seus descendentes foram, então, povoando a área e, atualmente, as famílias já são a quinta geração de quilombolas vivendo na região. A luta pelo reconhecimento teve início em 2003, a partir do Decreto Presidencial Nº 4.887, que determinou a identificação, demarcação e registro das terras ocupadas por remanescentes das comunidades dos quilombos, prevista na Constituição.

Considerada uma das mais importantes partes da identidade antropológica do município, a comunidade teve seu reconhecimento formal em maio de 2005, quando foi considerada remanescente dos Quilombos pela Fundação Palmares. Hoje a associação reúne a história da comunidade, onde são realizados cursos e oficinas de conscientização, arte e cultura. A valorização da cultura negra é reforçada com projetos de resgate da cultura, cidadania e inclusão social. Destaque também para a produção de peças artesanais e para o grupo de capoeira da comunidade.

Com relação ao setor da saúde, este recebeu grandes investimentos tanto na área profissional quanto na estrutural, alcançando bons índices na qualidade de vida da população. A rede de atenção básica envolve ações de aspectos coletivos e individuais, sendo bem organizada, com a presença de dezenove unidades básicas de saúde, vinte equipes de saúde da família, cento e dezenove agentes comunitários de saúde e a presença do NASF. A rede de saúde psicossocial é composta pelo CAPS Geral e CAPS AD, atendendo a demanda da população, decorrentes de transtornos mentais e/ou consumo de álcool e outras drogas.

Quanto à rede de atenção especializada, Horizonte conta com a policlínica que possui médicos de várias especialidades, porém se encontra fragilizada, pois, a equipe médica não supri a alta demanda da população, havendo insatisfação por parte dos usuários, que acabam recorrendo a secretaria de saúde, marcando dentro de um limite de vagas para consultas com especialistas na cidade de Fortaleza, havendo um tempo de espera elevado. Dentro da rede de urgência e emergência o município conta com um Hospital e Maternidade, atendendo a urgência e emergência obstétrica e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que atende a demanda de Horizonte.

Os resultados obtidos demonstram, assim, que a territorialização surge para trabalhar com uma nova maneira de atuar na ESF, mediante metodologia pedagógica do reconhecimento do território a fim de conhecer as redes de interação e a população que nelas vivem. Evidentemente, esses elementos mais profundos vão surgindo a partir da aproximação progressiva das pessoas, dos processos coletivos de apropriação de informações e do debate sobre os problemas.

Conclusão

A partir desse estudo, percebe-se a importância da territorialização para reconhecer o uso do território a fim de alcançar uma melhor assistência de saúde para uma população específica, uma vez que é possível traçar um plano de cuidados individualizado e voltados para as reais necessidades da população.

Ao longo do processo de territorialização, foram reconhecidos alguns vetores como determinantes sociais, assistência, relação de poder e modo de vida, que contribuíram para uma visão mais ampla do território e suas particularidades, fazendo com que houvesse o reconhecimento de informações chaves para o processo de trabalho e intervenção junto à comunidade.

Os sujeitos do cenário de prática encontrados no município foram: comunidade, gestão, equipe de saúde e agentes comunitários de saúde, sendo estes, fonte fundamental de informações acerca dos territórios.

Na territorialização foram visualizadas as potencialidades do território. Também foi observado que a rede de saúde do município de Horizonte é bem estruturada, levando a um melhor serviço e uma assistência de qualidade.

A atividade realizada traz o impacto para o conhecimento e identificação do território em que serão iniciados os trabalhos da Residência, observando as necessidades que emergem da comunidade, incentivando-a no processo de auto cuidado, sendo estes, atores nos processos de saúde. Dessa forma, identificou-se que os serviços devem ser organizados para atender às especificidades dos territórios, devendo se ajustar a eles e não o contrário.

Referências

PAGANI, R.; ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de Território, Novas Práticas e Saberes na Estratégia de Educação Permanente em Saúde da Família: o estudo do caso de Sobral, CE. Rev. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, supl.1, 2012.

SANTOS, A. L.; RIGOTTO, R. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. Trab. educ. saúde. Rio de Janeiro , v. 8, n. 3, nov. 2010.

MORAIS, A. J. D.; LACERDA, M. K. S.; SOUZA, S. C. O.; MOREIRA, K. S.; SOUZA, G. L. L. A territorialização na Estratégia Saúde da Família. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 12; 2013, Belém. Anais... Belém: 2013. P. 1431. HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. Rev. Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas, Rio de Janeiro, v.1, n.2, Ago. 2007.

MORAES, D. E.; CANÔAS, S. S. O conceito de “território” e seu significado no campo da atenção primária a saúde. Revista Desenvolvimento Social, Montes Claros. V.1, N. 9. 2013.

GOLDSTEIN, R. A.; BARCELLOS, C.; MAGALHÃES, M. A. F. M.; GRACIE, R.; VIACAVA, F. A experiência de mapeamento participativo para a construção de uma alternativa cartográfica para a ESF. Rev. Ciência & Saúde Coletiva, v. 18, n.1, 2013.

FARIA, R. M. A territorialização da atenção primária à saúde no sistema único de saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis do território. Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde. Hygeia v. 9, n. 16, p. 131 - 147, jun. 2013.

Agradecimentos

A Deus que nos dá força para seguir em frente. Aos nossos familiares que não medem esforços e entendem algumas ausências. À nossa orientadora que orienta e incentiva as nossas produções. Por fim, ao município de Horizonte/Ce e à comunidade que possibilitaram o desenvolvimento e o nosso entendimento para a materialização deste trabalho.

A EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA COMO INSTRUMENTO DE PROMOÇÃO EM SAÚDE NA UNIVERSIDADE

Monalisa Peixoto Soares – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) psicomonalisa@gmail.com

Ariadne Messalina Batista Meira – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Mayrla de Souza Coutinho - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Fagner Arruda de Lima - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Prof. Dr. Cristina Ruan Ferreira de Araújo – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Palavras-chave: Extensão universitária. Promoção em Saúde. Educação em saúde.

Resumo

A extensão é um dos pilares que sustentam a estrutura da universidade brasileira, assim como a pesquisa e o ensino. Por ter caráter educativo e cultural, esta forma de atividade é uma das principais ferramentas para a promoção em saúde nas comunidades, entretanto, a própria universidade por vezes desvaloriza essa modalidade de ação, pois ela deve ser realizada junto à comunidade. Valoriza-se muito o saber científico e se deixa à margem os saberes populares. Considerando que a educação em saúde é uma das bases da promoção em saúde, o presente trabalho busca investigar os ambientes promotores em saúde e como se relacionam com a universidade, supondo que o ambiente educacional é ao mesmo tempo influenciador e influenciado pela comunidade. Assim, compreende-se a extensão universitária como instrumento de promoção em saúde e de transformação social tanto para a comunidade como para a universidade.

Introdução

A Universidade brasileira tem como fundamento o tripé ensino, pesquisa e extensão, cuja característica essencial é a indissociabilidade entre eles, como afirma o artigo 207 da Constituição de 1988. Segundo Moita e Andrade (2009), este é um princípio orientador da qualidade da produção universitária, porque afirma ser necessária a tridimensionalidade do fazer universitário autônomo, competente e ético.

Entretanto, cada atividade requer uma abordagem específica, e nesta pesquisa, será investigada a extensão universitária como instrumento de promoção em saúde na universidade. Para alguns autores, a extensão tem caráter de intervenção social, onde há valores educativos envolvidos, além da integração com o ensino e a pesquisa. Sua missão tem relação com a missão da universidade, movimentando transferências de conhecimento e impactos das atividades científicas, técnicas e culturais para o desenvolvimento regional e nacional (VENTURINI et al., 2010).

Não somente para com a comunidade, a extensão também tem sua importância para a formação do universitário. Analisando as vivências na área de saúde, Biscarde, Pereira e Silva (2014) apontam as oportunidades que a extensão disponibiliza para a construção do profissional que está se graduando:

[...] a extensão deve-se possibilitar ao futuro profissional a experimentação e a intervenção na realidade, contribuindo para o desenvolvimento do seu processo de trabalho de maneira crítico-reflexiva, valorizando a interdisciplinaridade e os aspectos humanísticos (...) Nesse sentido, a vivência extensionista revela-se fundamental na formação universitária, propiciando experiências ampliadas aos graduandos, muito além daquelas obtidas nos moldes tradicionais e bancários de formação profissional.

Considerando o contexto da área de saúde, a extensão se encaixa nos moldes da promoção de saúde. Que de acordo com as Diretrizes de Educação em Saúde, é concebida como prática social que atravessa a formação da consciência crítica das pessoas a respeito dos problemas de saúde e estimula a busca de soluções de forma individual e coletiva. Alguns elementos estão presentes nesse processo, como o respeito ao universo cultural e às formas de participação dos sujeitos; e mobilização social visando a mudança de determinada situação (FUNASA, 2007). Desse modo, a pesquisa tem como alvo investigar como a extensão universitária aplicada à promoção de saúde é vivenciada nas universidades do Brasil, e explorar quais os ambientes onde as mesmas são realizadas.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica de caráter exploratório, de acordo com Gil (2002), desenvolvida com base em material já elaborado, a saber, artigos científicos já publicados em bases de dados. Foi feita uma revisão da literatura dos através das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e do Scientific Electronic Library Online (ScieLo). Utilizou-se os descritores “extensão universitária” como assunto principal e “promoção em saúde”, tendo como critérios de seleção os artigos disponíveis por completo, em português e que tenham sido publicados no últimos cinco anos (de 2010 a 2014), além de referência direta ao tema, seja no título ou no resumo. A partir dos filtros citados, foram classificados 15 artigos, sendo excluídos quatro artigos repetidos e uma tese de doutorado, restando 10. Foi feita uma leitura sistemática e integral dos artigos, onde foi possível classifica-los como sendo: 5 relatos de experiência, 3 revisões bibliográficas, 1 pesquisa documental e 1 pesquisa de campo. A partir dos tais foram analisados os conceitos relacionados à extensão universitária enquanto agente de promoção em saúde nos diversos ambientes.

Resultados e Discussão

A promoção da saúde é o processo pelo qual os indivíduos e a comunidade são capacitados a ter maior controle sobre sua própria saúde, onde há a participação dos sujeitos através de metodologias como roda de conversa, teatro, círculo de cultura, terapia comunitária, oficina de escuta terapêutica ou atividades (SOUZA et al., 2014). De acordo com Firmino et al. (2010), a promoção em saúde requer metodologias que convoquem a participação da população, a fim de que haja uma modificação política, cultural e educativa.

Através dos relatos de experiência foi possível identificar que os principais ambientes onde se desenvolvem as extensões são as Unidades Básicas, como os "Grupos de Conversa" de idosos, onde havia um mediador para coordenar movimentos grupais e valorizar o saber de cada participante (COMBINATO et al., 2010), ou as atividades educativas e assistenciais para mulheres portadoras de câncer ginecológico e de mama em tratamento quimioterápico nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades da Estratégia Saúde da Família, assim como escolas de ensino médio, praça pública e feira popular, onde foi realizada a promoção da saúde no que tange aos fatores de risco para o câncer de mama, autoexame de mamas, exame clínico das mamas e mamografia (OLIVEIRA et al., 2012). Outro cenário são as próprias ruas da comunidade, como por exemplo a extensão universitária com agentes comunitários de saúde (IMBRIZII et al., 2012).

Entretanto, em nenhum artigo foi encontrado o registro de uma extensão que ocorresse na própria universidade, aberta tanto ao público científico quanto à comunidade. Um valor já difundido no meio acadêmico é que o profissional precisa de conhecimentos tanto técnico quanto das características socioculturais da comunidade, para que compreenda o ser humano em seus aspectos biopsicossociais (PEREIRA et al., 2011). Assim como também é enfatizada a importância que a extensão tem para a população, que por sua vez contribui com a melhora e/ou manutenção da qualidade de vida relacionada à saúde, modificando aspectos sociais, limitações por aspectos físicos e aspectos emocionais (KRETZER et al., 2010).

Observou-se que o ambiente da universidade foi utilizado apenas quando se focalizava o caráter da pesquisa, como a avaliação por meio de questionários, pareceres observacionais e relatórios diários e mensais de pacientes na terceira idade (FERNANDES et al., 2011), o que desarticula a indissociabilidade entre pesquisa, ensino e extensão, além de produzir uma distância entre a universidade e comunidade. Entretanto, quando se considera que a prática educativa é uma das principais características do cuidado em Saúde Pública, é imprescindível inserir a universidade nesse contexto.

As trocas presentes na universidade podem ser relacionadas com a visão de Acioli (2008), que diz:

Ainda que haja diferenças entre o tempo e a vocação para o ensino, o cotidiano das práticas, e a pesquisa, a extensão é um espaço aonde esses tempos e vocações se misturam e onde a possibilidade de um contato mais estreito com a sociedade aparece. Sendo assim, é também um espaço potencial de troca de experiências e saberes, de incorporação de interesses, os quais podem indicar inovações conceituais, suscitando novas formas de pensar, de saber e de fazer.

Ou seja, através da extensão universitária ocorrendo também na universidade, que se pode promover a integração entre a universidade e a comunidade e favorecer a realização de processos de construção compartilhada do conhecimento em saúde entre professores, alunos e cidadãos. Tornando assim a experiência de Extensão como um espaço privilegiado para a construção de processos de formação que privilegiem as relações entre os sujeitos envolvidos nos processos de ensino-aprendizagem, na produção de conhecimentos e práticas de cuidado emancipadores, além da formulação e engajamento político (ACIOLI, 2008).

Conclusão

A partir das problematizações expostas acerca do papel da extensão universitária no contexto da promoção em saúde, novas formas de fazer extensão podem ser desenvolvidas através da educação em saúde presente na universidade, abrangendo o corpo docente, discente e a população interessada em aprender sobre determinado tema. Não para que o discurso acadêmico se torne hegemônico, mas para que o saber popular permeie a universidade, modificando não só a sua própria realidade, como as formas de se ensinar, pesquisar e fazer extensão dentro da universidade.

Assim, a frequente distância presente entre a universidade e a comunidade poderia ser amenizada, tornando-se um ambiente mais acessível ao povo; além de dar voz à opinião popular no que concerne aos temas da saúde, rompendo com as metodologias de ensino pautadas na compartimentalização e premissa de verdade, forjando assim uma forma de saber mais construtiva que fortalece o vínculo entre universidade e comunidade.

Referências

- ACIOLI, Sonia. A prática educativa como expressão do cuidado em Saúde Pública. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 1, p.117-121, 2008.
- BISCARDE, D. G. S.; PEREIRA, M. S.; SILVA, L. B. Formação em saúde, extensão universitária e Sistema Único de Saúde (SUS): conexões necessárias entre conhecimento e intervenção centradas na realidade e repercussões no processo formativo. **Interface: Comunicação Saúde e Educação**, Botucatu, v. 48, n. 18, p.177-186, 2014.
- BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base. Brasília: FUNASA, 2007.
- COMBINATO, Denise Stefanoni et al. "Grupos de Conversa": saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p.558-568, set. 2010.
- FERNANDES, Débora Alves dos Santos et al. Projeto de extensão "Homeopatia: Saúde e Qualidade de Vida" na 3ª idade. **Revista de Homeopatia**, Rio de Janeiro, v. 74, n. 3, p.15-15, 2011.
- FIRMINO, Renata et al. Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em Joao Pessoa-PB. **Rev. Aps**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p.523-530, out. 2010.
- GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- IMBRIZII, Jaqueline Maria et al. Condições de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: relato de experiência de extensão universitária com agentes comunitários de saúde. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, v. 15, n. 1, p.153-169, abr. 2012.
- KRETZER, Fernanda Leal et al. Qualidade de vida e nível de Atividade Física de indivíduos na meia idade participantes de projetos de Extensão Universitária. *Revista Baiana de Saúde Pública*, Salvador, v. 34, n. 1, p.146-158, jan. 2010.
- MOITA, F. M. G.S. C; ANDRADE, F. C. B. Ensino-pesquisa-extensão: um exercício de indissociabilidade na pós-graduação. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 41, p.269-293, ago. 2009.
- OLIVEIRA, Andresa Mendonça de et al. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. *Revista da Escola de Enfermagem da Usp*, São Paulo, v. 46, n. 1, p.240-245, fev. 2012.
- PEREIRA, Stela Márcia et al. Extensão universitária e trabalho voluntário na formação do acadêmico em odontologia. *Arquivos em Odontologia*, Belo Horizonte, v. 47, n. 2, p.95-103, abr. 2011.

SOUZA, Janaina Medeiros de et al. Aplicabilidade prática do empowerment nas estratégias de promoção da saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 7, p.2265-2275, jul. 2014.

VENTURINI, J. C. et al. Percepção da avaliação: um retrato da gestão pública em uma instituição de ensino superior (IES). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 44, p.31-53, jan. 2010.

Agradecimentos

Agradeço ao Pai, que é meu rochedo, meu lugar forte, meu libertador; o meu Deus, a minha fortaleza, em quem confio; o meu escudo, a força da minha salvação, e o meu alto refúgio. Agradeço também ao Programa de Educação Tutorial – Conexões de Saberes – Fitoterapia, pelas oportunidades de desfrutar do poder de Deus operando sobre minha vida. A Ele pois seja dada toda honra, glória e louvor! Por fim, parabênizo a organização do evento pelo espaço para divulgação do trabalho.

A GESTÃO EM SAÚDE E O TRABALHO EM EQUIPE NO CONTROLE DA EPIDEMIA DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA-CE.

Mariana de Moraes Fortunato, Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE, morais_mary@hotmail.com

Vanuza Cosme Rodrigues, Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Raimundo Pascoal Queiroz Chaves - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Francisco Valdeyrton Carneiro, Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Maria da Conceição Cavalcante Peixoto - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Francimones Rolim de Albuquerque - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Palavras-chave: Gestão em Saúde. Trabalho em equipe. Dengue. Epidemia. Saúde.

Resumo

A pesquisa aborda a relevância da gestão participativa somada ao trabalho em equipe na prevenção, controle e combate a dengue no município de Jaguaribara/CE. Destarte, objetiva-se discutir, através das lentes da reflexão e criticidade, as estratégias utilizadas para controlar a epidemia de dengue instalada nesse município no ano de 2014, tendo como ferramenta basilar a gestão em saúde interligada ao trabalho em equipe. O estudo conferiu que o município vem conseguindo atingir resultados importantes no combate a dengue, proporcionando uma redução de aproximadamente mais de 50% nos casos notificados entre o mês de julho e agosto, para tanto, verificou-se que duas ferramentas de trabalho foram as principais responsáveis por essa diminuição: a gestão participativa em saúde e o trabalho em equipe, pois foram estes os idealizadores de ações intersetoriais e interdisciplinares, compreendendo cronogramas de ações semanais com a participação de múltiplos setores. Alguns fatores foram apontados como limitantes no combate a dengue, entre eles a dificuldade de congregar todas as instâncias em um único objetivo, e a precária consciência da população sobre os modos de prevenção dessa doença, pois mesmo com a realização de educação em saúde nos mais diversos setores da sociedade e inúmeras formas de disseminação da informação, a população ainda mostra-se colaboradora com a proliferação do mosquito transmissor.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente, em 100 países, de todos os continentes, exceto a Europa. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue (BRASIL, 2002).

Sendo assim, a dengue tem constituído um grave problema de saúde pública no mundo e a incidência de dengue nas Américas, incluindo o Brasil, apresenta características ascendentes nas duas últimas décadas, mesmo com os vários programas de erradicação ou controle efetivados. Desde a década de 1980 o Brasil vem promovendo estratégias diferenciadas de intervenção para redução da ocorrência de epidemias e da morbimortalidade por dengue, a exemplo tem-se o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) (FIGUEIRÓ et al., 2010).

Ressalta-se que para a efetivação do PNCD nas unidades federadas são necessários 10 componentes fundamentais que irão nortear as medidas preponderantes ao combate a dengue, são eles: Vigilância epidemiológica, combate ao vetor, assistência aos pacientes, integração com a atenção básica, ações de saneamento ambiental, ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, capacitações de recursos humanos, legislação, sustentação político social e acompanhamento e avaliação do PNCD (BRASIL, 2002).

Entrementes, tais componentes só serão possíveis de serem alcançados e mobilizados se houver uma gestão em saúde aliada ao trabalho em equipe. Contudo, a gestão participativa merece destaque na discussão que se desenrola, a própria PNH prevê nas suas estratégias gerais a promoção de ações que levem a participação dos trabalhadores nas decisões, para que estes se sintam partícipes do processo, traduz-se então, em um trabalho coletivo em busca de ações planejadas, estratégicas e resolutivas, no controle e combate a dengue, o que implica em uma melhor qualidade da gestão e, por conseguinte, da atenção em saúde (BRASIL, 2004).

Salienta-se, nesse meio tempo, a relevância do trabalho em equipe no controle e combate a dengue, isto é, mediante a comunicação, a solidariedade, a troca de saberes e de experiência, a interdisciplinaridade para o alcance de uma atenção ampliada que compreende os determinantes sociais do processo saúde/doença, os quais são basilares para conhecer os modos de andar a vida da população e, conseqüentemente, os riscos para o desenvolvimento do mosquito transmissor e infestação da doença.

Metodologia

O estudo apresenta-se como um Relato de Experiência sobre as estratégias empregadas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para o controle da epidemia de dengue no município de Jaguaribara-CE.

Para a elaboração da pesquisa foram utilizados os documentos do Ministério da Saúde, bem como artigos oriundos da base de dados Scielo Brasil que serviram de base para tecer as reflexões nesse estudo. Acresce-se que foram priorizados artigos, cujas publicações compreendiam os anos de 2006 e 2010, em português, eliminando-se os textos coincidentes e selecionando as produções de maior relevância para o tema.

A experiência baseia-se nas estratégias elaboradas, com o apoio da gestão em saúde unida ao trabalho em equipe, para controlar e combater os casos de dengue a tempo nobre. As estratégias de intervenção foram as descritas a seguir:

Reuniões com as demais instâncias representativas da sociedade, entre elas a secretaria municipal de saúde, educação, ação social, cultura e turismo, infraestrutura, agricultura, planejamento, administração e finanças, participação da população civil e dos representantes da 10ª CRES (Células Regional Estadual de Saúde). Na ocasião foram discutidas de forma intersetorial as medidas necessárias a serem efetivadas para o controle e combate da dengue e como essas medidas poderiam ser implementadas na realidade em estudo; elaboração do Plano de Combate a Dengue que norteia as ações a serem criadas e efetivadas pelo município e construção do cronograma semanal de ações de controle e combate a dengue pelos diversos seguimentos.

Dentro das ações mencionadas foram pactuadas as seguintes atividades, as quais foram realizadas mediante a gestão participativa e o trabalho em equipe desenvolvido pelos profissionais que compõem a SMS e demais instâncias:

Educação em Saúde realizada em vários espaços sociais, como escolas, grupos de idosos e espaços da atenção básica, com a contribuição de multiprofissionais;

Tratamento focal e com fumacê nas ruas da cidade de acordo com os ciclos e sob a coordenação de endemias;

Elaboração de panfletos educativos informando como prevenir e combater a dengue;

Carro de som passando nas ruas informando sobre a epidemia no município, as medidas de prevenção e sobre o cronograma de ação semanal;
Mutirão para limpeza dos quintais dos domicílios com a participação dos profissionais de vários setores, equipe de limpeza do município e população civil em geral;
Limpeza dos terrenos baldios, ação realizada sob a responsabilidade da equipe de infraestrutura e limpeza do município;
Incentivo a notificação diária dos casos de dengue no sistema de informação – SINAN;
Mobilização nas ruas com cartazes informativos, entrega de panfletos, carro de som, palestra e participação dos profissionais de várias segmentações.
Essas foram as estratégias escolhidas pelos profissionais para prevenir e controlar a dengue, todas elas orquestras pela gestão em saúde e pelo trabalho em equipe executado diariamente, sendo pois, considerados como instrumentos de mérito para o sucesso das ações desenvolvidas no setor saúde, em ênfase a vigilância epidemiológica.

Resultados e Discussão

A experiência no controle e combate a dengue no município de Jaguaribara, que conta hoje com aproximadamente 10.999 pessoas (IBGE, 2010), proporcionou a obtenção de resultados positivos na redução dos casos de dengue. Através desse trabalho de promoção à saúde, pode-se perceber que a educação em saúde é um instrumento de transformação social que traz retorno importante no processo ensino/aprendizagem, pois como se sabe “o ato de ensinar – aprender deve ser um conjunto de atividades articuladas, nas quais esses diferentes atores compartilham, cada vez mais, parcelas de responsabilidade e comprometimento” (MITRE et al 2008, p. 2137). Nessa perspectiva, as estratégias utilizadas para controlar e combater a dengue proporcionaram uma diminuição relevante, sobretudo entre o mês de julho e agosto de 2014, período em que as ações se intensificaram. Destaca-se que desde o mês de janeiro vinha havendo um aumento nos números de casos notificados, porém a partir do mês de junho os números passaram a ser mais preocupantes, atingindo valores surpreendentes no mês seguinte, a afirmativa é comprovada na tabela a seguir, construída com dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN):

AVALIAÇÃO DOS CASOS DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA - CEARÁ																	
	JANEIRO	PORCENT**	FEVEREIRO	PORCENT*	MARÇO	PORCENT*	ABRIL	PORCENT*	MAIO	PORCENT*	JUNHO	PORCENT*	JULHO	PORCENT*	AGOSTO	PORCENT*	TOTAL
NOTIFICADOS	3		3	0	9	200	12	33,3	15	25	58	286,6	172	196,5	81	-52,9	353
CONFIRMADOS	3		3	0	4	33,3	8	100	4	-50	43	975	117	172	11	-90,5	193
DESCARTADOS	0		0	0	2	0	4	100	10	150	14	40	35	150	5	-85,7	70

* Porcentagem de variação em relação ao mês anterior

** Não realizada devido a exclusão do mês de dezembro de 2013 nos critérios de seleção dos dados

O município de Jaguaribara apresenta um quadro crescente de casos de dengue de janeiro a agosto, contabilizando no total 345 casos notificados e 193 confirmados, iniciando em janeiro com apenas 03 casos notificados e confirmados e terminando o mês de agosto com aproximadamente 81 casos notificados e 11 confirmados. Esses dados mostram que o trabalho de controle e combate a dengue deve ser contínuo e que as estratégias devem ser avaliadas e reconstruídas diariamente, e sempre que necessário, para que a situação epidemiológica permaneça controlada e não atinja valores de epidemia (NETO et al., 2006).

Perante o exposto, observa-se que com a intensificação das ações que ocorreram no mês de julho e agosto, houve uma diminuição significativa nos casos de dengue para o município, alcançando uma redução de 52,9% no número de casos notificados no mês de agosto em relação ao mês anterior e de 90,5% no número de casos confirmados.

Essa redução foi alcançada através de um trabalho intersetorial e interdisciplinar, o qual deve ser levado adiante, ou seja, tornar-se contínuo nas ações de saúde do município de Jaguaribara, para que os números não voltem a ser crescentes, diminuindo os riscos de morbimortalidade por causa de dengue.

Os resultados são consequências de um trabalho que primou pela gestão participativa e estratégica e que ressaltou o trabalho em equipe nas ações desenvolvidas, abrindo espaços para a troca de experiências e saberes e para o compartilhamento das decisões e responsabilidades, partindo do princípio que todos os atores são coparticipes na produção de saúde, sendo assim, esta passa a ser uma responsabilidade de todos os cidadãos, sejam eles civis, representantes políticos, profissionais da saúde, demais trabalhadores e gestores.

A gestão trabalha na busca de identificar as necessidades presentes, estimulando a participação da população e dos profissionais na tomada de decisões, ou seja, é uma forma de gerenciar diferenciada do autoritarismo e que se alicerça no planejamento, na democracia e no trabalho em equipe (BRASIL, 2004). Assim, mediante a relevância que a gestão carrega, afirma-se que a mesma foi indispensável para a diminuição alcançada dos casos de dengue e que deve continuar presente nas ações a serem planejadas e realizadas.

Nesse permear, alguns fatores foram apontados como limitantes no combate a dengue, entre eles a dificuldade de congregar todas as instâncias em um único objetivo, e a precária consciência da população sobre os modos de prevenção dessa doença, pois mesmo com a realização de educação em saúde nos mais diversos setores da sociedade e inúmeras formas de disseminação da informação, a população ainda mostra-se colaboradora com a proliferação do mosquito transmissor.

É gratificante reconhecer que a concretização das atividades ocorreu de forma positiva, sem muitas dificuldades para serem enfrentadas pelo grupo, que contou com uma relação agradável e satisfatória, atingindo os objetivos propostos.

Diante da satisfação de aproximar-se de instrumentos de grande significância para a saúde: a gestão participativa e o trabalho em equipe, inicia-se, com a experiência vivenciada, um grande desafio de disseminar a educação em saúde como medida primordial para a diminuição dos casos de dengue, através da valorização da promoção à saúde, todavia como destaca Silva, et al (2010, p.2547)

Apesar do grande desenvolvimento e de uma reorientação crescente no campo das reflexões teóricas e metodológicas da educação em saúde, o mesmo não vem ocorrendo na prática dos serviços. Talvez um dos grandes desafios seja a formação de uma nova hegemonia representada por recursos humanos de formação orientada pela educação popular e respeito aos saberes da comunidade, em busca de uma verdadeira cidadania compartilhada.

Dessarte, é inegável que o aprendizado mútuo foi uma das recompensas alcançadas com o trabalho desenvolvido no controle e combate a dengue no município de Jaguaribara-CE, pois contribuiu para a construção e reconstrução de conhecimentos, nos engrandecendo como profissionais críticos, reflexivos, comprometidos com a produção de saúde.

Conclusão

A experiência vivenciada pelos profissionais da SMS no controle e combate a dengue no município de Jaguaribara no período de janeiro

a agosto de 2014 foi, incontestavelmente, de grande relevância para todos os atores envolvidos, tendo em vista o aprendizado obtido e os resultados alcançados. Estes, por sua vez, mostraram que as estratégias escolhidas e efetivadas foram positivas para a diminuição nos números de casos de dengue bem como para promoção à saúde.

É notório que, através da análise das estratégias realizadas associado ao resultado obtido, a política de controle da dengue tem que contemplar a interdisciplinaridade, na forma de trabalho em equipe, e a gestão participativa como meios de se obter eficiência na prevenção primária dessa patologia. Estratégias como as reuniões realizadas junto com representantes de outras secretarias do município tornaram possível uma ampliação nas diversas formas de combate a doença e integraram a gestão municipal, como um todo, no enfrentamento da dengue. A educação em saúde e a divulgação social de medidas de controle em escolas e outros espaços públicos propiciaram o conhecimento aos profissionais que lidam diariamente no enfrentamento e agregaram a população geral, demonstrando que os mesmo são essenciais para a eficácia dos objetivos almejados; o fumacê, ações de limpeza pública combinados à criação de mutirões, que integraram a população civil, despontaram como atuações concretas e eficazes de combate ao mosquito transmissor. Essas ações públicas culminaram com uma queda expressiva na quantidade de notificações entre o mês de julho e agosto de 2014, servindo como exemplo de políticas públicas competentes no controle da epidemia de dengue nos municípios.

Referências

BRASIL. Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD). Brasília, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.

BRASIL. Política Nacional de Humanização. Brasília, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2014.

FIGUEIRÓ, Ana Cláudia et al. Análise da lógica de intervenção do programa nacional de controle de dengue. Revista Brasileira Saúde Materno Infantil, Recife, v. 10, n. 1, p. 93-109, nov. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000500009>. Acesso em: 20 ago. 2014.

MITRE, Sandra Minardi et al. Metodologias ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. Ciência & saúde coletiva, Rio de Janeiro, v.13, p. 2133 – 2144, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1413-81232008000900018&script=sci_abstract>. Acesso em: 25 ago 2014.

NETO, Francisco Chiaravalloti et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do programa saúde da família com relação ao programa tradicional de controle. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, p. 987 – 997, mai.2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000500011>. Acesso em: 25 ago 2014.

SILVA, Cristiane Maria da Costa et al. Educação em saúde: uma reflexão histórica de suas práticas. Ciências e saúde coletiva. Rio de Janeiro, 2010, v.15, p. 2539-2550. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500028>>. Acesso em: 21 ago. 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=230680>>. Acesso em 22 de ago. 2014.

SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS E NOTIFICAÇÕES (SINAN). Disponível em: <<http://sinan.saude.gov.br/sinan/secured/consultar/consultarNotificacao.jsf>>. Acesso em 29 de ago. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos a todos que, de alguma forma, contribuíram com a realização das estratégias de controle e combate a dengue e que se empenharam com a produção da pesquisa. A Secretaria Municipal de Saúde de Jaguaribara e toda a sua equipe de trabalho, a Coordenação da Vigilância Epidemiológica da 10ª CRES, a Coordenação de Endemias de Jaguaribara, todas as secretarias que representam o município, pelo apoio e disponibilidades no enfrentamento da epidemia de dengue e a toda população que possibilitou a realização de todas as ações.

A HUMANIZAÇÃO NO PROCESSO DO CUIDAR

Adriana Simplício de Araújo – FANOR (Faculdades Nordeste) / adrianasimplicio1@gmail.com
Débora Joyce Nascimento Freitas – FANOR (Faculdades Nordeste)
Ana Paula Nogueira de Vasconcelos – FANOR (Faculdades Nordeste)
Bruno Pereira Moura – FANOR (Faculdades Nordeste)
Karla Maria Carneiro Rolim – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Palavras-chave: Humanização. Enfermagem. Cuidar

Resumo

A humanização no processo do cuidar deve ser um recurso existe para melhoria no atendimento e nas relações de saúde. A carência no sistema de saúde pública é um fator que pode colaborar para existência de relações desumanas no âmbito da saúde. Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em uma unidade básica de saúde (UBS), durante o mês de maio de 2014, na cidade de Fortaleza-CE. Tendo como objetivo como discutir sobre as práticas de humanização no serviço de saúde, abordando mais especificamente as relações entre profissionais e usuários, profissionais e gestores e dos profissionais entre si. A partir do estudo e baseando-se nas práticas observadas, acreditamos que a colaboração da inserção de novas práticas humanizadas por parte dos profissionais e gestores pode contribuir para a evolução do sistema de saúde pública.

Introdução

Segundo Onocko Campos (2004), a desumanização existente nos serviços de saúde é um produto humano, ainda quando resulte de uma combinação de problemas estruturais com posturas alienadas e burocratizadas dos operadores.

Apesar da grande carência do sistema de saúde pública de todas as áreas da saúde, podemos destacar à estrutura física no momento do atendimento, também dificuldade da grande demanda de pessoas e o número reduzido de profissionais que realizam atendimento em lugares inapropriados. Tudo isso pode dificultar o processo de humanização.

Não se deve deter apenas o profissional no momento do atendimento apenas ao ambiente físico que o cerca, mesmo que ele tenha grande influência no atendimento, a consulta e os serviços podem ser realizados de forma humanizada, atendendo as necessidades do paciente.

Stone (2003), diz que o *bem-estar* foi definido como sendo equivalente à saúde. O bem-estar implica ser proativo e envolver pessoas e esforços na direção de um estado de bem-estar físico, psicológico e espiritual, no qual elas se vêem e se sentem melhores.

A partir do descrito, podemos perceber que o processo de bem-estar e relacionamento está diretamente relacionado com a capacidade do profissional de dominar determinadas situações e de conduzi-las a fim de solucionar ou minimizar o problema. A sensação de bem-estar está presente como um fator que facilita a relação do profissional/paciente no ambiente de trabalho.

Hood e Leedy (2003) consideram que o bem-estar possui quatro componentes: (1) capacidade de realizar o melhor de sua capacidade, (2) capacidade de se ajustar e de se adaptar a diversas situações, (3) relato de uma sensação de bem-estar e (4) sensação de que “tudo está bem” e harmonioso. As necessidades básicas do paciente também devem ser atendidas, percebe que quando certas necessidades são realizadas o cliente se sente satisfeito no final do atendimento.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de natureza qualitativa, do tipo relato de experiência, realizado em uma unidade básica de saúde (UBS), durante o mês de maio de 2014, na cidade de Fortaleza-CE. Foi utilizada uma entrevista semi-estruturada, onde utilizamos um roteiro com pauta, com algumas perguntas para abordar no momento da entrevista. Foram transcritas de forma formal as falas das pessoas entrevistadas. Foram colocadas as iniciais do nome dos entrevistados, e a idade. Todos os aspectos éticos foram preservados.

Resultados e Discussão

Relação Profissional/ Paciente

Área de atuação: Enfermagem

“O profissional de enfermagem possui muitas necessidades na prestação de seus serviços, embora a atenção e a humanização não estejam totalmente relacionadas ao ambiente onde os serviços são prestados, mas com as pessoas com quem convive dentro do hospital ou da unidade” afirma a enfermeira, B.L.M, 29 a.

A humanização percebe-se através do seguinte interpretação da fala anterior, que não depende totalmente do ambiente, ou seja, da estrutura do hospital ou unidade de saúde, mas como as pessoas daquele ambiente convivem com o profissional. Segundo relatos, de B.M.L. 29 anos, enfermeira da unidade, os pacientes muitas vezes são impacientes, e não conseguem esperar o atendimento. Quando a critério de classificação de risco também é muito difícil por que muitas vezes o paciente simula a dor para ser atendido.

“Nós como profissionais de saúde não podemos subestimar a dor do paciente, mesmo sabendo que as vezes a certo drama da parte dele”, afirma a enfermeira, B.M.L, 29 a.

O aspecto social, segundo alguns profissionais, também é muito importante, pois o paciente se declara totalmente necessitado dos profissionais em todos os aspectos, e muitas vezes a sobrecarga impede de satisfazer a necessidade dos pacientes.

Algumas percepções do grupo

Percebeu-se também a necessidade de contratar mais funcionários para o quadro de serviços fosse colocado em prática. As enfermeiras e técnicas de enfermagem presentes relataram que o atendimento do paciente pode ser prejudicado quando o número de

profissionais é reduzido. Há muitas atribuições e poucos profissionais, elas afirmam que as condições de atendimento são ruins para os profissionais e para os pacientes também. Há também uma dificuldade de compreender a dor do paciente, quando ele relata sentir muita dor e a sua veracidade, ou quando o paciente não consegue relatar a dor, mesmo estando sentindo muita dor. Podem-se observar outras demonstrações de dor, que não seja verbal, mas a fisionomia do paciente, e sua locomoção dentro da unidade ajudam a identificar o nível da dor.

Profissional/Profissional (gestor)

A relação com o gestor é muito difícil segundo os profissionais da unidade, quase nunca esse profissional está na unidade no momento de uma intercorrência, e os outros profissionais assumem a autoridade de resolver determinados problemas da unidade, o que também pode dificultar a ação dos serviços. Quando o profissional da unidade não pode resolver o problema, então há um atraso em toda a unidade, principalmente tratando-se de insumos.

Segundo F.M.B, 38 a, técnica de enfermagem da unidade de saúde, a relação com os gestores é difícil pelo distanciamento e as barreiras impostas por eles. “ Os gestores da unidade, não estão presente na unidade o tempo todo, é difícil vê-los aqui todo o dia, e quando estão, não estabelecem diálogo com os profissionais. Além de não promoverem capacitações para a formação dos profissionais da unidade. ”

Percepções do grupo

A relação profissional/profissional parece bastante conturbada. A unidade onde foi realizada a pesquisa sofreu atualmente por mudanças físicas, e de ambiente, foi deslocada para outro local e novos funcionários foram elencados para a equipe de saúde, assim o vínculo de relacionamento entre esses profissionais não era satisfatório a ponto de suprir as necessidades do paciente.

Paciente/ Profissional

Pacientes da unidade relataram ter necessidade de seus dados serem coletados mais seriamente. Verificou-se que há uma grande divergência entre o que vimos na teoria, toda sistematização da assistência e o que é vivenciado na prática.

Pacientes sentem necessidade que seu relato de dor seja coletado mais seriamente (se sentem excluídos, não se sentem ouvidos quando a dor deles é subentendida pelos profissionais), relatam também sobre o respeito de alguns profissionais em dedicar-se aos cuidados e procedimentos. Usar uma classificação de atendimento, para os paciente é dificultoso e atrasa o atendimento. Ter sua dor avaliada e tratada corretamente (Muitos relatam não serem tratados durante a consulta de enfermagem com devida atenção). Ter sua dor reavaliada continuamente, e ajustar tratamento adequado são as principais queixas.

Os pacientes dizem que os profissionais da unidade, principalmente os enfermeiros são compreensivos, entretanto, ainda há um atendimento desumanizado. “Os enfermeiros daqui, tratam a gente bem, mas a unidade está lotada de pacientes, e eles dão prioridade muitas vezes a quem está sentindo mais dor. Muitas vezes a minha dor é maior que a do outro, mas as pessoas daqui não acreditam.”, afirma F.H.V, 30 a, paciente da unidade.

Percepções do grupo

Ter que avaliar além da dor, não só com a prescrição, ou o cuidado no uso de medicações, mas o que está causando essa dor é muito importante. Percebeu-se também que os profissionais de enfermagem, especificadamente, são tratados de forma respeitosa pelos pacientes. Verificou-se que esses pacientes não se adaptaram ao processo de atendimento que lida com a classificação de risco (de acordo com o risco, acontece o atendimento). Os profissionais a partir de nossa percepção durante a entrevista não conseguem realizar uma humanização no momento da espera do paciente, o que acarreta mais inquietude nos pacientes. Os pacientes da unidade relatam que os profissionais não sabem classificar a dor, e muitas vezes subestimam o que os pacientes falam. Eles dizem “não ser levado a sério”.

Conclusão

A partir do seguinte estudo, compreendemos a necessidade de conhecer o paciente, e o que envolve sua fisiopatologia. Suprir as necessidades do paciente não apenas relacionado a patologia e a dor, mas a todos os aspectos que podem estar contribuindo com a patologia.

Percebemos como estudantes as principais necessidades do enfermeiro dentro do seu ambiente de trabalho para lidar com o paciente e com os outros profissionais e gestores. E como o profissional pode lidar melhor para colocar em prática o processo de humanização.

Referências

1. CABRAL, G. Maslow e as necessidades humanas. 2012. Disponível em:< <http://www.mundoeducacao.com/psicologia/maslow-as-necessidades-humanas.htm> >.
2. ONOCKO CAMPOS, R. Humano, demasiado humano: uma abordagem del mal-estar em la institución hospitalaria. In: SPINELLI, H. (Org.) Salud Colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2004. P.103-21. *Apud*, CAMPOS, W.S.
3. SMELTZER, Susana C.,*et al*. Brunner & Studdart. Trado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.vol 1. unid 1, cap. 5 .-Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2009. *apud* STONE, 2003.
4. SMELTZER, Susana C. *et al*, Brunner & Studdart. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol. 1. Unid 5, cap. 2. – Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. 2009. *Apud* Hood e Leedy. 2003.
5. SMELTZER, Susana C. *et al*, Brunner & Studdart.Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Vol. 1. – Rio de Janeiro. Guanabara

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Koogan. 2009.

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a Deus que sempre nos deu força e sabedoria para realização deste trabalho. À nossa orientadora Karla Maria Carneiro Rolim pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções. Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte do nosso trabalho.

A IGREJA COMO ESPAÇO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: PROMOVENDO A QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS

Livia Maria Damasceno dos Santos (apresentador) – Universidade Federal do Ceará. Email: livia_damasceno@yahoo.com.br
Deiziane Viana da Silva Costa- Universidade Federal do Ceará
Vera Lucia Teobaldo Damasceno- Faculdade Metropolitana de Fortaleza
Altamira Mendonça Félix Gomes- Universidade Federal do Ceará
Mônica Oliveira Batista Oriá(Orientador) – Universidade Federal do Ceará

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

Resumo

As transformações demográficas iniciadas no último século destaca o crescimento de uma população cada vez mais envelhecida. Diante dessa realidade, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida, dessa maneira a Educação em Saúde se torna ferramenta imprescindível para melhorar a manutenção da saúde. O objetivo do estudo é descrever uma estratégia de Educação em Saúde acerca de Qualidade de Vida para grupo de idosos no ambiente da igreja. O presente estudo consiste em um relato de experiência, do tipo descritivo, elaborado a partir de uma estratégia educacional de promoção da qualidade de vida em idosos desenvolvida por acadêmicas do último semestre de Enfermagem. A estratégia foi realizada numa igreja localizada no município de Jaguaruana-Ceará no período de julho de 2013. A população era composta por idosos que faziam parte tanto de um grupo de oração da igreja como estavam inseridos no programa de atenção ao Hipertenso e Diabético da Unidade Básica de Saúde da região. A estratégia foi constituída por quatro momentos. A acolhida no espaço onde ocorreu a estratégia foi bastante calorosa. A participação de todos os idosos foi bastante ativa, durante a exposição da temática todos expuseram suas opiniões baseadas na vivência do cotidiano. A igreja pode ser um espaço um bom local para a promoção da saúde, pois é um espaço que confere segurança para os frequentados e onde a reunião de grupos é feita de maneira habitual, e como percebido é um local acolhedor.

Introdução

As transformações demográficas iniciadas no último século destaca o crescimento de uma população cada vez mais envelhecida. Diante dessa realidade, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida. O conceito de qualidade de vida não deve ser limitado à existência ou não de morbidades. Assim, o conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e abrange uma série de aspectos como a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o autocuidado, o suporte familiar, o próprio estado de saúde, os valores culturais, éticos e a religiosidade, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com atividades diárias e o ambiente em que se vive(VIDO E FERNANDES, 2007). É importante saber que qualidade de vida é um conceito subjetivo dependente do nível sociocultural, da faixa etária e das aspirações pessoais do indivíduo. Dessa forma a Promoção da Saúde torna-se ferramenta imprescindível para melhor manutenção da qualidade de vida. Promoção da Saúde visa contribuir para que grupos da população sejam capacitados para refletir sobre seus problemas e tomar decisões para melhorar sua qualidade de vida. Entende-se que a capacitação para autonomia do cuidado seja mais efetiva quando o grupo é orientado dentro do seu ambiente social. Os espaços onde ocorrem as estratégias de educação precisam atender adequadamente às necessidades de saúde da população valorizando as múltiplas interconexões socioculturais. A Igreja representa um espaço de rede social de apoio com a finalidade de contribuir com o bem estar das pessoas (FERREIRA, 2011), deste modo as estratégias de promoção da saúde implementadas pela equipe multiprofissional de saúde no ambiente da Igreja possuem um forte poder motivador de mudanças de hábitos de saúde inadequados. Além da Igreja ser um espaço espaço que confere segurança para os frequentadores, podemos facilmente atingir um público considerável, pois é onde a reunião dos grupos de oração é feita de maneira habitual. Desse modo o objetivo do estudo é relatar uma estratégia de Educação em Saúde acerca de Qualidade de Vida em um grupo de idosos.

Metodologia

O presente estudo consiste em um relato de experiência, do tipo descritivo, elaborado a partir de uma estratégia educacional de promoção da qualidade de vida em idosos desenvolvida por acadêmicas do último semestre de Enfermagem. A estratégia foi realizada numa igreja localizada no município de Jaguaruana-Ceará no período de julho de 2013. A população foi composta por 26 idosos que faziam parte tanto de um grupo de oração da igreja católica como estavam inseridos no programa de atenção ao Hipertenso e Diabético da Unidade Básica de Saúde- UBS da região. A estratégia foi constituída por quatro momentos: Acolhida do grupo; Avaliação prévia da prontidão em aprender dos participantes; Roda de conversa, onde foram abordadas as principais temáticas envolvidas na qualidade de vida na terceira idade (Alimentação saudável, atividade física, adesão a terapia medicamentosa, participação nas consultas de rotina, ingestão hídrica, evitar hábitos como alcoolismo e tabagismo); Avaliação pós estratégia. No primeiro momento, nomeado como acolhida do grupo, foi realizado uma dinâmica para conhecer todos os participantes, a dinâmica consistiu em cada participante pronunciar seu nome e posteriormente solicitar ao grupo uma ação, como abraçar, para todos repetirem. Posteriormente, foi realizada uma atividade de alongamento e relaxamento. No segundo momento foi realizada uma avaliação por meio de recursos visuais com o objetivo de conhecer a prontidão em aprender dos idosos antes da realização da estratégia. Os recursos visuais utilizados consistiram em três caricaturas com diferentes expressões (placa de cor verde= felicidade, grande disposição para realizar as atividades propostas; Placa de cor amarela= simbolizava imparcialidade de sentimentos, mas existia a disposição para participar das atividades; Placa de cor vermelha= tristeza, não apresenta disposição). O terceiro momento consistiu na roda de conversa, onde cada tópico da temática geral foi exposta ao grupo por meio de projeção de slides. No quarto momento foi realizada a avaliação pós-estratégia, utilizando os mesmos recursos visuais usados na pré-avaliação a fim de obter o conhecimento da satisfação dos idosos com a estratégia realizada.

Resultados e Discussão

A estratégia foi realizada com 26 idosos que estavam esperando a consulta de Hiperdia, a acolhida no espaço onde ocorreu a estratégia foi bastante calorosa, os idosos encontravam-se bastante animados para o encontro. Na avaliação de prontidão para aprender, 19(73,07%) apontaram para a placa de cor verde, que representava alegria e disposição para participar do momento, enquanto 7(26,92%) apontaram para placa de cor amarela, confirmando que a maioria expressiva encontrava-se disposta para

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

participar do grupo. No momento da apresentação todos se dispuseram a pronunciar seus nomes e definir uma ação para o restante grupo executar, dentre as ações a mais solicitada foi o abraço, e sempre que definiam uma ação expressavam palavras de acolhida para o grupo como: “Desejo muita paz para todos”, “Que o grupo continue assim sempre animado”, “Que o grupo aumente cada vez mais”. Durante o relaxamento os comandos dos educadores foram bem atendidos, alguns idosos expressaram palavras de ânimo como: “hoje a manhã é de alegria”; “Vamos jogar a tristeza bem pra longe”, “Que manhã abençoada”. Após o relaxamento os idosos se animaram com ideia de alongamento com uma música bem animada, somente os idosos com mais idade não participaram do momento. No terceiro momento, na apresentação do tema, os idosos se apresentaram interessados nas informações que estavam sendo transmitidas e se sentiram à vontade para expressarem suas ideias, dúvidas e experiências. Dentre os itens apresentados os que causaram mais repercussão durante a estratégia foram: alimentação saudável, os malefícios do fumo e adesão à terapêutica medicamentosa. Durante o item alimentação saudável, eles demonstraram um bom conhecimento prévio a respeito das práticas preventivas tanto para a hipertensão, como para o diabetes. No tocante à prática do fumo, muitos idosos haviam parado de fumar e tinham encontrado apoio dentro do grupo, nesse momento então muitos relataram os malefícios que o fumo causaram em suas vidas e como parar de fumar foi edificante. Quanto à terapêutica medicamentosa muitas dúvidas foram levantadas. A Igreja foi o local escolhido para realização da estratégia, este foi indicado pela enfermeira da equipe da UBS da localidade que abrange a área da qual esses idosos fazem parte. Vale ressaltar que essa integração da UBS com a igreja foi fruto da iniciativa da enfermeira que percebeu que a evasão dos idosos inseridos no programa Hiperdia estava aumentando, pois as consultas coincidiam com o horário de encontro de oração dos idosos, então a equipe passou a utilizar o espaço para implementar estratégias de educação em saúde e acompanhar mais de perto os idosos que necessitavam de maior atenção.

Conclusão

A prática de Promoção da Saúde com idosos é muito importante, visto que na terceira idade os problemas de saúde se agravam, necessitando assim de maiores cuidados e orientação. A formação de grupo onde as atividades são realizadas de maneira frequente, possibilita ao idoso um espaço de fortalecimento das relações entre os participantes, que são da mesma comunidade, e com a equipe de saúde, que ganha um espaço para o desenvolvimento de suas atividades. A igreja pode ser um espaço um bom local para a promoção da saúde, pois é um espaço que confere segurança para os frequentados e onde a reunião de grupos é feita de maneira habitual, e como percebido é um local acolhedor. A promoção da qualidade de vida em idosos é um cuidado de Enfermagem de extrema relevância, uma vez que muitas das complicações ou doenças que surgem nos idosos decorrem em grande parte dos hábitos inadequados, como tabagismo que é um dos fatores que contribuem para o desenvolvimento de câncer de pulmão assim como insuficiências respiratórias. Outro exemplo importante é a atividade física que traz diversos benefícios, quando praticadas de forma adequada. Além disso, estudos sobre estratégias educativas fornecem subsídios para a prática do enfermeiro como educador.

Referências

VIDO, M. B; FERNANDES, R. A. Q. Qualidade de vida: considerações sobre o conceito e instrumentos de medida. Online braz. j. nurs. v.6, n.2, ago. 2007.

FERREIRA, A. G. N; GUBERT, F. A, MARTINS, A.K.L; GALVÃO, M. T.G; VIEIRA, N.F.C; PINHEIRO, P.N.C. Promoção da saúde no cenário religioso: possibilidades para o cuidado de enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. v.32, n.4, p. 744-750, 2011.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os idosos que nos receberam com muito carinho e atenção.
À todos os profissionais que nos forneceram segurança para agirmos como profissionais.

A IMPLICAÇÃO DO AUTOCUIDADO PARA PESSOAS COM HANSENÍASE

Ana Michele de Farias Cabral-Universidade Federal do Rio Grande do Norte (anamichefarias@yahoo.com.br)
Lucélia Maria Carla Paulo da Silva Duarte - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Deyla Moura Ramos Isoldi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Thayse Minosa dos Santos Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Izabella Bezerra de Lima Moura - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Clélia Albino Simpson - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Hanseníase. Autocuidado. Enfermagem

Resumo

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica com referências milenares que ainda hoje permanece como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, por conta de sua elevada magnitude e alto poder incapacitante. Objetiva-se identificar as ações de autocuidado de pessoas com hanseníase. Estudo descritivo e exploratório, de caráter qualitativo, realizado no Hospital Universitário Onofre Lopes, em Natal (RN). A amostra foi composta por 14 indivíduos acometidos pela hanseníase. Os dados foram obtidos por meio de questionário de identificação e de entrevista semiestruturada; eles foram interpretados à luz da técnica de análise de conteúdo. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob o CAAE n. 17468213.0.0000.5537. As entrevistas originaram 3 eixos temáticos: 1) As complicações/sequelas da hanseníase conhecidas pelos portadores da doença; 2) As ações de autocuidado adotadas pelos portadores de hanseníase; e 3) As possíveis contribuições de um grupo de autocuidado para os portadores de hanseníase. As ações de autocuidado foram minimamente relatadas pelos portadores de hanseníase, concentrando-se na lubrificação dos olhos, no uso de protetor solar, na hidratação da pele e no uso de calçados.

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica com referências milenares que ainda hoje permanece como um dos principais problemas de saúde pública no mundo, por conta de sua elevada magnitude e alto poder incapacitante (SIMPSON; FONSECA; SANTOS, 2010). O número de casos é alarmante no Brasil, principalmente pela incidência entre menores de 15 anos, o que indica alta endemicidade local. O país ocupa o segundo lugar no ranking geral de casos descobertos anualmente no mundo, perdendo apenas para a Índia. Em 2012, foram quase 29 mil brasileiros em tratamento para o agravo, incluindo 1.936 menores de 15 anos. (MONTEIRO et al, 2013).

O número de casos novos dessa doença tem declinado nos últimos anos em todo o mundo graças principalmente a poliquimioterapia, porém, a redução nas estatísticas brasileiras é discreta e há urgente necessidade de ações intersetoriais nos três níveis de governo focadas na prevenção e no tratamento da doença, bem como no acompanhamento e reabilitação de sequelas (MONTEIRO et al, 2013). Segundo Monteiro et al. (2013) a enfermidade apresenta elevada morbidade associada a estados reacionais e ao acometimento neural, que podem causar incapacidades físicas e deformidades permanentes, comprometendo significativamente a qualidade de vida dos pacientes, embora seja de fácil tratamento e cura. Seu elevado potencial incapacitante deve-se à predileção do *Mycobacterium leprae*, um bacilo intracelular, em acometer as células da pele e nervos periféricos, aliada ao seu poder imunogênico. Desse modo, acarreta acometimento dermatoneurológico, o qual pode levar a deformidades osteoarticulares e sequelas de natureza desfigurante, mutilante e incapacitante, que na maioria das vezes desencadeiam transtornos multidimensionais, inclusive aqueles decorrentes do estigma, abandono familiar e exclusão social.

A assistência dos serviços de saúde está direcionada aos indivíduos em tratamento poliquimioterápico, todavia, a resposta aos sujeitos comprometidos após a alta farmacológica é inadequada. Uma abordagem integrada é necessária, incluindo cuidados físicos e psicológicos e participação em grupos de autocuidado.⁶ Estes são espaços onde as atividades de educação em saúde surgem como sustentáculo para todas as medidas de controle e minimização dos danos da hanseníase. Por meio da educação, o enfermeiro orienta o portador do agravo a reconhecer e prevenir alterações na face, mãos e pés, bem como a tratar lesões de pele. Desse modo, o paciente torna-se corresponsável pelo seu tratamento, inicia e executa atividades de autocuidado deliberadamente para a manutenção da vida, saúde e bem-estar, ou seja, promove sua própria saúde (BATALHA, 2013)

Pelo exposto, a questão norteadora deste estudo é: “Quais são as ações de autocuidado realizadas pelos pacientes com hanseníase?”. Para respondê-la, foi adotado o seguinte objetivo: Identificar qual a implicação das ações de autocuidado para os pacientes com hanseníase.

Metodologia

Trata-se de um estudo de campo, descritivo e exploratório, de caráter qualitativo, realizado no ambulatório de dermatologia do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), unidade suplementar da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), localizado em Natal (RN).

A amostra foi composta por 14 indivíduos. A coleta de dados ocorreu no período de 23 de setembro a 4 de novembro de 2013. Após o primeiro contato e as devidas informações, os usuários e as pesquisadoras se encaminhavam a uma sala, disponível e previamente reservada para a realização da entrevista. Nesse local, os sujeitos receberam informações sobre os objetivos da pesquisa, as etapas da entrevista e o procedimento de gravação. As entrevistas foram iniciadas após a leitura e assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido e do termo de autorização de gravação de voz. Realizou-se entrevista semiestruturada, composta por 6 perguntas, que foram gravadas com dispositivo eletrônico.

As perguntas foram agrupadas em 2 eixos: o primeiro abordou o conhecimento do usuário sobre sua doença, tais como: O que você sabe sobre sua doença? Como é seu tratamento? Essa doença pode causar algum problema/complicação? O que você faz para evitar esses problemas/complicações? O segundo buscou conhecer a opinião do usuário sobre a assistência de enfermagem por meio dos questionamentos: Que orientações você recebe ou recebeu durante a consulta de enfermagem? O que você acha do seu atendimento no serviço de saúde? Você gostaria de conversar sobre sua doença, o tratamento e como prevenir sequelas com outros portadores da doença em grupo? As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin, e o sigilo do discurso foi garantido.

Este estudo seguiu os princípios éticos e legais que regem a pesquisa científica envolvendo seres humanos, preconizados pela Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e recebeu aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, sob o Parecer n. 387.769 e o CAAE n. 17468213.0.0000.5537.

Resultados e Discussão

Entrevistou-se 14 pacientes, dos quais 9 eram do sexo feminino e 5 do sexo masculino. Eles foram agrupados de acordo com a idade em intervalos de 15 anos, a faixa entre 31 a 45 anos foi a de maior incidência, reunindo 8 pacientes. A idade média foi de 43 anos. Houve predomínio de baixo nível de escolaridade, com concentração de 5 indivíduos no Ensino Fundamental incompleto. Em relação à renda familiar, a maioria de 8 portadores de hanseníase declararam sobreviver com renda máxima de 1 salário-mínimo. Em relação à classificação operacional, 7 sujeitos foram classificados como paucibacilares e os outros 7 como multibacilares. As incapacidades físicas estavam ausentes em 8 pacientes e os demais demonstraram comprometimento grau I.

Eixo temático 1: As complicações/sequelas da hanseníase conhecidas por pacientes com a doença

As respostas dos sujeitos sobre os problemas e as complicações da hanseníase foram superficiais, aparentaram insegurança ao relatar as possíveis complicações da doença por meio de respostas curtas e, em geral, focadas em um determinado aspecto do adoecimento.

Os relatos, transcritos abaixo, demonstram o conhecimento dos sujeitos sobre algumas complicações, como: a perda de movimentos, a diminuição da sensibilidade, as possíveis perdas de membros, as lesões na pele e as complicações oculares. Nenhum dos entrevistados referiu complicações com o nariz ou reações hansênicas.

Essa doença pode causar problemas e complicações. No tratamento tardio, ela pode trazer como complicações perda de movimento nos membros. (José)

Você pode também ter, perder a sensibilidade. Você pode se machucar... Você pode se machucar e não sentir doer. (Júlia)

Pode ocasionar de se perder um pé, um dedo, uma mão, uma perna. (Osvaldo)

Quando eu percebi a doença, eu já estava com a média, com a manchinha pequena. (João)

Minha vista piorou porque eu estou ceguinha. Eu tenho catarata e ela [médica] disse que corticoide prejudica [...]. (Maria)

Eixo temático 2: As ações de autocuidado adotadas por pacientes com hanseníase

Os entrevistados, ao falar das ações que realizavam para prevenir complicações da hanseníase, apontaram cuidados com a pele, com os olhos, com as mãos, com os pés, com o uso dos medicamentos e com a alimentação, como exemplificado a seguir:

Evitar o máximo de sol... usar protetor solar...hidratar a pele. (Osvaldo)

O colírio do olho, porque resseca muito o olho. (José)

Você tem que estar sempre fazendo a fisioterapia, ela disse para pegar uma bolinha e ficar apertando na mão, porque às vezes a minha mão adormece. (Júlia)

Não andar descalça. (Carla)

Eu tomo o remédio direitinho. (Francisca)

A alimentação tem que ser na hora. (Mateus)

[...] não ingerir bebida alcoólica. (Marcos)

Eixo temático 3: As possíveis contribuições de um grupo de autocuidado para pacientes com hanseníase

O grupo de autocuidado caracteriza-se como uma proposta do Ministério da Saúde para o controle da hanseníase, em uma perspectiva de educação em saúde, mas, também, de apoio emocional para o combate ao estigma e ao preconceito.¹⁰ Nesse contexto, perguntou-se: *Você gostaria de conversar sobre sua doença, o tratamento e como prevenir sequelas com outros portadores da doença em grupo?*

Os sujeitos reconheceram a importância de grupo de autocuidado como um importante veículo de informação, um canal de escuta e de educação em saúde, capaz de promover a adesão ao tratamento e de combater o preconceito atrelado à doença.

A gente quer saber mais, né?! Por que a gente sabendo, a gente vai se cuidar mais. Vai se cuidar mais. Eu passei por muitos exames nos médicos porque eu não sabia. (Mateus)

Quanto mais as pessoas ficarem esclarecidas, melhor. Facilita a adesão ao tratamento. É aquela coisa, quanto mais informação, melhor. (José)

A ressignificação e a resiliência foram encontradas em duas falas, em que os sujeitos expressaram o desejo e a esperança pela sua cura, como também, demonstraram interesse em ajudar o outro a viver seu processo de adoecimento.

Porque o que eu passei, eu queria passar pra outras pessoas, o que foi de bom... (Joana)

Estou interessado porque quero ter vitória e fico aliviado quando vejo o paciente como a minha sobrinha e outro paciente ali que teve vitória. (João)

A hanseníase faz parte de um grupo de 17 doenças denominadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) doenças tropicais negligenciadas (DTNs), as quais são diversificadas do ponto de vista médico, mas que constituem um grupo por atender às seguintes características: relacionam-se com a pobreza e situações de desvantagem social; afetam populações com baixa visibilidade e pouca voz política; estigmatizam e discriminam; são comparativamente negligenciadas na área de pesquisa e desenvolvimento; não se difundem amplamente por grandes extensões territoriais de forma rápida; podem ser controladas, evitadas e possivelmente eliminadas pelo emprego de soluções eficazes e factíveis; e tendem a coexistir em ambientes tropicais (FOSS, MOTTA, 2012; SOARES, CLEMENTINO, SILVA, 2013).

Corroborando esse aspecto de outros estudos que trabalharam com a caracterização dos portadores de hanseníase, pode-se reforçar que os sujeitos deste estudo, em geral, estão inseridos nesse grupo de desvantagem social, por apresentarem baixa taxa de escolaridade e renda de um salário mínimo (NADIR et al 2011; SOARES, CLEMENTINO, SILVA, 2013).

A hanseníase continua sendo um dos graves problemas de saúde pública brasileira, embora seja uma doença totalmente tratável, devido à alta prevalência, evolução crônica e silenciosa, grande capacidade de provocar lesões incapacitantes ou deformantes e facilidade de proliferação de focos de infecção. Acarreta lesões na pele e nos nervos periféricos e pode causar complicações ou sequelas, alterando significativamente a qualidade de vida das pessoas acometidas, quando não tratadas ou diagnosticadas precocemente (RODINI et al, 2010; FINEZ, 2011).

Os sujeitos da pesquisa demonstraram, aparentemente, superficialidade ao falar das complicações da hanseníase. Deram respostas curtas e até errôneas como, por exemplo, o relato de Osvaldo, que menciona a “perda de pés, mãos e perna”. Nessa perspectiva, questiona-se, *será que ainda é forte o imaginário social da doença, a imagem do doente de hanseníase mal cheiroso, que vai perdendo partes de seu corpo?*

Os graus de incapacidades, estabelecidos pela OMS, são classificados numericamente como 0, 1 e 2, a partir da avaliação dos olhos, mãos e pés dos acometidos pela doença. O grau 0 corresponde à ausência do dano nos olhos, mãos e pés. O grau 1 indica a diminuição da sensibilidade, sem danos ou deformidades visíveis nas áreas avaliadas. O grau 2 representa a presença de deformidades devidas à hanseníase (BRASIL, 2008; NARDI, 2012).

As ações de prevenção de incapacidades ou ações de autocuidado em hanseníase têm por objetivo evitar as possíveis deformidades e incapacidades, buscando interromper a propagação das perdas funcionais e sociais, como também o estigma atrelado à doença. As explicações para os pacientes sobre a doença variam, em geral, sobre o autocuidado com os olhos, mãos e pés, como a higienização, hidratação, lubrificação, alongamentos, exercícios, orientações sobre a adaptação de instrumentos, objetos e calçados (BRASIL, 2008;

SIMPSON et al, 2011).

Acredita-se que o autocuidado depende do paciente e de sua relação com a equipe de saúde, a qual deve oferecer suporte para o desenvolvimento da autonomia do indivíduo. É unânime na literatura que os profissionais de saúde têm grande importância no repasse de orientações sobre o autocuidado, na motivação dos pacientes, na valorização da autoconfiança e do aprendizado de cada indivíduo (BRASIL, 2008; NARDI, 2012; SIMPSON et al, 2011; GONÇALVES, 2013).

Nessa perspectiva, a criação de grupos de autocuidado ou de estratégias de interação entre pessoas com a mesma experiência de adoecimento se caracteriza como meio de educação em saúde, local de socialização do saber, onde as orientações possam ser mais abrangentes e significativas para o grupo, ajudando a dirimir mitos sobre a doença (ALENCAR et al, 2013; PALMEIRA, QUIROZ, FERREIRA, 2013).

Conclusão

Verificaram-se respostas curtas e em alguns casos errôneas. As ações de autocuidado foram minimamente relatadas, se concentrando na lubrificação dos olhos, no uso de protetor solar, na hidratação da pele e no uso de calçados. Ainda esteve presente no discurso dos pacientes a imagem histórica da doença refletida na ideia de “partes do corpo caírem”, o que favorece a inferência de que o preconceito e o estigma da doença continuam vivos e afetam os indivíduos doentes.

As limitações do estudo estão relacionadas à dinâmica de acolhimento dos sujeitos no ambulatório, que se dá mensalmente e quando se realizam várias atividades além da administração supervisionada da medicação. Essa dinâmica, na percepção dos autores, também caracteriza um fator limitante para a criação de grupos de autocuidado e o aprimoramento das orientações de autocuidado.

Referências

- SIMPSON, C.A; FONSÊCA, L.C.T; SANTOS, V.R. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. Hansen Int [serial on the internet]. 2010 [cited 2014 Jan 15]; v. 35, n. 2, p. 33-40. Available from: http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244.
- MONTEIRO, L.D; ALENCAR, C.H.M; BARBOSA, J.C; BRAGA, K.P; et al. Incapacidades físicas em pessoas acometidas pela hanseníase no período pós-alta da poliquimioterapia em um município no Norte do Brasil. Cad Saúde Pública [serial on the internet]. 2013 May [cited 2014 June 2]; v. 29 n. 5, p. 909-20. Available from: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000900009&lng=en.
- BATALHA, E; MOROSINI, L. Atenção aos esquecidos. Radis [serial on the internet]. 2013 Jan [cited 2014 June 5];v. 12 n. 4 p. 8-16. Available from: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/atencao-aos-esquecidos>
- FOSS, N.T; MOTTA, A.C.F. Leprosy, a neglected disease that causes a wide variety of clinical conditions in tropical countries. Mem Inst Oswaldo Cruz [serial on the internet]. 2012 [cited 2014 June 5];107(Suppl 1):2833. Available from: <http://memorias.ioc.fiocruz.br/issues/special-issues/item/1393-leprosy-a-neglected-disease-that-causes-a-wide-variety-of-clinical-conditions-in-tropical-countries>.
- SOARES, F.N; CLEMENTINO, A.P.G; SILVA, C.S. Caracterização dos participantes de um programa de prevenção de incapacidades para hanseníase. Rev Enferm UFPE On Line [serial on the internet]. 2013 Feb [cited 2014 June 5]; v. 7 n. 2 p. 491-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3047/pdf_2038.
- NARDI, S.M.T; PASCHOAL, V.D.A CHIARAVALLLOTI-NETO, F; ZANETTA, D.M.T. Deficiências após a alta medicamentosa da hanseníase: prevalência e distribuição espacial. Rev Saúde Pública [serial on the internet]. 2012 Dec [cited 2014 Feb 11]; v. 46, n. 6 p. 969-77. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102012000600006&lng=en.
- RODINI, F.C.B; GONÇALVES, M; BARROS, A.R.S.B; MAZZER, N; et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. Fisioter Pesqui [serial on the internet]. 2010 June [cited 2014 Feb 11]; v. 17 n. 2 p. 157-66. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502010000200012&lng=en.
- FINEZ, M.A; SALOTTI, S.R.A. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. J Health Sci Inst [serial on the internet]. 2011 [cited 2014 June 5]; v. 29 n. 3 p. 171-5. Available from: http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p171-175.pdf.
- BRASIL. Manual de prevenção de incapacidades. 3. ed. Brasília, DF: Ed. Ministério da Saúde; 2008.
- GONCALVES, A. Realities of leprosy control: updating scenarios. Rev Bras Epidemiol [serial on the internet]. 2013 Sep [cited 2014 June 5];16(3):611-21. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2013000300611&lng=pt.
- ALENCAR, M.J.F; BARBOSA, J.C; PEREIRA, T.M; SANTOS, S.O; et al. Leprosy reactions after release from multidrug therapy in an endemic cluster in Brazil: patient awareness of symptoms and self-perceived changes in life. Cad Saúde Colet [serial on the internet]. 2013 [cited 2014 June 5]; v. 21 n. 4 p. 450-6. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a14.pdf>.
- PALMEIRA, I.P; QUEIROZ, A.B.A; FERREIRA, M.A. Marcas em si: vivenciando a dor do (auto)preconceito. Rev Bras Enferm [serial on the internet]. 2013 Dec [cited 2014 June 5]; v. 66 n. 6 p. 893-900. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000600013&lng=en.

A IMPORTÂNCIA DA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA NO PRÉ- NATAL: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Autor 1-(Apresentadora) - Lana Dayse Vasconcelos Figueiredo – Universidade de Fortaleza-lanadvf@hotmail.com

Autor 2 – Manoel Pereira de Sousa- Universidade de Fortaleza

Autor 3 – Geildo Silva do Nascimento- Faculdade tecnologia intensiva do Ceará

Autor 4 – Harley Silveira Menezes- Universidade de Fortaleza

Autor 5 (Orientador) – Rosendo Freitas de Amorim- Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: . Pré-natal. Saúde pública. Humanização. Assistência. Cuidado.

Resumo

É na gravidez que os cuidados de pré-natal merecem atenção. Sabe-se que com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) várias melhorias de acesso e atendimento básico e especificamente ao serviço especializado com mais rapidez e segurança em relação às gestantes ganharam qualidade e respeito, pois as políticas de saúde públicas também melhoraram nos auxílios. Foi Analisado através de estudos teóricos de literatura em artigos científicos como ocorre o atendimento pré-natal das gestantes e sua relação no acompanhamento humanizado pelos profissionais da Saúde, além de identificar o nível de compreensão quanto à importância desse momento do pré- natal na vida das gestantes e conhecer as dificuldades encontradas ou intercorrências das gestantes no período pré-natal que interferem no processo de humanização. trata-se de uma Revisão Literária que visa conhecer as evidências apresentadas na Literatura sobre as intercorrências das gestantes no período pré natal e a procura de humanizá-lo por parte do profissional de saúde. Encontrou-se 13 artigos e selecionou-se 06 artigos na íntegra, no idioma português e publicados entre 1997 a 2012, logo após, Categorizou-se, avaliou-se, interpretou-se e apresentou-se os resultados. Diante das mesmas, observou-se que ainda não é fácil fazer um acompanhamento humanizado sem que elimine várias dificuldades como falta de informação das gestantes e despreparo do profissionais. Diante dessa pesquisa, percebeu-se que todos os profissionais de saúde devem proporcionar um atendimento mais humanizado as gestantes e procurar interferir de forma positiva em seu acompanhamento, motivando-as e esclarecendo-lhes suas dúvidas.

Introdução

As Políticas de descentralização dos serviços públicos de saúde pelo Ministério da Saúde em 1994, pode se perceber um avanço significativo no atendimento a população aos serviços básicos de Saúde. A implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) trouxe melhorias ao acesso e ao atendimento básico e especificamente ao serviço especializado com mais rapidez e segurança. Dentre esses serviços pode-se destacar o atendimento as gestantes como uma maneira significativa no cuidado ao pré – natal, trazendo maior cobertura e acompanhamento às mães parturientes (ALMEIDA; NÓBREGA-THERRIEN, 2005).

Pode- se perceber que a gravidez é um evento de muita significação na vida da mulher e permeada por valores e transformações que se constituem como ímpares, sendo experimentados de formas diferentes pelas mulheres (SOUZA; ROECKER; MARCON, 2011).

Segundo Brasil (2003) também é caracterizada como um período de mudanças físicas e emocionais que determinam o acompanhamento pré-natal, com a prioridade do acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo.

De acordo com o Ministério da Saúde, Brasil (2006) pode se destacar que uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação.

Para isso faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; estabelecer novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários (as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2006a).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde se observa que a atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006b).

Nesse mesmo contexto destaca se ainda o Ministério da Saúde que apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas (BRASIL, 2006c).

Nesse intuito Nascimento e Nóbrega-Therrien (2005) destacam a importância do pré- natal quando observam que é através do pré-natal que os profissionais de saúde acompanham o desenvolvimento da gestação, podendo detectar e tratar intercorrências que possam prejudicar o desenvolvimento do feto. Em função dessas considerações, a consulta reveste-se de importância redobrada em relação a qualquer outra, pois delas resultam diagnósticos e orientações, que terão influências sobre o desenvolvimento de dois clientes: a gestante e o produto da concepção.

Nesse contexto pode-se perceber que ainda perduram vários problemas apesar da melhoria no atendimento e na descentralização dos serviços prestados pelo SUS. Sem os devidos cuidados os serviços prestados poderão ficar comprometidos. A detecção de problemas durante o período do pré- natal é de fundamental importância, pois eles poderão comprometer o prognóstico futuro seja ele materno, fetal ou dos dois.

Por isso a atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período. Diante dessa situação, está clara a necessidade de esforço coletivo, de setores governamentais e não-governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal em todo o País. Reiteramos aqui a importância da participação social nesse processo (BRASIL, 2006d).

Sabe- se que no Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto, esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram sete ou mais consultas foi menor no Norte e Nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2006e).

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura no qual elaborou-se uma questão norteadora, realizou-se pesquisa nos bancos de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) utilizando os descritores Pré-natal humanizado. Encontrou-se 13 artigos e selecionou-se 06 artigos na íntegra escritos por profissionais de saúde, no idioma português e publicados entre 1997 a 2012.

Após a leitura dos artigos, notou-se que para responder a questão norteadora do estudo e atender aos objetivos propostos seria necessário conhecer os aspectos que envolvem o pré-natal e sua relação de atendimento de humanização. Nesse sentido, surgiram as seguintes categorias temáticas: Intercorrências que interferem em um pré-natal humanizado, Estratégias para promover o período do pré-natal mais humanizado, Percepção das gestantes ao atendimento pré-natal. O estudo tem como objetivo Geral, analisar através de estudos teóricos de literatura em artigos científicos como ocorre o atendimento pré-natal das gestantes e sua relação no acompanhamento humanizado pelos profissionais da Saúde. Como objetivos específicos: Identificar o nível de compreensão das gestantes quanto à importância desse momento do pré-natal; Conhecer as dificuldades encontradas ou intercorrências das gestantes no período pré-natal que interferem no processo de humanização.

Resultados e Discussão

Intercorrências que interferem em um pré-natal humanizado

Independentemente da dificuldade na avaliação da razão da mortalidade materna (RMM), os dados oficiais sinalizam uma situação real - a falta de qualidade dos serviços de assistência à gestação, parto e puerpério. Isto não é exclusivo do Brasil, mas atinge todos os países em desenvolvimento, onde estão as gestantes mais necessitadas e com maior dificuldade de acesso a assistência de qualidade (CALDERON; CECATTI e VEGA, 2006).

A falta de acolhimento nas unidades e a "alta do pré-natal" podem ser interpretadas como emblemáticas da desumanização dos serviços e, em conjunto com os demais indicadores que apontavam para um pré-natal ainda insuficiente e com sérias restrições de qualidade, mostravam, de maneira inequívoca, a necessidade de mudança. (SERRUYA; LAGO, e CECATTI, 2004).

Na obstetrícia, constata-se a ênfase dada à humanização no parto, não sendo conferida a mesma importância às demais etapas do processo de nascimento. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento (compreendido desde a pré-concepção até o pós-parto). (ZAMPIERI e ERDMANN, 2010).

Estratégias para promover o período do pré-natal mais humanizado

A assistência pré-natal não pode prevenir as principais complicações do parto na grande maioria das mulheres destinadas a esta experiência - hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto. Mas certas intervenções durante a gravidez poderão, certamente, alterar e favorecer o prognóstico materno. As estratégias mais importantes constituem um tripé com intervenções específicas relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional durante a gestação. Promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação. (CALDERON; CECATTI e VEGA, 2006).

Ainda de acordo com Calderon, Cecatti e Vega, (2006), para assegurar a qualidade da assistência pré-natal, a OMS recomenda: investigar o risco obstétrico; realizar exame clínico e obstétrico, com especial atenção à presença de anemia e avaliação da idade gestacional, altura uterina e batimentos cardíaco-fetais; aferir os níveis pressóricos; reforçar e estimular a suplementação de ferro e ácido fólico; instruir a gestante sobre os sinais e os locais de atendimento de emergência e preencher a ficha de pré-natal de maneira adequada em todas as consultas de pré-natal.

O Ministério da Saúde havia definido a saúde da mulher como prioritária e sistematizou, a partir de três linhas principais de ações, projetos específicos: melhorar a saúde reprodutiva, reduzir a mortalidade por causas evitáveis e combater a violência contra a mulher. (SERRUYA; LAGO, e CECATTI, 2004).

No pré-natal como aquele centrado na mulher e na promoção de sua saúde, com vistas à autonomia da gestante no processo, o que foi expresso de forma subliminar pelas gestantes. Foi salientada pelos profissionais a importância de devolver à mulher o protagonismo na gestação, no parto e pós-parto, considerando-os como situações normais da vida, não como doenças, eventos femininos que apresentam significados diferentes para as mulheres dos atribuídos pelos profissionais. (ZAMPIERI e ERDMANN, 2010).

Percepção das gestantes ao atendimento pré-natal

Com relação à qualidade do serviço, muitas mulheres disseram que estavam fazendo o pré-natal naquele local devido às boas experiências que já tinham tido neste mesmo setor ou em outro e/ou devido às informações positivas obtidas junto a conhecidos ou parentes que já haviam utilizado o serviço (MARCON, 1997).

Marcon (1997) estaca as expectativas das mulheres identificadas neste estudo em relação a um serviço de pré-natal são: A instituição seja capaz de prestar assistência gratuita não só durante o pré-natal mas também por ocasião do parto e do puerpério; A assistência prestada esteja incluída a realização gratuita de exames laboratoriais e ultrasonográficos; Durante a assistência pré-natal sejam realizadas orientações relacionadas ao desenvolvimento da gravidez, ao trabalho de parto, aos cuidados necessários durante a gravidez e os cuidados com o recém-nascido; O parto seja realizado pelo mesmo médico que faz o pré-natal; O atendimento seja mais humanizado; Seja dada maior atenção às suas percepções e queixas; Os profissionais de saúde se preocupem em identificar e diminuir ansiedades, medos e preocupações experienciadas pelas gestantes.

Conclusão

Diante dessa pesquisa, percebeu-se que todos os profissionais de saúde devem proporcionar um atendimento mais humanizado às gestantes e procurar interferir de forma positiva em seu acompanhamento, motivando-as e esclarecendo-lhes suas dúvidas.

Porém ainda persiste uma realidade que interfere no acompanhamento saudável e tranquilo do pré-natal. A falta de humanização é consequência de um país em desenvolvimento e com carências de mais políticas públicas concretas de saúde.

O cuidado pré-natal de qualidade, abrangendo maior número de mulheres grávidas, no intuito de oferecer condições básicas e ideais para que a mulher possa ser acompanhada, buscando determinar os fatores de risco, intervir sobre eles e preveni-los, contribuirá para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal. É sabido que o cuidado pré-natal apresenta baixo custo e mostra resultados satisfatórios. Para que este cuidado seja concretizado, porém, as mulheres devem ter acesso a serviços de qualidade, como também valorizar tal cuidado para que possa a cada dia contribuir para o estabelecimento de uma gestação saudável e sem riscos.

Referências

- 1-ALMEIDA, Maria Irismar de; NÓBREGA-THERRIEN, Silvia Maria. Temas em Saúde da Família: práticas e pesquisas, Fortaleza: EDUECE, 2005.
- 2-_____,Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 3-BARBOSA DE SOUZA, Viviane; ROECKER, Simone; SILVA MARCON, Sonia. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev. Eletr. Enf., Maringá Pr, v. 13 n. 2, p. 199 – 210, abr/jun 2011.
- 4-CARVALHO, Q.C.M; CARDOSO, M.V.L.M.L; OLIVEIRA, M.M.C e LÚCIO, I.M.L. Malformação congênita: significado da experiência para os pais, Ciênc. cuid. Saúde, 2006.
- 5-CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,v.28, n.5, p.310-5, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/> Acesso em: 20 mai. 2014.
- 6-COSTA, Milena Sales e SOUSA, Thais Oliveira. Adesão ao pré-natal: a Reprodução de um conceito, Universidade Católica De Goiás, Departamento De Enfermagem E Fisioterapia, Curso De Enfermagem, Goiânia, 2002.
- 7-CUNHA MA, MAMEDE MV, DOTTO LMG, MAMEDE FV. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros, Esc Anna Nery Rev Enferm, 2009.
- 8-VASCONCELOS, Léa Dias Pimentel Gomes. Representações Sociais Das Mulheres Grávidas Sobre O Cuidado Pré-Natal, Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-Ce, 2009
- 9- . SERRUYA SJ, LAGO TDG, CECATTI JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Bras Saúde Matern Infant. 2004;4: 269-79.

Agradecimentos

Ao nosso Deus, ao grupo e orientadores pelo empenho em realizar o estudo,que foram sempre prestativos e disponíveis nos momentos de dúvidas e a Universidade de Fortaleza pelo importância em nossa formação acadêmica

▪

A IMPORTÂNCIA DA ATIVIDADE FÍSICA PARA O APRIMORAMENTO DA AUTONOMIA FUNCIONAL DE IDOSOS.

Danielle Menezes de Albuquerque Mesquita (apresentadora) - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), danielle.menezes@stacasa.com.br

Brenda Lia Aragão Moura - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Ana Kamila Teófilo Gomes - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Fernanda Magda Borges Rodrigues (Orientadora) - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Palavras-chave: Envelhecimento. Atividade Física. Autonomia Funcional.

Resumo

O processo natural do envelhecimento está associado à perda da capacidade funcional de órgãos e tecidos, levando a perda de mobilidade, coordenação motora e consequentemente à autonomia. A identificação precoce desses declínios pode auxiliar na dependência funcional do idoso. Nesse contexto, a atividade física regular tem sido bastante recomendada como um importante componente para a melhora dessa funcionalidade. O estudo objetiva identificar a importância da atividade física no aprimoramento da autonomia funcional de idosos. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão literária, com abordagem qualitativa, realizado no período de março à junho de 2014. Para a construção desse estudo foi objetivado solucionar questionamentos desenvolvidos pelos pesquisadores em relação à temática abordada. Foi utilizado como fonte de pesquisa, a bibliografia publicada no período de 2004 à 2014 e utilizou-se como critério de inclusão as obras que tinham uma abordagem específica sobre a problemática do estudo e como critério de exclusão, obras publicados antes de 2004. Foram constatadas que a implantação de programas de exercícios e de outras estratégias de prevenção e melhora funcional pode minimizar ou prevenir a incapacidade em que a prática de atividades físicas proporcionam benefícios relacionados com as melhoras físicas como agilidade, mobilidade, força, equilíbrio, entre outras; benefícios para a vida: relacionados à melhora na realização de outras atividades; benefícios emocionais como sensação de liberdade, extravasamento e paz espiritual. Dessa forma, a prática de atividades físicas pelo idoso é de grande importância para diminuir a dependência e evitar os desgastes dos sistemas biológicos do indivíduo.

Introdução

A população idosa aumentou consideravelmente em decorrência da maior expectativa de vida, o que está relacionada a um aumento da qualidade de vida, melhores condições sanitárias e controle de doenças crônicas degenerativas (FRANCHI e JUNIOR, 2005).

Lustosa *et al* (2009) destaca que o processo natural do envelhecimento está associado à perda da capacidade funcional de órgãos e tecidos. O sistema nervoso está sujeito a estas alterações levando a perda de mobilidade, coordenação motora e consequentemente à autonomia do idoso.

De acordo com Cordeiro *et al* (2002) citado por Nogueira (2010) a condição que o indivíduo possui de viver de maneira autônoma e de se relacionar com o meio se refere a sua capacidade funcional. A identificação precoce dos declínios da capacidade funcional pode auxiliar na dependência funcional do idoso.

Toscano e Oliveira (2009) defendem que a atividade física está associada a um estilo de vida saudável. A prática de exercícios pode ser realizada no ambiente de trabalho ou nas atividades domésticas e isso pode gerar melhores padrões de saúde.

A assistência ao idoso tem estimulado a adoção de estratégias de atenção a essa população. Sendo assim, realizam-se atendimentos em centros de convivência, o que auxilia a diminuir o isolamento social, problema enfrentado por muitos idosos (MAZO, 2003, citado por TOSCANO e OLIVEIRA, 2009).

Nesse contexto, a atividade física regular tem sido bastante recomendada como um importante componente para a melhora da funcionalidade do idoso, bem como do psicológico deste, já que os exercícios são realizados, em sua maioria, em grupo.

O estudo tem como objetivo identificar a importância da atividade física no aprimoramento da autonomia funcional de idosos, bem como relatar as principais mudanças fisiológicas do idoso e como o exercício físico pode preveni-las ou minimiza-las.

Metodologia

A pesquisa foi realizada através de um estudo descritivo, do tipo revisão literária, com abordagem qualitativa. Para a construção desse estudo foi objetivado solucionar questionamentos desenvolvidos pelos pesquisadores, em relação à temática abordada. Foi utilizado como fonte de pesquisa, toda a bibliografia publicada no período de 2004 à 2014 e utilizou-se como critério de inclusão as obras que tinham uma abordagem específica sobre a problemática do estudo. Como excluídas obras publicados antes de 2004. O estudo foi realizada de março à junho de 2014, o material foi analisado, comparado e descrito.

Resultados e Discussão

O envelhecimento causa diversas mudanças biológicas, fazendo com que o idoso tenha déficit no funcionamento de todos os seus sistemas. Rebelatto e Morelli (2007) concordam com Deliberato (2002) apud Camarano e Kanso (2010) quando dizem que o processo de envelhecimento traz diversas alterações morfológicas e funcionais para o indivíduo. Entre as alterações mais comuns observa-se uma diminuição da massa muscular e da velocidade de contração muscular reduzindo também a massa óssea, aumentando com isso o risco de fraturas.

No sistema nervoso, ocorre uma diminuição dos tamanhos das fibras musculares, porém este depende do grau de atividade física que o indivíduo desempenha, do seu estado nutricional e aspectos hereditários. Sendo assim, percebe-se a importância da prática de programas de treinamento para a prevenção dessas alterações (FILHO, 2011).

O sistema cardiovascular sofre alterações marcantes com o envelhecimento, tanto em relação ao tecido cardíaco e as características do ciclo cardíaco, como aos vasos sanguíneos e a hemodinâmica (RABELATTO e MORELLI, 2007). Atividade física orientada, tanto em idosos saudáveis como em cardiopatas, alteram favoravelmente o metabolismo lipídico e dos carboidratos, induz o aumento os níveis de lipoproteínas de alta densidade (HDL), tem efeito benéfico sobre a distribuição do tecido adiposo, melhora a sensibilidade insulínica, sendo importante na redução do risco cardiovascular (FREITAS, 2006).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

De acordo com Alves Filho (2011) o sistema respiratório e nervoso sofrem alterações durante o envelhecimento. No sistema respiratório ocorre um enfraquecimento dos músculos da respiração, calcificação das cartilagens costais e redução dos espaços intervertebrais, resultando na dificuldade de desempenhar a dinâmica respiratória.

No sistema nervoso, ocorre uma diminuição dos tamanhos das fibras musculares, porém este depende do grau de atividade física que o indivíduo desempenha, do seu estado nutricional e aspectos hereditários. Sendo assim, percebe-se a importância da prática de programas de treinamento para a prevenção dessas alterações (ALVES FILHO, 2011).

Todas estas alterações colaboram para uma redução progressiva da capacidade do corpo em transportar oxigênio para os tecidos, provocando uma redução importante da potência aeróbia (VO_{2max}), mas que podem ser diminuídas pela inserção do idoso em um programa de atividade física regular (MATSUDO, 2002 apud FLHO, 2011).

De acordo com Freitas (2006), a implantação de programas de exercícios e de outras estratégias de prevenção e melhora funcional pode minimizar ou prevenir a incapacidade. Sendo assim, a introdução de adequados programas de promoção de saúde, de prevenção, tanto primária como secundária, além da detecção de moléstias crônicas, seria suficiente para evitar e tratar inúmeras condições de agravos à saúde capazes de levar a incapacidade.

Para a OMS, a participação em atividades físicas leves e moderadas pode retardar os declínios funcionais. Assim, uma vida ativa melhora a saúde mental e contribui na gerência de desordens como a depressão e a demência. Existe evidência de que idosos fisicamente ativos apresentam menor prevalência de doenças mentais do que os não-ativos (CRIAG, 2003, citado por ROCHA E RIBERO, 2011).

Segundo Rocha e Ribeiro (2011) a prática de atividades físicas proporcionam benefícios relacionados com as melhoras físicas: mais agilidade, mobilidade, força, equilíbrio, entre outras; benefícios para a vida: relacionados à melhora na realização de outras atividades, ou em outros setores, como a família; benefícios emocionais: sensação de liberdade, extravasamento e paz espiritual.

Lustosa *et al* (2010) acredita que um programa de treinamento, embora não priorize especificamente ganho de equilíbrio, flexibilidade ou força muscular, gera modificações em todas essas variáveis, com consequente impacto na mobilidade, diminuindo a dependência funcional.

Nos seus estudos Lustosa *et al* (2010) relata que ao utilizar um protocolo de exercícios de flexibilidade, equilíbrio, coordenação e força muscular durante três meses, também observaram melhora na capacidade física e no equilíbrio estático e dinâmico de idosos. Esses resultados permitem supor que exercícios de baixa intensidade são capazes de melhorar a capacidade física dos idosos, tornando-os mais independentes.

Nos estudos ministrados por Montenegro (2006) foi possível identificar que um programa de exercícios de cinesioterapia global como: treino de marcha pela área do jardim e exercícios ativos resistidos contra a gravidade veio a promover a melhora da capacidade funcional além de estimular a educação das mesmas em relação a normas de condutas posturais, para que elas pudessem ter maior controle, prevenir incapacidades e limitações nas atividades funcionais.

Mota *et al* (2012) em suas pesquisas que tinham como objetivo comparar o nível de qualidade de vida entre participantes de programas formais de atividade física e não participantes, constatou que o grupo participante de atividade física apresentou uma maior independência funcional, gerando uma melhor qualidade de vida.

Glória e Sandoval (2011) afirmam que, a independência funcional é de fundamental importância para o idoso, e para que ele consiga é necessário que o seu organismo esteja apto para a realização de tarefas comuns do dia-a-dia.

Conclusão

As alterações do organismo com o processo de envelhecimento são inúmeras e estas são retardadas com programas de exercícios adequados.

A prática de atividades físicas pelo idoso é de grande importância para diminuir a dependência e evitar os desgastes dos sistemas biológicos do indivíduo. O treinamento físico reúne ferramentas necessárias para promoção de saúde, melhoria da estética e performance principalmente, aumenta a independência funcional do idoso que mostra-se como um dos principais fatores que proporcionam qualidade de vida ao mesmo.

Referências

ALVES FILHO, Marcos A.; Contribuições dos exercícios funcionais para o idoso e suas vantagens no contexto das ações de promoção da saúde, Pós-graduação em educação física, 2011.

Referências

CAMARANO, Ana A.; KANSO, Solange; As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010

FRANCHI, Kristiane, M. B.; JUNIOR, Renan, M. M.; Atividade Física: uma necessidade para a boa saúde na terceira idade. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, vol.18, núm. 3, 2005.

FREITAS. Elizabete V.; Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

GLÉRIA, Pedro D.M.P; SANDOVAL, Renato. A; Treinamento Funcional como Recurso Fisioterapêutico para o Aprimoramento da Força Muscular e Equilíbrio de Idosos, Revista Digital, Buenos Aires, 2011.

LUSTOSA, Lygia P. et. al.; Efeito de um programa de treinamento funcional no equilíbrio postural de idosas da comunidade, Fisioterapia e Pesquisa, vol.17, n.2, São Paulo, 2010.

MONTENEGRO, S. M. R. S. Efeitos de um Programa de Fisioterapia como Promotor de Saúde na Capacidade Funcional de Mulheres Idosas Institucionalizadas. Mestrado em Educação em Saúde. Universidade de Fortaleza, Fortaleza CE, 2006.

MOTA, Jorge; Atividade física e qualidade de vida associada à saúde em idosos participantes e não participantes em programas regulares de atividade física. Revista Brasileira de Educação Física, São Paulo, vol.20, n.3, 2006.

NOGUEIRA, Silvana, L.; et.al.; Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos longevos. Revista Brasileira de Fisioterapia, vol.14, n. 4, São Carlos, 2010.

REBELATTO, José R.; MORELLI, José G. S.; Fisioterapia Geriátrica, 2 ed. São Paulo, Manole, 2007.

ROCHA, M.D.M; RIBEIRO, M. C. P; Projeto saúde do idoso institucionalizado atuação dos profissionais na atenção à saúde de idosos residentes em instituição de longa permanência. Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações, v. 9, n. 1, p. 152-172, jan./jul. 2011.

TOSCANO, José, J.O.; OLIVEIRA, Antônio, C. C.; Qualidade de vida em idosos com distintos níveis de atividade física. Revista Brasileira de Medicina do esporte, vol.15, n.3, Niterói, 2009.

Agradecimentos

Agradecemos aos colaborador que direta ou indiretamente, contribuíram no desenvolvimento desse estudo.

A IMPORTÂNCIA DE ATIVIDADE EDUCATIVAS COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE ACIDENTES DOMÉSTICOS COM CRIANÇAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Juliana Amaral de Almeida Araujo – Universidade Federal de Alagoas- Campus Arapiraca/ jujux_905@hotmail.com

Cintia Bastos Ferreira - Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca

Mayara Barbosa Felix- Universidade Federal de Alagoas – Campus Arapiraca

Thays Mendonça de Souza Almeida- Enfermeira

Nirliane Ribeiro Barbosa- (Orientadora) Universidade Federal de Alagoas - Campus Arapiraca

Palavras-chave: Acidentes domésticos. Pediatria. Promoção da Saúde

Resumo

Acidente doméstico é um tema muito comum, principalmente na infância, onde a curiosidade da criança predomina. Torna-se de fundamental importância a qualificação dos agentes comunitários de saúde, tendo em vista que, os mesmos apresentam contribuições imprescindíveis, pois, se constituem como um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, agindo como multiplicadores de informações. Trata-se de um relato de experiência de uma atividade realizada na tarde do dia 30 de abril do ano de 2014 por integrantes do PET- REDE CEGONHA no 2º centro de saúde, localizado no município de Arapiraca-AL. Os sujeitos desta atividade foram os agentes comunitários de saúde das três equipes de assistência da ESF. Através da experiência foi possível alcançar resultados positivos de acordo com a proposta lançada, visto que por meio da discussão da temática as dúvidas demandadas pelos agentes comunitários de saúde possivelmente puderam ser esclarecidas. A atividade foi bastante produtiva, os acadêmicos e profissionais da equipe PET tiveram a oportunidade de trabalhar com a demanda solicitada pelos sujeitos de forma esclarecedora. É visto então a necessidade de promover espaços para que a equipe tenha possibilidade de participar de momentos de aprendizado, objetivando que os agentes possam orientar e saber como lidar de forma adequada em casos de acidentes domésticos, evitando-se assim, maiores riscos e danos à saúde.

Introdução

Acidente doméstico é um tema muito comum, principalmente na infância, onde a curiosidade da criança predomina. Estes acidentes são considerados umas das principais causas dos atendimentos, internações, incapacidades e mortes em crianças, como relatam Souza, Rodrigues e Barroso (2000). E estudos apontam que os mesmos podem ser evitados através da prevenção.

Alguns fatores estão diretamente ligados aos acontecimentos destes acidentes domésticos, tais como: o comportamento da família e rede social, o estilo de vida, os fatores econômicos, sociais, educacionais e culturais, assim como a fase específica de idade da criança, onde a curiosidade e o contínuo aprendizado estão aguçados (SOUZA, RODRIGUES, BARROSO; 2000). Segundo Martins (2006) há também outros fatores que estão relacionados com os acidentes na infância, como: sexo, idade da criança, sua etapa de desenvolvimento neuro- psico-motor (curiosidade, falta de noção corporal e motora, incoordenação motora), características de personalidades (hiperatividade, distração, agressividade) e particularidades anatômicas (deficiência física ou mental).

Como relatam Guimarães et al (2003), o ambiente doméstico pode ser prejudicial às crianças. Móveis, janelas, objetos cortantes, remédios e garrafas de detergente ou produtos tóxicos expostos, causam a curiosidade na criança e contribuem para o acontecimento de acidentes domésticos, muitas vezes trazendo seqüelas ou sendo fatal.

Considerando a importância da Unidade básica de saúde para a promoção da prevenção dos acidentes domésticos, e destacando a importância do agente comunitário de Saúde, nota-se que o mesmo tem um papel imprescindível na saúde da família, pois consegue fazer com que as necessidades da população cheguem até a equipe de profissionais, onde estes irão intervir junto à comunidade. De acordo com Costa et al (2013):

O Agente Comunitário de Saúde (ACS), que se encontra inserido na saúde da família deve desenvolver atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, por meio de ações educativas individuais e coletivas, nos domicílios e na comunidade, sob supervisão competente. (p. 2148)

Segundo Brasil (2009), as ações educativas fazem parte da rotina do Agente de saúde, e a melhoria da qualidade de vida da população é o seu principal objetivo. Estas ações têm início nas visitas domiciliares, mas podem também ser realizadas em grupo. E devem estimular o conhecimento e o cuidado de si mesmo, assim como fortalecer a autoestima, a autonomia e os vínculos de solidariedade comunitária, atentando para uma sensibilização da comunidade acerca de determinados assuntos.

Sendo assim, torna-se de fundamental importância a qualificação dos agentes comunitários de saúde, tendo em vista que, os mesmos apresentam contribuições imprescindíveis, pois, se constituem como um “elo” entre a comunidade e o serviço de saúde, agindo como multiplicadores de informações.

Diante disto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a experiência obtida através de uma educação continuada com agentes comunitários de uma determinada Unidade Básica de Saúde, visto que, sabe-se da grande importância que é a troca de informações entre os agentes e a comunidade, pois pode contribuir para a diminuição do número de acidentes domésticos com crianças.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de uma atividade realizada na tarde do dia 30 de abril do ano de 2014 por integrantes do PET- REDE CEGONHA no 2º centro de saúde, localizado no município de Arapiraca-AL. Os sujeitos desta atividade foram os agentes comunitários de saúde das três equipes de assistência da ESF que exercem suas atividades na UBS supracitada. Esta atividade se deu a partir do interesse dos integrantes do grupo 1A do PET- REDE CEGONHA em realizar um trabalho que estabelecesse um vínculo entre o conhecimento adquirido e a prática destes agentes comunitários de saúde, considerando que, os mesmos, são multiplicadores de informação. Desta forma, foi realizado um grupo com estes agentes, onde o tema passado tratava-se de acidentes domésticos com crianças de zero a dois anos. Como material foram usados: xérox de cartilhas informativas e álbum seriado. Estas cartilhas foram distribuídas entre os agentes para uso próprio e para distribuição na comunidade. As cartilhas continham dez dicas de cuidados sobre acidentes domésticos. O álbum seriado apresentava algumas informações sobre os principais acidentes e os cuidados imediatos, além de figuras ilustrativas. A reunião transcorreu com participação de todos do grupo, contando casos que já aconteceram e expondo suas dúvidas. No final da atividade, foi distribuído um brinde com uma mensagem pelo dia do trabalhador.

Resultados e Discussão

Através da experiência foi possível alcançar resultados positivos de acordo com a proposta lançada, visto que por meio da discussão da temática as dúvidas demandadas pelos agentes comunitários de saúde possivelmente puderam ser esclarecidas. Além da apresentação de informações sobre os primeiros cuidados e as possíveis formas de agir em casos como: queimaduras, sufocamento, afogamento, choque elétrico e envenenamento.

Foi possível perceber o quanto este assunto merecia uma atenção maior entre os próprios agentes comunitários, pois, acidentes domésticos entre crianças de 0 a 2 anos é uma das maiores causas que podem interferir na saúde como um todo de uma criança. Levar determinados assuntos, expondo através de imagens e determinadas referências pôde oferecer um conhecimento acerca dos assuntos para estes profissionais.

Nos primeiros anos de vida é natural que durante o processo de desenvolvimento humano as crianças passem por momentos de descobertas em busca da aprendizagem de habilidades a serem adquiridas no cotidiano, pois determinados elementos ambientais podem despertar o interesse da criança para diversas situações, que por vezes podem resultar em consequências trágicas. Desse modo buscamos no decorrer da atividade intervir de forma que os Agentes de Saúde fossem orientados sobre os cuidados a serem trabalhados para que acidentes que acontecem dentro do próprio ambiente familiar pudessem ser evitados. Para tanto, fez-se necessário que apresentássemos situações de risco que as crianças estão expostas dentro de casa.

Além de contribuir com discursões pertinentes as necessidades profissionais e pessoais dos Agentes comunitários, tratou-se de um momento de troca de experiências e saberes, que nitidamente poderão repercutir em benefícios para a comunidade assistida. Saber lidar de forma assertiva diante de eventos que possam ocasionar riscos à saúde das crianças configurou-se como uma estratégia prática para diminuir o índice de acidentes, assim como preparar as pessoas para as possíveis situações que possam surgir no ambiente doméstico.

Um fator contribuinte para que o grupo fluísse bem foi a interação que houve entre as equipes Pet e ACSs. Esta relação interpessoal que houve facilitou o bom desenvolvimento do grupo, onde se pôde perceber o quanto os Agentes Comunitários de Saúde se sentiram à vontade para esclarecer dúvidas e contar relatos já presenciados por eles. O vínculo estabelecido pelos sujeitos proporcionou uma atmosfera favorável à participação de todos os presentes no encontro.

A atividade foi bastante produtiva, os acadêmicos e profissionais da equipe PET tiveram a oportunidade de trabalhar com a demanda solicitada pelos sujeitos de forma esclarecedora, podendo proporcionar ao público alvo mais conhecimento a ser adquirido. Enfim, resultou em um momento de aprendizado que relacionou a prática comunitária dos agentes com os conhecimentos dos acadêmicos e dos profissionais de Enfermagem e Psicologia.

Conclusão

Trabalhar com a proposta de prevenção e cuidado em situações cotidianas que resultem em acidentes domésticos com crianças, configurou-se como um importante aprendizado para os sujeitos, os agentes comunitários de saúde, que desempenham uma tarefa em busca da promoção e do cuidado da saúde dos usuários do serviço da unidade básica de saúde 2º centro.

A prática dos agentes comunitários, enfatiza-se de imediato em um trabalho realizado em conjunto com a população. Logo, entende-se a importância de tratar assuntos do cotidiano dos agentes de saúde, assim como da comunidade assistida pela unidade, como forma de cuidado à população.

Foram discutidas junto com os agentes de saúde possíveis situações durante o encontro, possibilitando um espaço para discussão dos cuidados imediatos em casos de acidentes domésticos com crianças de 0 a 2 anos, onde os mesmos, quando presenciassem determinadas situações de risco, soubessem intervir com estes cuidados necessários em cada situação. Tratou-se de um momento de aprendizado, a equipe do PET não somente passou informações, como também vivenciou um momento de troca junto aos agentes.

A Educação Continuada possibilitou resultados positivos a todos os envolvidos no processo, destacando-se como uma excelente forma de preparo para lidar com eventuais circunstâncias em que demandem dos profissionais atitudes necessárias para o enfrentamento de ocorrências diárias. Atualizar e capacitar os Agentes para sua prática profissional pode resultar em múltiplos benefícios para a população dando-lhes a assistência para a prevenção de possíveis prejuízos à saúde. Logo, entende-se que é por meio da renovação de conhecimentos profissionais que os Agentes podem manter atualizados seus conhecimentos e assim ter resultados bem sucedidos em sua área de atuação.

É visivelmente importante que aconteçam momentos com esse objetivo durante os encontros com os agentes de saúde. Visto que eles são responsáveis por captar as demandas da unidade e por vezes são os primeiros a terem contato com casos de problemas de saúde. É visto então a necessidade de promover espaços para que a equipe tenha possibilidade de participar de momentos de aprendizado, objetivando que os agentes possam orientar e saber como lidar de forma adequada em casos de acidentes domésticos, evitando-se assim, maiores riscos e danos à saúde.

Referências

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

COSTA, Simone de Melo et al. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde. Ciênc.saúde coletiva [online]. 2013, vol.18, n.7, pp. 2147-2156.

GUIMARÃES, Sérgio Botelho et al. Acidentes domésticos em crianças: uma análise epidemiológica. Revista de Pediatria do Ceará. Ceará, v.4, n.2, p. 27-31, julho/dezembro, 2003.

MARTINS, Christine Baccarat de Godoy. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. Rev Bras Enferm. V.59 n.3; p.344-8, maio-jun; Paraná, 2006.

SOUZA, Luiza Jane Eyre Xavier de; RODRIGUES, Ana Kelve de Castro; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira; A família vivenciando o

acidente doméstico –relato de uma experiência. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 83-89, janeiro 2000.

Agradecimentos

Agradecemos a toda equipe que faz parte da Unidade Básica de Saúde – 2º centro da cidade de Arapiraca, Alagoas. Agradecemos também aos Agentes Comunitários de Saúde pela receptividade e atenção nos dada a todo momento.

A IMPORTANCIA DE PROJETOS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL EM IDOSOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE – RELATO DE EXPERIENCIA

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 – Iaramina Marques Ramos – Centro Universitário Estácio - FIC

Autor 4 – Lucia Nunes Pinheiro Melo – Centro Universitário Estácio - FIC

Autor 5 – Evilene Brito Rollim Lucetti – Centro Universitário Estácio - FIC

Palavras-chave: Responsabilidade Social. Fisioterapia. Promoção da Saúde.

Resumo

Relatar a importância de projetos de responsabilidade social em idosos para a promoção da saúde através da experiência de estudantes e profissionais da saúde. Trata-se de um estudo observacional e descritivo caracterizado como relato de experiência, vivenciado por duas fisioterapeutas. O estudo foi realizado nos projetos de responsabilidade social de Prevenção a Osteoporose e de Hipertensão do Centro Universitário - Estácio - FIC no período de Agosto de 2014. Foram respeitados todos os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Código de Ética do Conselho Nacional de Saúde. Os projetos são financiados pela própria instituição do ensino superior, os alunos utilizam materiais do laboratório de cinesioterapia, tais como: batões, faixas elásticas, halteres, colchonetes, bolas, realizam exercícios ativos-livres, ativos-assistidos e ativos-resistidos, além de alongamentos musculares tanto de membros superiores como de membros inferiores, sempre respeitando o limite de cada um. Os participantes mostraram-se bastante solícitos e relataram bem satisfeitos em relação a fisioterapia e que o apoio de todos são fundamentais para o bem-estar de todos, sem o projeto, ficavam menos dispostos para as atividades em casa e no trabalho e que desconforto e dores no corpo apareciam de forma mais intensa também. Projetos voluntários como este não devem deixar de existir, pois além de provocar mudanças na qualidade de vida e promover saúde, atua como um subsídio educacional para a prática e formação de futuros profissionais dessa área.

Introdução

A preocupação em relação ao impacto do envelhecimento populacional vem surgindo devido ao aumento de doenças crônicas degenerativas, o desenvolvimento de incapacidades. A importância deve ser dada aos programas que visam à prevenção dessas doenças, à assistência à saúde dos indivíduos dependentes principalmente (CUSTÓDIO *et al*, 2007)

Nas últimas décadas as mudanças no modo de ver o mundo no âmbito da tecnologia, ciência, cultura, economia, política, têm gerado modificações na área da saúde e esta necessita responder às necessidades das pessoas no seu processo de saúde e doença, pois neste processo também têm ocorrido significantes transformações exigindo ampliação do modelo biomédico. A Fisioterapia também precisa responder a esta evolução pela reformulação das concepções de saúde e doença bem como por uma nova política de promoção da saúde com enfoque na humanização (TRENTINI, 2011).

A carta de intenções de Ottawa, por exemplo, sustenta a promoção da saúde no processo de capacitação da comunidade para atuar na sua qualidade de vida e saúde, e maior participação no controle deste processo, sendo a responsabilidade pelas condições de vida e saúde da população, é de todos os seguimentos sociais incluindo, principalmente, as autoridades públicas, os políticos, os movimentos sociais e os profissionais da saúde (BRASIL, 2001).

A Conferência Sanitária Pan-Americana esclarece que a promoção da saúde é cada vez mais concebido grau como a soma das ações da população, os serviços de saúde, autoridades sanitário e outro com vista a melhorar o estado de cada sector e de saúde pública sociais e produtivas. Na área da educação, as universidades podem facilitar o desenvolvimento de uma melhor saúde dos estudantes através de suas estratégias curriculares, seminários, workshops e dinâmicas incorporando comportamentos de promoção da saúde de seus alunos.

Hoje se sabe que a implementação de estratégias de promoção da saúde é essencial para prevenir doenças que continuam a afetar grande parte do mundo, bem como manter uma mente saudável em um corpo saudável.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional e descritivo caracterizado como relato de experiência, vivenciado por três fisioterapeutas e uma estudante de fisioterapia. O estudo foi realizado nos projetos de responsabilidade social de Prevenção a Osteoporose e de Hipertensão do Centro Universitário - Estácio - FIC no período de Agosto de 2014. Os projetos ocorrem todas as segundas e quartas no horário de 13h30min até às 16h30min em uma sala ampla no segundo prédio desta instituição. Participam desses encontros semanais idosos que moram nas comunidades próximas, aproximadamente 8 pessoas fazem parte, muitas vezes eles faltam por não ter condições financeiras para o transporte, sendo na maioria mulheres, acima dos 45 anos de idade.

Durante os encontros, realizados simultaneamente pelos dois projetos, estudantes e estagiários de do curso de Fisioterapia fazem as atividades com a proposta de prevenção de doenças osteomusculares, aferindo sempre a pressão arterial, com orientações para hábitos mais saudáveis, melhora da postura ao realizar suas atividades da vida diária por meio de palestras e sempre acompanhados pela supervisão de um professor Fisioterapeuta responsável. Foram respeitados todos os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Código de Ética do Conselho Nacional de Saúde (PADILHA, 2013).

Resultados e Discussão

Os projetos são financiados pela própria instituição do ensino superior, os alunos utilizam materiais do laboratório de cinesioterapia, tais como: batões, faixas elásticas, halteres, colchonetes, bolas, realizam exercícios ativos-livres, ativos-assistidos e ativos-resistidos, além de alongamentos musculares tanto de membros superiores como de membros inferiores, sempre respeitando o limite de cada um. As atividades iniciam-se medindo a pressão arterial e anotando na ficha de avaliação individual dos participantes. Os alunos, a partir do 4o semestre, conduzem os exercícios em conjunto com todo o grupo. Foi realizado exercícios de coordenação dos braços com o bastão dobrando-os bilateralmente pelos cotovelos, depois os braços, baixando-os e estendendo os cotovelos; com o bastão realizou-se inclinação lateral do tronco pros dois lados; ainda com este recurso agachamentos; flexão plantar bilateralmente com este apoio; além de incurssões respiratórias; com a faixa elastica movimentos na diagonal de abdução, unilateralmente fazendo flexão e extensão do cotovelo; com os halteres de 1kg ou 2kg flexão e extensão alternados; movimentos de rotação medial e lateral dos cotovelos também

alternadamente

Deitados no colchonete, exercícios de ponte; adução das coxas com a bola entre as pernas; flexão abdominal; propriocepção diafragmática com as mãos. Ao final exercícios de alongamento da musculatura posterior do braço, da região medial, da região medial e anterior da coxa, dos músculos posteriores da perna e da região posterior da coluna, e com um som ambiente suave um relaxamento do corpo e da mente. Todos os exercícios ativos foram realizados entre 15 a 20 repetições.

Os participantes mostraram-se bastante solícitos e relataram bem satisfeitos em relação a fisioterapia e que o apoio de todos são fundamentais para o bem-estar de todos, sem o projeto, ficavam menos dispostos para as atividades em casa e no trabalho e que desconforto e dores no corpo apareciam de forma mais intensa também.

Um dos princípios das intervenções em promoção da saúde é a participação da população em todas as fases de planejamento, desenvolvimento e realização dos programas. Dessa forma, é indispensável que se conheçam as crenças, os valores, os significados e os objetivos da população em relação à promoção da saúde, bem como o papel da fisioterapia neste processo.

Os exercícios físicos podem trazer resultados favoráveis ao sono e seus possíveis distúrbios, aos aspectos psicológicos, aos transtornos de humor, como a ansiedade e a depressão, e aos aspectos cognitivos como a memória e a aprendizagem (MELO, 2005); (TRAVERSO-YÉPEZ, 2001). Além disso, a atividade física pode ser associada a modificações positivas da autoimagem, e forte sentimento de autoeficácia, que podem induzir à prática de outras atividades de promoção de saúde (CAROMANO, 2006).

Segundo Fortes e Martins (2000). humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades, como sujeitos de direitos. É observar cada pessoa em sua particularidade, em suas necessidades específicas, ampliando as possibilidades para que possa exercer sua autonomia.

Atualmente, a educação em saúde está ainda mais requisitada, por se tratar de uma destacada estratégia para o desenvolvimento de competências pessoais, e ser um componente humanizador da promoção da saúde.

O processo de educação em saúde quando conduzido de maneira autoritária, verticalizada, torna-se ineficiente, obtém sucesso quando atrelada à humanização, de maneira a respeitar os valores, a cultura, o nível de educação e modos de vida dos constituintes e, principalmente, quando é respeitado o direito de participar das decisões acerca do seu cuidado, este considerado base política de referência nas ações para a promoção da saúde.

Conclusão

Projetos voluntários como este não devem deixar de existir, pois além de provocar mudanças na qualidade de vida e promover saúde, atua como um subsídio educacional para a prática e formação de futuros profissionais dessa área.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fe de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CAROMANO, F. A., IDE, M. R., KERBAUY, R.R.; Manutenção na prática de exercícios por idosos. Rev Dep Psicol UFF 2006; 18(2):177-192.

CUSTÓDIO, L. C.; Relato de experiência contribuições da fisioterapia para a promoção de saúde do cuidador informal. Revista APS, v.10, n.1, p. 81-83, jan./jun. 2007

FORTES, P. A. C., MARTINS, C. L.; A ética, a humanização e a saúde da família. Rev. Bras. Enferm. 2000; 53(nº especial): 31-39.

MELLO, M. T, BOSCOLO, R.A., ESTEVES A. M., TUFIK, S. O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. Rev Bras Med Esporte 2005; 11(3): 203-207.

TRAVERSO-YÉPEZ, M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. Psicol Estud 2001; 6 (2):49-561.

TRENTINI, M., PAIM, L., VÁSQUEZ, M. L.; A responsabilidade social da enfermagem frente à política da humanização em saúde. Colomb. Med. vol.42 no.2 suppl.1 Cali, June, 2011.

Agradecimentos

Agradecemos aos nossos professores pelo conhecimento, disponibilidade e atenção, aos voluntários desta pesquisa, que dedicaram seu tempo e a instituição do ensino superior participante pela oportunidade de aprendizado, sempre estimulando seus alunos ao estudo, ensinando e incentivando no sucesso profissional.

A IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES IDOSOS NO QUE TANGE A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Kênnia Stephanie Morais Oliveira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Email: kennia_stephanie@hotmail.com
Laryssa Dayanna Costa Ferreira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Email: laryssadayanna00@hotmail.com
Tatiane Aparecida Queiroz - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Email: tati.queiroz@hotmail.com
Kelianny Pinheiro Bezerra - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. E-mail: keliannypinheiro@hotmail.com
Clélia Albino Simpson – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: cleliasimpson@hotmail.com
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte. Email: patriciabarreto36@gmail.com

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde do idoso. Câncer. Perfil epidemiológico.

Resumo

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total. Simultaneamente ocorre mudança no perfil das doenças, havendo o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do câncer. O Câncer acomete milhões de pessoas, sem designar faixa etária, sexo, condições socioeconômicas ou culturais. Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e de análise documental, realizado em pacientes idosos com câncer, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 2009 a 2012. A pesquisa foi realizada com o quantitativo de 729 prontuários eletrônicos. Após a coleta, os dados foram tabulados e organizados de modo a submeter ao tratamento estatístico. Foram observadas que a maior prevalência de câncer se encontra em indivíduos do sexo masculino. Os achados apontam que a maioria dos pacientes idosos com câncer são residentes do município mossoroense. Foi encontrada alta prevalência de casos de câncer em indivíduos idosos de raça branca, estando associado à exposição à irradiação solar. Identificou-se que a agricultura se destaca como o principal fator ocupacional para o desenvolvimento do câncer o que pode indicar uma maior exposição a fatores de risco. O tabagismo se sobressai como o principal fator de risco para o desencadeamento do câncer, tendo o risco relativo de fumantes desenvolverem uma lesão displásica. A identificação das características comuns dos pacientes idosos com câncer pode auxiliar no delineamento de estratégias mais específicas para a prevenção da exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de câncer.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial, o qual é caracterizado pelo aumento da proporção de idosos em relação à população total. O cenário mundial encontra-se em um processo de reestruturação demográfica, na qual o aumento substancial da população idosa vem sendo caracterizada principalmente pela diminuição das taxas de fecundidade, redução da mortalidade e do aumento da expectativa de vida (CLOSS e SCHWANKE, 2012).

Simultaneamente, e em parte como consequência do envelhecimento populacional, ocorreu mudança no perfil das doenças mais prevalentes em todo mundo, havendo o predomínio das doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso do câncer, cuja incidência e mortalidade, assim como as demais doenças crônicas, se elevam à medida que aumenta a vida média da população. (MANSANO-SCHLOSSER e CEOLIM, 2012).

As consequências do aumento na quantidade de idosos em todo o mundo equivalem ao aumento das demandas sociais e que passam a representar um grande desafio político, social e econômico. Desse modo, a mudança nos modos de vida, de trabalho e de lazer tem um impacto significativo sobre a saúde, uma vez que a organização social do trabalho deveria colaborar para a constituição de uma sociedade mais saudável (OMS, 1986).

Parafraseando Kowdley (2012) o envelhecimento traz consigo, mudanças celulares que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna, sendo assim, a população idosa está mais propícia ao desenvolvimento do câncer devido a um maior tempo de exposição aos fatores de risco associados. Nessa perspectiva, quanto maior a faixa etária, maior o tempo de exposição a fatores de risco e consequentemente, maiores as chances do desenvolvimento de doenças crônicas degenerativas, como é o caso do câncer.

O câncer é uma doença crônico-degenerativa que acomete milhões de pessoas, sem designar faixa etária, sexo, condições socioeconômicas ou culturais, estando entre as principais causas de morte em todo o mundo. Mas é a população idosa que mais é atingida pelo câncer, estimou-se em 2011 que 60% dos pacientes oncológicos no Brasil tinham 65 anos ou mais e que 70% das mortes decorrentes da doença ocorram nessa fase da vida (INCA, 2013).

No ano de 2010, 161.196 pessoas morreram devido o câncer, sendo que, 108.617 (67,3%) foram em idosos, aqui entendidos como pessoas a partir de 60 anos de idade. Além das altas taxas de mortalidade em pacientes idosos. Dessa forma, com a concretização do estudo foi possível identificar o perfil de idosos com câncer atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 2009 a 2012 (INCA, 2014).

Metodologia

Estudo retrospectivo, descritivo, observacional e de análise documental, realizada em pacientes idosos com câncer, atendidos no Centro de Oncologia e Hematologia de Mossoró (COHM) no período de 2009 a 2012. O COHM é um serviço especializado em Onco-hematologia, atende não somente à população local, mas também dos municípios circunvizinhos. Apesar de ser uma empresa privada, que contempla convênios e particulares, atende igualmente a demanda proveniente do Sistema Único de Saúde (SUS). Dessa forma, a escolha do local deu-se pelo fato do COHM ser o centro de referência em oncologia da cidade de Mossoró e região, tendo, portanto, demanda suficiente para uma pesquisa fidedigna.

A coleta de dados iniciou-se mediante a aprovação do projeto de pesquisa pelo comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (CEP/UERN) sob CAAE nº 18393413.9.0000.5294 e a partir do Parecer Consubstanciado CEP/UERN nº 563.584 no dia 21 de março de 2014. Dessa forma, no dia 24 de março de 2014 foi iniciada a coleta de dados pelas próprias pesquisadoras. De acordo com a estratificação realizada pelo COHM o total de prontuários referentes à faixa etária e o período da pesquisa seria de 932 prontuários. A partir do cálculo amostral a pesquisa foi realizada com o quantitativo de 729 prontuários eletrônicos, sendo que a estratificação por faixa etária ficou da seguinte forma: Em pacientes que apresentaram faixa etária de 60 a 64 anos foram estudados 141 prontuários; 65 a 69 anos, 146 prontuários; 70 a 74 anos, 158 prontuários; 75 a 79 anos, 123 prontuários e por fim; a partir de 80 anos, 161 prontuários.

O instrumento de coleta foi uma ficha que continha questões tanto sobre o perfil epidemiológico do paciente, como sua idade, sexo, estado civil, profissão e procedência, como referentes às questões clínicas, como o diagnóstico, localização do tumor, estadiamento, dados do exame físico, queixas principais, exames complementares e terapêutica implementada. No decorrer da coleta foi possível adequar o instrumento de acordo com o que havia no prontuário, visando sempre focar no eixo principal da pesquisa. A coleta encerrou-

se no de 11 de abril de 2014.

Após a coleta, os dados foram tabulados e organizados de modo a submeter ao tratamento estatístico. A tabulação foi realizada por cada pesquisadora individualmente e posteriormente feita uma averiguação dos dados tabulados, promovendo assim uma maior fidedignidade para a pesquisa.

O banco de dados foi construído em formato xlsx. Os dados foram expressos a partir de tabelas e gráficos construídos mediante a utilização do programa Excel 2010, sendo expresso para a maior compreensão do leitor. Enquanto que os testes estatísticos foram feitos através dos softwares estatísticos SPSS, versão 20.0 e o software livre estatístico R, versão 3.0.0.

Resultados e Discussão

Foram estudados 729 prontuários a partir do instrumento de coleta de dados que continham dados relevantes para o conhecimento do perfil epidemiológico de idosos atendidos no COHM no período de 2009 a 2012.

Entre os demais dados obtidos, inicialmente foram visualizados uma maior prevalência de idosos do sexo masculino com câncer, representando 51,17% dos casos encontrados, enquanto que o gênero feminino apresentou um percentual de 48,83%. Entretanto, segundo Brasil (2009), no ano de 2009, foi instituída a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) que vem priorizando o desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, detecção precoce e controle do câncer. Sendo assim, o crescimento da expectativa de vida dos homens, a genética e os aspectos comportamentais foram apontados como importantes elementos a serem considerados no âmbito das práticas preventivas do câncer entre essa população.

As estratégias de prevenção exigem que os homens estabeleçam novos padrões de comportamentos e atitudes distintos daqueles exercitados rotineiramente. Portanto, o incremento de práticas preventivas mostra-se incoerente ao modelo de masculinidade hegemônica, idealizado e valorizado na cultura ocidental e, exercido por grande parte dos homens brasileiros a necessidade de mudança de hábitos de vida, como o controle do peso, prática de atividades físicas, restrição do fumo, uso de bebidas alcoólicas e adquirir o hábito da realização de consultas médicas periódicas (MODENA *et al*, 2013).

Os achados apontam que a maioria dos pacientes idosos com câncer são residentes do município mossoroense. Foi encontrada alta prevalência de casos de câncer em indivíduos idosos de raça branca, já que de acordo com Borges *et al* (2009) a frequência destes tumores na raça branca pode ser explicado pela inclusão do câncer de pele na população estudada, estando associado à exposição à irradiação solar, principalmente quando considerados os aspectos ocupacionais e tipo de clima tipicamente quente e semiárido da referida região.

Identificou-se que a agricultura se sobressai como o principal fator ocupacional para o desenvolvimento do câncer, representando 30,26% dos casos encontrados, seguidos de aposentados 19,53%, domésticas 5,50%, sem ocupação 2,20% e professores 2,06%. O que pode indicar uma maior exposição a alguns fatores considerados de risco para o desenvolvimento de neoplasias. Parafraseando Pontes (2012) a grande incidência de pessoas acometidas pelo câncer está diretamente relacionada às mortes ligadas ao contato com os agrotóxicos, bem como a exposição solar e esforço físico (DOSSIÊ-DENÚNCIA, 2012). Não diferente das literaturas estudadas, também observamos a maior incidência de câncer de mama, com 14,27% e câncer de próstata com 13,03%, seguidos do câncer de pele (10,84%), cólon (8,09%), pulmão (6,04%).

Como observado no gráfico 1, o tabagismo com 32,78% se configura como o principal fator de risco encontrado, seguido de hipertensão arterial sistêmica (20,85%), etilismo (13,17%), antecedentes familiares (12,07%), diabetes (7,13%), uso de medicamentos (4,53%), exposição solar (2,88%), fatores ocupacionais (1,78%), sedentarismo (0,27%), Hábitos alimentares inadequados (0,14%) e entre outros fatores (4,66%). Portanto, o tabagismo se sobressai como o principal fator de risco para o desencadeamento do câncer, sendo assim, o risco relativo de fumantes desenvolverem uma lesão displásica é 7 vezes maior, quando comparado a indivíduos não fumantes ou ex-fumantes com mais de 10 anos. Desse modo, quando o tabagismo está associado à ingestão crônica de bebidas alcoólicas visualiza-se um efeito sinérgico dose-dependente, em que, quanto maior o número de cigarros e doses de bebida consumidos, maior o risco do desenvolvimento do câncer (GOLVEIA *et al*, 2010).

Sendo assim, foi possível identificar como a forma de levar a vida está acoplada no desencadeamento do câncer e de como são necessárias o cuidado a saúde e o conhecimento dos riscos expostos à população em questão, buscando prevenir o desenvolvimento de células cancerosas a partir dos achados e conhecimento dos fatores de riscos associados aos quais estes indivíduos estão expostos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (1986), as estratégias e programas na área da promoção da saúde devem se adaptar às necessidades locais e às possibilidades de cada país e região, bem como levar em conta as diferenças em seus sistemas sociais, culturais e econômicos.

Portanto a promoção da saúde visa assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de identificar e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde, em busca da efetivação do cuidado integralizado ao usuário.

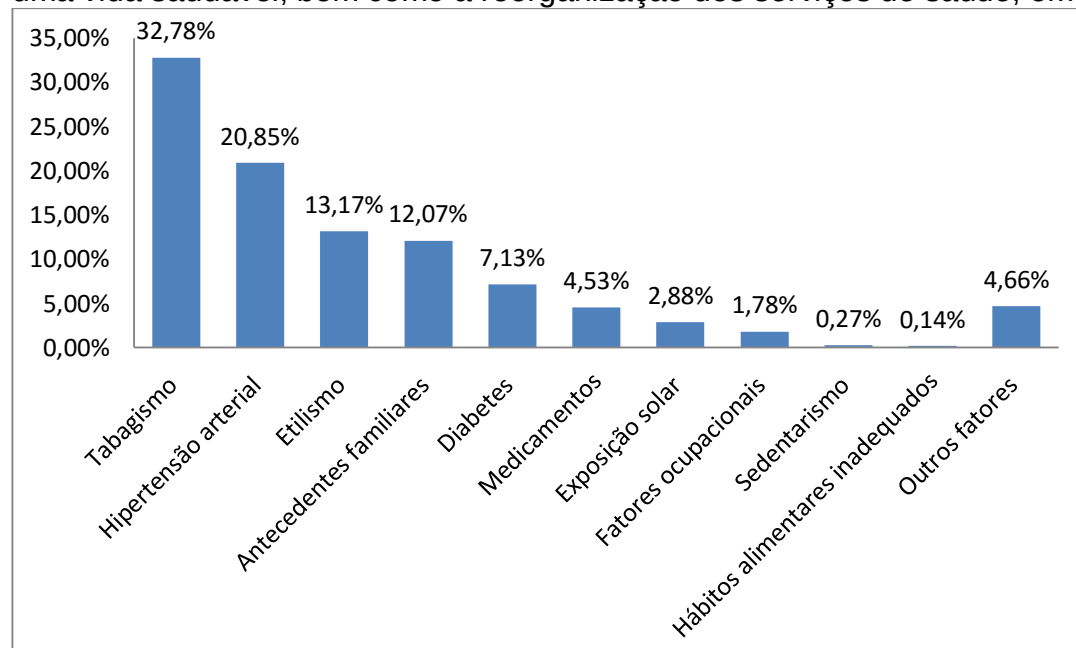


Gráfico 1: Fatores de risco encontrados nos pacientes

Conclusão

É possível perceber que os cânceres de mama (14,27%) e de próstata (13,03%) continuam sendo os cânceres mais frequentes. Foi perceptível a alta prevalência de câncer em agricultores (30,26%), refletindo a exposição frequente a fatores de riscos ocupacionais, como esforços físicos, exposição aos raios UV e agrotóxicos, que contribuem para o desencadeamento do câncer. Também foi constatado que o tabagismo (32,78%) se configura como o principal fator de risco principalmente quando relacionado ao câncer de pulmão.

A identificação das características comuns dos pacientes idosos com câncer pode auxiliar no delineamento de estratégias mais específicas para a prevenção da exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de câncer, o diagnóstico precoce e desenvolvimento de novas terapias alvo e para a promoção da saúde de indivíduos e populações.

A partir de perfil traçado, inferimos que as principais histologias encontradas são do tipo que poderiam ser impactadas por um programa sistemático de educação popular em saúde no sentido de minimizar a exposição a fatores de risco, prevenindo a exposição aos mesmos, na tentativa de diminuir a incidência. Além da disseminação e construção coletiva de um conhecimento no sentido da prevenção, pode ser realizado um trabalho no sentido de se detectar precocemente estes cânceres como forma de minimizar danos e promover a saúde desta população.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília; 2009.
- BORGES, D. M. L.; SENA, M. F, FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; Mortality for oral cancer and socioeconomic status in Brazil. Cad Saúde Públ 2009; 25(2):321-7.
- CLOSS, V. E.; SCHWANKE, C. H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, 2012; 15(3):443-458.
- DOSSIÊ-DENÚNCIA. Projeto de Irrigação Santa Cruz do Apodi/RN. Projeto da Morte, Apodi, 2012.
- GOUVEA, S. A.; NOGUEIRA, M. X.; OLIVEIRA, Z. F. L.; DE PODESTÁ, J. R. V. D.; ZEIDLER, S. V. V. Aspectos clínicos e epidemiológicos do câncer bucal em um hospital oncológico: predomínio de doença localmente avançada. Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço, v.39, nº 4, p. 261-265, out./dez., 2010.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, Rio de Janeiro: IBGE, 2010.
- INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (Brasil). Informações sobre o desenvolvimento e coordenação das ações integradas para a prevenção e o controle do câncer no Brasil. Disponível em: <<http://inca.gov.br>>. Acesso em: 7 de abril de 2014.
- MANSANO-SCHLOSSER, T. C.; CEOLIM, M. F. Fatores associados à qualidade do sono de idosos submetidos à Quimioterapia. Rev. Latino-Am. Enfermagem. nov-dez. 2012;
- MODENA, C. M.; MARTINSB, A. M.; RIBEIROA, R. B.; ALMEIDA, S. S. L. D. Os Homens e o Adoecimento por Câncer: Um Olhar Sobre a Produção Científica Brasileira. Revista Baiana de Saúde Pública, v.37, n.3, p.644-660, jul./set. 2013.
- PONTES, A. G. V. Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental: Articulando Universidade, SUS e Movimentos Sociais em território Rural. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal do Ceará, Faculdade de medicina, Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2012.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública, v. 43, n.3, p. 548-54, 2009.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Carta de Ottawa. In: Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde (MS)/IEC; 1986.

A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO DO PARCEIRO SEXUAL NA PREVENÇÃO DA SÍFILIS CONGÊNITA: REVISÃO INTEGRATIVA

- 1 Ana Fátima Braga Rocha – bolsista CAPES- Universidade de Fortaleza – ana_lumen@hotmail.com
- 2 Erika Gurgel Albuquerque – Escola de Saúde Pública do Ceará
- 3 Lidiana Mendes Lacerda – Centro Universitário Estácio / Faculdade Integrada do Ceará
- 4 Ana Cristina Uchoa Lopes – bolsista CAPES – Universidade de Fortaleza
- 5 Paula Manuela Pinheiro Bertoncini - Universidade de Fortaleza
- 6 Maria Alix Leite Araújo – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Parceiros sexuais. Sífilis congênita. Sífilis.

Resumo

Objetivou-se caracterizar a produção científica nacional acerca do alcance e deficiência do tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis visto que este é um importante elo na cadeia de transmissão da infecção. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada nas bases de dados LILACS, SciELO, que abrangeu as publicações de 2008 a 2013, sendo analisados seis artigos que compuseram a amostra do estudo. Os resultados apontam que houve predominância de publicações no ano de 2012 (3/50%) e que a maioria (67%) havia sido realizada no Ceará. Apenas um artigo apresenta seu título direcionado ao parceiro e nenhum utilizou o homem como sujeito do estudo. O percentual encontrado de não realização e realização inadequada do tratamento do parceiro de gestante sífilítica variou de 58% a 92%. Faz-se necessário uma forte atuação dos órgãos públicos através de campanhas com ampla divulgação nacional sobre alguns pontos fundamentais para que ocorra a adesão do tratamento do parceiro. Os profissionais de saúde devem estar preparados para receber esta demanda realizando um trabalho de educação em saúde no intuito de reduzir a cultura machista. Estratégias que melhorem o rastreamento da doença possibilitando tempo hábil para realização do tratamento também são essenciais.

Introdução

A sífilis congênita é o resultado da disseminação hematogênica pelo *Treponema pallidum* na gestante não tratada ou inadequadamente tratada para seu conceito por via transplacentária. Essa transmissão pode ocorrer em qualquer fase da gestação ou estágio clínico da doença na mãe (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007).

Segundo Ministério da Saúde (MS), aproximadamente 40% dos conceitos infectados de mães não tratadas resultam em natimortalidade, mortalidade perinatal e neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer e principalmente perdas fetais (BRASIL, 2007).

O controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), como a sífilis, depende da quebra da cadeia de transmissão, quando se faz necessário convocação, aconselhamento e tratamento dos parceiros sexuais. Estas atitudes são fundamentais para que a gestante não se infecte novamente caso já tenha sido tratada.

Devido às questões de gênero, os homens julgam-se fortes, invulneráveis, negligenciam o autocuidado e, conseqüentemente a esses fatos, acabam se expondo mais a situações de risco (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007). Ademais, os homens costumam ter maior poder nas relações com as mulheres (GOMES, 2010), o que os tornam atores essenciais na prevenção da sífilis na gestante e, conseqüentemente, da sífilis congênita.

Desse modo, o presente estudo tem por objetivo caracterizar a produção científica nacional acerca do alcance e deficiência do tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis visto que este é um importante elo na cadeia de transmissão da infecção.

Metodologia

A revisão integrativa, método utilizado neste estudo, inclui a análise de pesquisas relevantes que dão suporte para a tomada de decisão e a melhoria da prática clínica, possibilitando a síntese do estado do conhecimento de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que precisam ser preenchidas com a realização de novos estudos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

É composta por seis etapas: elaboração da questão norteadora do estudo; critérios para a seleção da amostra; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na pesquisa; análise de dados e resultados; síntese do conhecimento evidenciado nos artigos (SOUSA; SILVA; CARVALHO, 2010).

A pergunta norteadora do estudo foi: “Qual o alcance e/ou deficiência do tratamento do parceiro sexual de gestante com sífilis?” Em seguida, foi realizada busca no portal virtual SciELO e na base de dados LILACS nos meses de fevereiro e março de 2013 utilizando o descritor controlado: “Sífilis Congênita”. Essas bases de dados foram escolhidas devido o interesse em conhecer a construção desse conhecimento no Brasil.

Para selecionar a amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis nas bases de dados selecionadas, publicados na íntegra e disponíveis eletronicamente, no idioma português, indexados nos referidos bancos de dados no período de 2008 a 2013. Foram incluídos apenas os artigos que mencionaram o tratamento do parceiro da gestante com sífilis. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, teses, dissertações, monografias e artigos de revisão.

Após a leitura de todos os artigos escolhidos, foi possível construir quadros com informações detalhadas de cada estudo, permitindo a análise dos artigos para atender aos objetivos da pesquisa. A análise ocorreu por meio de comparação com o conhecimento teórico, identificando lacunas afim de sugerir novas pesquisas.

Resultados

A presente revisão integrativa da literatura objetivou buscar as evidências científicas disponíveis acerca do alcance e deficiência do tratamento do parceiro sexual da gestante com sífilis. Tendo como meta sintetizar o conhecimento já produzido nessa temática.

Os achados evidenciam que a maior parte dos estudos com o descritor “sífilis congênita” está indexada na base de dados LILACS. Entretanto, de todos os artigos que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, seis constituíram a amostra deste estudo (figura 1).

Figura 1. Amostra obtida nas bases de dados de acordo com o descritor “sífilis congênita”. SciELO, LILACS, fev-mar, 2013.



Quadro 1. Caracterização dos artigos incluídos no estudo quanto ao título, autores, periódico, ano de publicação, local, tipo de estudo e amostra. SciELO, LILACS, fev-mar, 2013.

Artigo	Título	Autores	Periódico/Ano	Características do estudo
A1	Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda (PE), Brasil.	BRITO, E.S.V.; JESUS, S.B.; SILVA, M.R.F.	Rev. de APS / 2009.	Local: Olinda – PE. Tipo de estudo: descritivo, de natureza quantitativa e corte transversal. Amostra: 46 enfermeiros.
A2	Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle.	CAMPOS, A.L.A. et al.	Cad. Saúde Pública / 2010.	Local: Fortaleza – CE. Tipo de estudo: estudo transversal e descritivo. Amostra: 58 gestantes.
A3	Sífilis e Gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas.	FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al.	DST – J. bras. Doenças Sex. Transm. / 2012.	Local: Mato Grosso do Sul. Tipo de estudo: observacional, transversal, comparativo, retrospectivo e prospectivo. Amostra: 1.024 puérperas.
A4	Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro.	CAMPOS, A.L.A. et al.	Rev. Bras. Ginecol. Obstet. / 2012	Local: Fortaleza – CE Tipo de estudo: estudo qualitativo Amostra: 56 parturientes.
A5	Análise dos Casos de Sífilis Congênita em Sobral, Ceará: Contribuições para Assistência Pré-Natal.	MESQUITA, K.O. et al.	DST – J. bras. Doenças Sex. Transm. / 2012.	Local: Sobral – CE Tipo de estudo: Documental do tipo exploratório descritivo. Amostra: 09 mulheres e seus respectivos filhos.
A6	Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década.	COSTA, C.C. da et al.	Rev. Esc. Enferm. USP / 2013.	Local: Fortaleza – CE Tipo de estudo: Transversal e documental com abordagem quantitativa. Amostra: 2.930 casos de sífilis congênita notificados no SINAN.

Observou-se que três artigos foram publicados no ano de 2012 e um no ano de 2013, o que demonstra um interesse mais recente dos pesquisadores em detalhar em seus resultados a problemática do tratamento do parceiro da gestante com sífilis. Quanto ao local das pesquisas, a maioria realizou-se no Ceará; percebe-se, assim a relevância dada a esta temática nessa região.

Apenas um artigo apresenta seu título relacionado ao parceiro e nenhum desses utilizou o mesmo como sujeito do estudo. Isso pode ser devido ao fato dos homens buscarem os serviços de saúde menos que as mulheres (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007), tornando mais difícil o acesso do pesquisador a eles.

O tratamento inadequado do parceiro sexual da gestante sífilítica ou a não realização do mesmo é, talvez, um dos principais obstáculos para a eliminação da sífilis congênita. O quadro 2 apresenta em números essa realidade segundo o achado em cada artigo.

Quadro 2. Alcance e deficiência do tratamento do parceiro das gestantes com sífilis. LILACS, SciELO, fev-mar, 2013.

Artigo	Tratamento do parceiro da gestante com sífilis
A1	Observou-se que nos dois Distritos Sanitários (DS) pesquisados os número de parceiros tratados não foram satisfatórios, em um 67,11% dos parceiros das gestantes com sífilis não foram tratados, enquanto que no outro este percentual foi de 25,00%, gerando uma disparidade significativa entre eles.
A2	Das gestantes estudadas, 24,1% informou que o parceiro foi tratado, 65,5% não tratados e 10,3% não souberam informar. Dentro dos que informaram o tratamento, 42,9% foi relatado tratamento completo, o que corresponde a 10,3% da amostra total.
A3	A análise do estudo foi comparativo nos anos de 2006 e 2011. No primeiro ano, 58% dos parceiros não receberam o tratamento de forma apropriada; já no outro ano, esse percentual aumentou para 66,7%.
A4	Das 56 mulheres, 49 (87,5%) foram informadas da importância do tratamento do parceiro e 14 (56,0%) dos que souberam do diagnóstico foram tratados. Destes, seis (42,8%) foram considerados adequadamente tratados. Não receberam tratamento 11 (44%); destes, sete (63,6%) se

	recusaram, dois tiveram o exame de VDRL negativo, um não fez o exame VDRL e um alegou não ter tempo.
A5	Dos nove parceiros das gestantes, dois realizaram o tratamento adequado, sete não realizaram adequadamente ou não há informação disponível sobre seu tratamento. Um parceiro foi tratado após o parto.
A6	Verificou-se aumento progressivo do número total de casos notificados de parceiros não tratados a cada ano. As exceções foram 2001 e 2002, sendo que em 2001 foram notificados 15 casos sem tratamento e no ano seguinte, 13 casos. Contudo, a partir de 2005, chama atenção o crescimento acentuado desses dados, superando de forma substancial os demais. Além disso, o número de parceiros não tratados superou o número de parceiros tratados em todos os anos investigados.

Em uma visão panorâmica, observa-se uma negligência das medidas preventivas da sífilis congênita, com enfoque na abordagem e tratamento do parceiro sexual da gestante sífilítica. Para melhor visualizar os resultados do quadro 2, estes foram sintetizados na figura 2 onde estão dispostos os percentuais de realização do tratamento do parceiro segundo os artigos estudados.

O tratamento adequado para prevenção da transmissão vertical da sífilis significa tratamento completo da gestante com Penicilina G Benzatina na dosagem adequada ao estágio da doença, finalizado no máximo 30 dias antes do parto e concomitantemente ao tratamento do parceiro sexual (BRASIL, 2006).

Depoimentos em análises sobre o conhecimento das DST apontam que 69% dos entrevistados afirma ter conhecimento sobre a sífilis, entretanto, após responder algumas perguntas, demonstra não saber a forma pela qual a doença se apresenta (34% mulheres / 45% homens), e que ainda existem pessoas que acreditam que a doença possa ser adquirida pelo abraço ou sentar-se no mesmo local que um indivíduo contaminado sentou (BRETAS et al., 2009). Esses dados demonstram o déficit no esclarecimento da doença para população

Os enfermeiros têm grande importância no processo de educação da população acerca da necessidade da prevenção da transmissão vertical da sífilis, principalmente por ser um dos profissionais, que no sistema de saúde pública brasileira, realiza consultas de pré-natal. Através de ações de educação em saúde, eles podem reduzir essa lacuna existente no conhecimento acerca da sífilis.

Faz-se, também, imperativo preparo desta categoria para lidar com o parceiro sexual da gestante com sífilis, incluí-lo nas consultas de pré-natal pode ser uma estratégia para fazê-lo sentir-se parte do processo de formação deste bebê, tornando mais simples a adesão deste homem ao tratamento. A presença do parceiro nessas consultas também se torna uma oportunidade do profissional de estender as orientações a eles (DUARTE, 2007), além de criar vínculo com o mesmo, gerando confiança (ARAÚJO; SILVEIRA, 2007). Ademais, o acolhimento e o aconselhamento com o parceiro também são estratégias essenciais.

Conclusão

Pode-se concluir que o alcance do tratamento do parceiro da gestante sífilítica é baixo e que diversos são os fatores relacionados à deficiência na realização desse tratamento, como o desconhecimento acerca da doença e suas consequências.

Faz-se necessário uma forte atuação dos órgãos públicos através de campanhas com ampla divulgação nacional sobre alguns pontos fundamentais para que ocorra a adesão do tratamento do parceiro, tais como: maior esclarecimento sobre a sífilis, incentivo ao uso de serviços de saúde para o público masculino, além do acompanhamento do parceiro nas consultas de pré-natal, proporcionando uma maior aproximação do profissional com o casal. Ademais, é imperativo que os profissionais de saúde estejam preparados para receber esta demanda realizando um trabalho de educação em saúde no intuito de reduzir essa cultura “machista” de que homem não busca atendimento em unidade de saúde.

Referências

ARAÚJO, M.A.L.; SILVEIRA, C.B. Vivências de mulheres com diagnóstico de doença sexualmente transmissível - DST. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, vol.11, n.3, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o controle da sífilis congênita:** Manual de Bolso. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis:** Manual de Bolso. Brasília, 2007.

BRETAS, J.R. da S. et al. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.43, n.3, 2009.

BRITO, E.S.V.de; JESUS, S.B.de; SILVA, M.R.F.da. Sífilis congênita como indicador de avaliação da assistência ao pré-natal no município de Olinda. **Revista de APS**, Juiz de Fora, vol.12, n.1, 2009.

CAMPOS, A.L. de A. et al. Epidemiologia da sífilis gestacional em Fortaleza, Ceará, Brasil: um agravamento sem controle. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.26, n.9, 2010.

CAMPOS, A.L. de A. et al. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.34, n.9, 2012.

COSTA, C.C.da et al. Sífilis congênita no Ceará: análise epidemiológica de uma década. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.47, n.1, 2013.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v.29, n.4, 2007.

FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al. Sífilis e gestação: estudo comparativo de dois períodos (2006 e 2011) em população de puérperas. [DST i. bras. doenças sex. transm.](#), Rio de Janeiro, vol.24, n.1, 2012.

GOMES, R. A saúde do homem em foco. Editora UNESP, São Paulo, 2010.

GOMES R.; NASCIMENTO, E.F.de; ARAÚJO, F.C.de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.23, n.3, 2007.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., vol.17, n.4, 2008.

MESQUITA, K.O. et al. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal. [DST j. bras. doenças sex. transm.](#), Rio de Janeiro, vol.24, n.1, 2012.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus por todas as oportunidades e por dar-nos condição de realizar esta pesquisa.

A INFLUENCIA DA ATIVIDADE FÍSICA EM HIPERTENSOS EM UM GRUPO DE CAMINHADA.RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Cherline Alves Rodrigues – Faculdade Vale do Salgado - cherline@hotmail.com
Beatriz Nascimento Dos Santos Pinheiro-Faculdade Vale do Salgado
Caroline Torres da Silva Cândido – Hospital Maternidade São Vicente de Paulo.
Maria do Socorro Nicolau-Faculdade Vale do Salgado
Natália Silvestre de Carvalho – Faculdade Vale do Salgado
Tahyanne de Castro Neves – Faculdade Vale do Salgado

Palavras-chave: Promoção em Saúde. Exercício Físico .Hipertensão

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial-(HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica e diastólica. Estando associado, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares. Modificações no estilo de vida, incluindo exercício físico, são recomendadas no tratamento da hipertensão arterial. Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 83 anos, mostrou que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos. Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira. **Objetivo:** Analisando a prática de exercícios físicos em hipertensos no grupo de caminhada largo do em Icó-ce **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos do curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Vale do Salgado, Icó/CE no dia 28 de agosto de 2014 na praça largo do Theberg Os princípios da Resolução 466/2012 foram respeitados. **Resultados:** Com o acompanhamento de uma Enfermeira foi ministrada atividade educativa bem como uma roda de conversa tendo a participação dos usuários do grupo que expuseram suas experiências e vivências enquanto portador dessa patologia. Foi esplanada ainda por meio das acadêmicas a importância na prática de exercício físico como fator condicionante para o tratamento não farmacológico em pacientes Hipertensos bem como foi oferecido um café da manhã temático como forma de demonstração de uma alimentação adequada e saudável para os mesmos. Foi realizado ainda o monitoramento da Pressão Arterial como forma de evidenciar possíveis alterações em seus níveis normais. **Conclusão:** Conclui-se que apesar de estudos mostrarem e comprovarem os benefícios na prática de exercício físico como uma forma de tratamento não farmacológico em indivíduos hipertensos bem como sua influencia no estilo de vida saudável ainda é grande o numero de pessoas que não fazem o uso dessa prática.

Introdução

A hipertensão arterial-(HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial sistólica e diastólica. Estando associado, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares(BRASIL,2013).

A hiper tensão arterial é uma doença atual, resultante das condições de vida do homem moderno, que expressa sua forma de viver e as contradições sociais existentes. Esse agravo representa um alto custo social na saúde, por causar enfermidades secundárias existentes tais como: hábitos alimentares não saudáveis, sedentarismo, tabagismo, obesidade dentre tantos outros que acarretam danos a saúde da população sendo uma das principais a hipertensão arterial (TEIXEIRA,et al,2006).

No Brasil a HAS é uma doença altamente presente na população adulta, tendo sua prevalência oscilante entre 22% e 44%. Ela atinge aproximadamente 30 milhões de brasileiros e cerca de 50% destes não sabem que são portadores dessa patologia por serem muitas vezes assintomáticos. Sendo importante fator de risco para as doenças cardiovasculares ateroscleróticas, incluindo acidente vascular cerebral, doença coronariana, insuficiência vascular periférica e cardíaca. Mesmo a população portadora de hipertensão leve está sob o jugo do risco aumentado (SPINATO,et al 2010).

As medidas não farmacológicas tem se destacado no que diz respeito ao tratamento da hipertensão, dentre elas a prática regular de atividades físicas, componente importante na melhoria da qualidade de vida.Estudos revelam que no Brasil 20% dos adultos são pouco ativos ,ou seja ,praticam atividades físicas apenas uma vez por semana e somente 8% fazem atividade física regular em média três vezes por semana . Isso evidencia a importância que se deve atribuir aos programas de atividade física terapêutica como meio para a abordagem ao hipertenso (MANO ET al,2005).

A prática de exercício físico vai além da redução da Pressão Arterial, estando ligada à redução dos fatores de risco cardiovasculares e à menor morbimortalidade, quando comparadas a pessoas que estão ativamente praticando atividade física comparados a indivíduos de menor aptidão física, o que explica a recomendação deste na prevenção primária e no tratamento complementar da hipertensão (NOGUEIRA ET AL,2012).

A pratica do treinamento físico aeróbio tem demonstrado importantes alterações autonômicas e hemodinâmicas que influenciar no sistema cardiovascular Entretanto com o auxilio de medidas alternativas no estilo de vida, tais como redução de peso, diminuição na ingestão de sódio,álcool e a prática de atividade física regular, têm sido de grande relevância no que diz respeito a redução e o controle da hipertensão artéria(RONDON,BRUM,2003).

Modificações no estilo de vida, incluindo exercício físico, são recomendadas no tratamento da hipertensão arterial. Estudo envolvendo 217 pacientes de ambos os sexos, com idade variando de 35 a 83 anos, mostrou que a adesão a medidas não farmacológicas, dentre as quais a prática de exercício físico, promoveu sensível efeito na redução dos níveis pressóricos. Estima-se que a prevalência do sedentarismo seja de até 56% nas mulheres e 37% nos homens, na população urbana brasileira (MONTEIRO, 2004).

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência dos acadêmicos de enfermagem no grupo de caminhada Largo do Theberg como forma de mostrar a importância do exercício físico no tratamento da hipertensão bem como seus benefícios para uma vida saudável no dia 28 de agosto de 2014, com os hipertensos que se encontravam no momento ,no dia 28 de agosto de 2014,com os hipertensos do grupo que se encontravam no momento, somando um total 20 participantes.A atividade foi programada antecipadamente e comunicada a todos no encontro anterior .Foi realizado o monitoramento da Pressão Arterial como forma de verificar alguma alteração em seus valores normais bem como uma roda de conversa com o intuito da troca de experiências entre os participantes além de um café da manhã temático como demonstração de uma Os princípios da Resolução 466/2012, no que se refere à pesquisa com seres humanos foram

respeitados, como também assinado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os acadêmicos foram acompanhados por uma enfermeira e o evento se deu com o intuito de esclarecer a importância e os benefícios existentes na prática do exercício físico em hipertensos, por meio do monitoramento da Pressão arterial, roda de conversa além das orientações oferecidas através das palestras como forma de esclarecer dúvidas existentes entre eles. Ofereceu-se ainda um café da manhã temático com alimentos adequados para os mesmos, no intuito de tornar-se um hábito de vida.

Depois de concluído o evento observou-se que embora essa não seja uma prática corriqueira entre a maioria dos portadores de hipertensão. Houve muitos que relataram que após participarem do grupo observaram um maior controle em suas Pressões como também uma maior qualidade de vida, isso nos participantes ativos do grupo sendo em média 70% deles. Houve ainda aqueles que não sentem muita segurança quanto aos benefícios dessa prática por acharem que não tiveram muita mudança em seus valores pressóricos cerca de 30%. Existiram ainda aqueles que relataram falta de tempo em estar presente nos dias dos encontros mais que quando vem com uma maior frequência notam melhora em seus níveis pressóricos sendo 50%.

Conclusão

Contudo notou-se que ainda existe uma demanda reprimida no que diz respeito à prática de exercícios físicos no cotidiano dos portadores da hipertensão arterial bem como na população de modo geral o que acarreta danos significativos para a saúde da população. Com isso observou-se ainda a necessidade de estratégias voltadas para atrair a população em especial aos portadores de doenças crônicas tais como a hipertensão para o hábito da atividade física como uma forma de prevenção e controle dessas doenças. Seria importante uma maior conscientização das pessoas em terem o hábito de realizarem atividades físicas ao menos 3 vezes na semana como uma forma de auxiliar no controle dos níveis pressóricos, sendo uma forma de ter uma melhor qualidade de vida. Isso nos leva a crer que ainda existe muito a ser feito na promoção em saúde para essa prática se torna integrante no tratamento da hipertensão bem como na sua prevenção.

Referência

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Cad. da Atenção Básica. 2013
2. MANO, G. M. P; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um Centro de Saúde Escola. *Acta paul. enferm.* vol.18, n.3, pp. 269-275. 2005.
3. MONTEIRO, M. F.; FILHO, D. C. S. Exercício físico e o controle da pressão arterial. *Rev Bras Med Esporte* Vol. 10, Nº 6. 2004.
4. NOGUEIRA, I. C.; SANTOS, Z. M. S. A.; BUCHARLES, D. G. Efeitos do exercício físico no controle da hipertensão arterial em idosos. *Rev. bras* vol.15, n.3, pp. 587-601. 2012,
5. RONDON, M. U. P. B.; BRUM, P. C. Exercício físico como tratamento não-farmacológico na hipertensão. *Rev Bras Hipertens* .vol 10. 2003.
6. SPINATO, I. L.; MONTEIRO, L. Z. S.; Z. M. Araújo. Adesão da pessoa hipertensa ao exercício físico: uma proposta educativa em saúde. *Texto contexto – enferm.* vol.19, n.2, p. 256-264. 2010.
7. TEXEIRA, E. R.; SILVA, J. C.; LAMAS, A. R.; MATOS, R. M. O estilo de vida do cliente com hipertensão arterial e o cuidado com a saúde. 2006.

Agradecimento

À Secretária Municipal de Saúde pela abertura e apoio à pesquisa em saúde. Às participantes da pesquisa que participaram com empolgação, além da confiança e carinho depositados nos pesquisadores.

A INFORMAÇÃO NUTRICIONAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA AVALIAÇÃO SOBRE O NÍVEL DE CONHECIMENTO DE UNIVERSITÁRIOS ACERCA DO TEMA ALIMENTOS FUNCIONAIS.

Ronária Vieira de Andrade (apresentadora) – Universidade Federal do Piauí, ronariaandrade@live.com

Daniela de Araújo Luz – Universidade Federal do Piauí

Valéria Luz – Universidade Federal do Piauí

Aila de Oliveira Rodrigues Costa – Universidade Federal do Piauí

Rafaella Cristhine Pordeus Luna (Orientador) – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Alimentos Funcionais. Educação Alimentar e Nutricional. Promoção da Saúde.

Resumo

Devido a fatores como o envelhecimento populacional e também a elevada prevalência e incidência de doenças crônicas não transmissíveis, a importância de um maior conhecimento sobre os alimentos funcionais se faz necessário, já que estes são considerados alimentos benéficos para a saúde, pois contém em sua composição substâncias capazes de alterar de forma positiva o estado fisiológico e/ou metabólico, assim controlando e/ou modulando a função imunológica, dessa forma, reduzindo o risco dessas doenças. Assim, o objetivo desta pesquisa foi de avaliar o nível de conhecimento de universitários acerca do tema alimentos funcionais, considerando sua importância na promoção da saúde. Foram avaliados universitários (n=211) de uma universidade pública, localizada no município de Picos-PI, com idade entre 18 e 59 anos, de ambos os sexos. Aplicou-se questionário geral que abordava informações socioeconômicas e um questionário sobre a definição de alimentos funcionais e seus benefícios; além de uma lista contendo alimentos para identificação de alimentos funcionais e não funcionais. Pôde-se constatar que a maioria da população desconhecia a definição de alimentos funcionais, entretanto, grande parte soube informar quais eram os alimentos funcionais, bem como seus benefícios, apresentando noções do conceito de alimentação saudável. Assim, diante desses dados torna-se necessário estimular o desenvolvimento de estratégias educativas para ampliar o nível de conhecimento sobre esse tema para essa população, visto a importância do consumo desses alimentos para a manutenção da saúde e prevenção de doenças.

Introdução

O conceito de alimento funcional é amplo, e defende a suposição de que a dieta pode controlar e modular as variadas funções orgânicas, contribuindo para a manutenção da saúde e reduzindo a morbidade (PADILHA e PINHEIRO, 2004). O consumo de alimentos funcionais está relacionado com a prevenção de doenças crônicas, tais como a obesidade, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, síndrome metabólica, entre outras. De acordo com St-Onge (2005), a inclusão de alimentos ou a substituição de alimentos habituais por outros que podem aumentar o gasto energético ou melhorar a saciedade pode ser uma maneira prática de manter um peso corporal estável ou auxiliar na realização da perda de peso.

Assim, a prevenção e controle das doenças crônicas e seus fatores comportamentais de risco são fundamentais para evitar o crescimento epidêmico dessas doenças e suas graves consequências para a qualidade de vida dos indivíduos, pois além de causar mortes prematuras, as doenças crônicas geram efeitos econômicos adversos para as famílias, comunidades, sociedade em geral e para o sistema de saúde no país (WHO, 2005).

Não existe uma definição universal para os alimentos funcionais na comunidade científica, porém, várias organizações buscam defini-los. De uma forma geral, os alimentos funcionais são considerados como produtos contendo em sua composição alguma substância biologicamente ativa que, ao ser incluída numa dieta usual, modula processos metabólicos ou fisiológicos, resultando em redução do risco de doenças e manutenção da saúde (FAGUNDES e COSTA, 2003; RODRÍGUEZ; MEGÍAS; BAENA, 2003).

Os ingredientes funcionais são um grupo de compostos que apresentam benefícios à saúde, tais como as alicinas presentes no alho, os carotenóides e flavonóides encontrados em frutas e vegetais, os glucosinolatos encontrados nos vegetais crucíferos os ácidos graxos poliinsaturados presentes em óleos vegetais e óleo de peixe. Devem ter adequado perfil de segurança, demonstrando a segurança para o consumo humano. Não devem apresentar risco de toxicidade ou efeitos adversos de drogas medicinais (BAGCHI; PREUSS; KEHRER, 2004).

No Brasil, o Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) emitiu a Resolução nº 18 de 30/04/99 que estabelece as diretrizes básicas para a análise e comprovação de propriedades funcionais e ou de saúde alegadas em rotulagem em alimentos. Define que “alimento ou ingrediente que alegar propriedades funcionais ou de saúde pode, além de funções nutricionais básicas, quando se tratar de nutrientes, produzir efeitos metabólicos e ou fisiológicos à saúde, devendo ser seguro para consumo sem supervisão médica” (ARRABI, 2001; PARRA; DUAILIBI, 2002).

Assim, tendo em vista as considerações acima levantadas, percebe-se a importância de avaliar o conhecimento da população acerca desse tema, e verificar a necessidade de expansão dessas informações para esse grupo a partir de atividades de intervenção.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de delineamento epidemiológico descritivo transversal, da qual participaram indivíduos de ambos os sexos, com idade entre 18 e 59 anos, universitários de uma instituição pública localizada no município de Picos/PI. Os sujeitos foram selecionados por meio de consulta ao banco de dados construído a partir da investigação intitulada “Constipação intestinal em universitários e sua relação com o consumo alimentar habitual: prevalência e intervenção nutricional” (CAEE 03741212.1.0000.5214). Para fins da presente proposta de pesquisa, foi incluída uma subamostra do referido projeto, sendo incluídos nesse estudo 211 indivíduos.

Para a coleta dos dados pertinentes ao estudo, desenvolvida durante os meses maio e junho de 2014, foi aplicado um questionário geral que abordava informações socioeconômicas e um questionário sobre a definição de alimentos funcionais e seus benefícios; além de uma lista para identificação dos alimentos funcionais e não funcionais e seus benefícios (CAMPOS, 2010).

A classe econômica foi classificada segundo a Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (2011), sendo analisada segundo a quantidade de itens de produtos/serviços e também de acordo com o grau de instrução do chefe ou responsável pela família, assim foram somados os pontos de cada um desses componentes e aquele que obtivesse entre 30 – 34 pontos pertencia a classe A1; de 25 – 29 classe A2; de 21 – 24 classe B1; de 17 – 20 classe B2; de 11 – 16 classe C; de 6 – 10 classe; e por fim de 0 – 5 classe E.

Os testes estatísticos aplicados envolveram uma estatística descritiva (frequência simples, média e desvio padrão).

Resultados e Discussão

De acordo com a Tabela 1, a população avaliada foi constituída de universitários do sexo masculino e feminino, prevalecendo à população feminina (63,51%). A média de idade da população geral foi de 21,72 ($\pm$ 2,61) anos. Quanto à renda familiar, na população geral a média foi de R\$ 1847 ($\pm$ 1285,6), mostrando-se uma renda de padrão médio. Então, pôde-se observar que houve predominância da classe C.

Analizou-se o nível de conhecimento dos universitários sobre o tema alimentos funcionais aplicando a pergunta “o que você entende por alimentos funcionais”, que constava das seguintes alternativas: são alimentos que oferecem energia, força para o corpo; são remédios; são alimentos que ajudam na redução do risco de doenças; ou não sei”.

Por se tratar de uma população de nível econômico médio, cursando nível superior, poderia se esperar a presença de conhecimento básico sobre uma alimentação saudável, o que estaria interligado com o tema alimentos funcionais. Porém, observou-se que a maioria dos indivíduos ainda não dispõe de um conceito definido sobre o são esses alimentos, uma vez que 61,6% não acertaram ao responder o questionamento sobre o entendimento dos alimentos funcionais (Tabela 1).

Comparando-se com o estudo de Campos (2010), em que foi analisado o conhecimento sobre o conceito de alimentos funcionais pelos clientes em restaurantes *self services*, 64,5% dos clientes não responderam corretamente, apresentando assim grau de conhecimento semelhante ao da população do presente estudo.

Dessa forma, pode-se considerar a presença de um conhecimento reduzido sobre o conceito de alimentos funcionais, ampliando a necessidade da presença de um profissional de nutrição para veicular informações corretas sobre tais alimentos, já que algumas informações são repassadas erroneamente pela mídia e podem direcionar às escolhas erradas.

Tabela 1. Descrição da amostra de universitários

Característica	Masculino	Feminino	Total
Idade (anos)	21,91 $\pm$ 2,97	22,13 $\pm$ 2,67	21,72 $\pm$ 2,61
Gênero	36,49%	63,51%	100
Renda familiar (R\$)	2059 $\pm$ 1308,6	1725 $\pm$ 1260,9	1847 $\pm$ 1285,6
Classe econômica			
A/B	9,5%	14,22%	23,72
C	20,4%	32,7%	53,1%
D/E	6,6%	16,11%	22,8%
Entendimento sobre alimentos funcionais			
Sim	12,32%	26,1%	38,4%
Não	24,17%	37,44%	61,6%

Variáveis expressas como média $\pm$ desvio padrão ou N (%).

Por outro lado, de acordo com a Figura 1, apesar do entendimento sobre alimentos funcionais ter se apresentado insatisfatório, observou-se que parte dos universitários apresentava conhecimento considerado satisfatório sobre quais alimentos eram considerados funcionais, pois alimentos como aveia (63,03%), feijão (55,92%), peixe (49,29%), cenoura (47,5%), carne de soja (47%), arroz integral (43,63%) e tomate (40,26%) foram os mais citados pela população de universitários.

Esses alimentos possuem ingredientes funcionais, como as lignanas, as isoflavonas, o ácido linoléico, o β -caroteno, as fibras e o licopeno que são capazes de alterar de forma positiva o estado fisiológico e/ou metabólico, controlando e/ou modulando a função imunológica, e dessa forma reduzindo o risco de doenças crônicas, o que constitui uma informação importante para a população no combate às essas doenças. Já os alimentos considerados não funcionais tiveram baixa citação como doces (4,79%), alimentos industrializados (2,34%) e refrigerantes (0,95%), o que também pode-se considerar como um bom indicador, já que esses alimentos trazem diversas consequências prejudiciais a saúde.

Entretanto, alguns alimentos funcionais importantes foram pouco citados, tais como o iogurte (1,42%), que possui os pré e próbióticos responsáveis por melhorar o equilíbrio microbial intestinal e aumentar a resistência a infecção bacteriana, respectivamente (ARAYA; LUTZ, 2003; ARRABI, 2001); a ervilha (16,11%) considerada uma leguminosa em que são encontrados os compostos fenólicos gerando efeitos hipocolesterolêmicos (PASCHOAL, 2001); e por fim a cebola (25,12%) e o alho (27,01%) que possuem flavonóides e alicina, respectivamente, atuando na redução do colesterol sérico e da pressão arterial, além de evitar a agregação plaquetária (WILLIAM et al., 2001; CHEN et al, 1999).

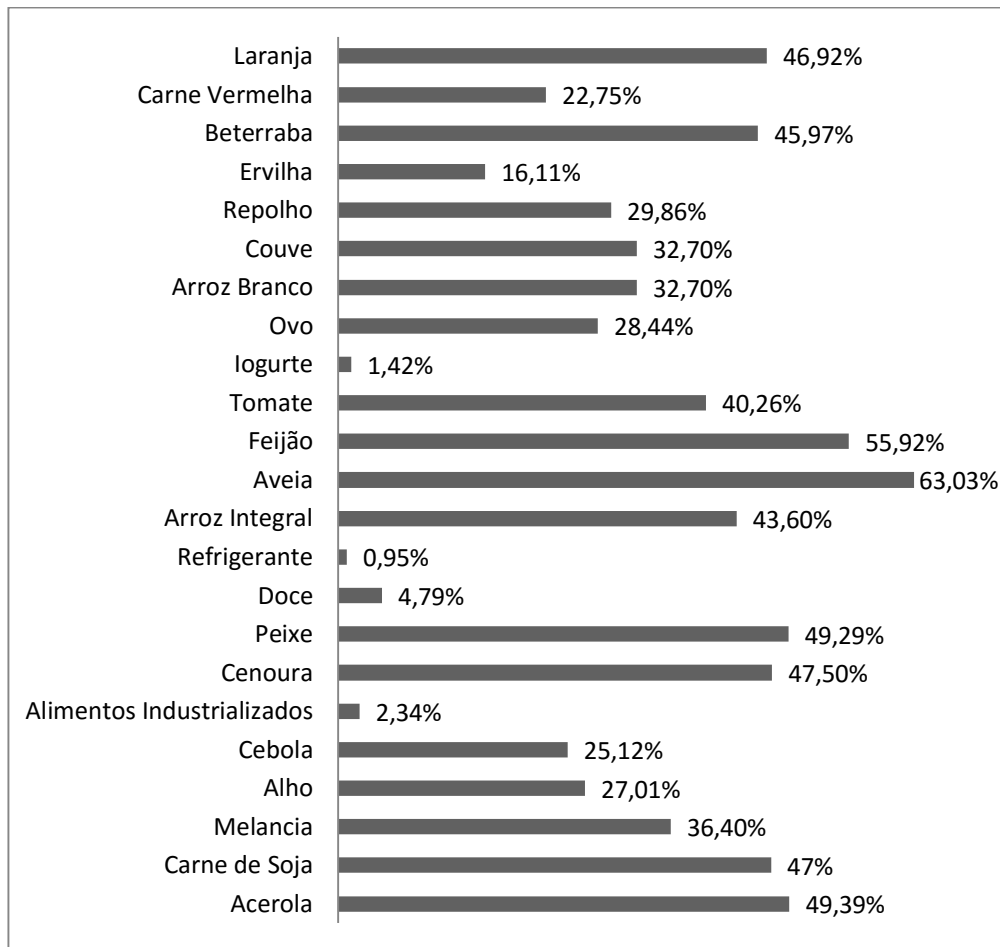


Figura 1: Alimentos considerados funcionais pela população de universitários

Em pesquisa realizada por Santos e Varavallo (2012), a respeito de conhecimentos básicos sobre probióticos e alguns hábitos de consumo de universitários, observou-se que a maioria dos entrevistados conceituou probióticos corretamente; apenas 21,7% e 2,8% da área da saúde e humanas respectivamente, afirmaram consumir probióticos diariamente, revelando a necessidade de maiores esclarecimentos sobre a frequência correta de seu consumo e mostrando resultados melhores em relação ao presente trabalho, mas que ainda são insatisfatórios. Esses dados demonstram a necessidade de se priorizar políticas e estratégias de absorção e disseminação de conhecimento sobre as aplicações e benefícios dos probióticos como alimentos funcionais para que esses possam auxiliar na melhoria da qualidade de vida e bem estar da população.

No estudo de Maciel (2006), que analisou a influência do consumo de alimentos e estilo de vida tendo como público alvo universitários, alimentos como alho e cebola, foram citados de forma majoritária pelos alunos de graduação, o que diferiu dos resultados do presente estudo. Esses resultados reforçam a importância de trabalhar com o conceito de alimentos funcionais com esse grupo, uma vez que a informação nutricional pode aumentar a possibilidade de consumo desses alimentos diariamente.

De acordo com a Figura 2, verificou-se que a maioria dos universitários apresentava conhecimento prévio acerca dos benefícios dos alimentos funcionais para a saúde, uma vez que 68,82% associaram o consumo de alimentos funcionais ao combate a doenças do coração, à ajuda no envelhecimento saudável, à redução do risco de osteoporose e câncer; e apenas 0,47% da população considerou que os alimentos funcionais não são saudáveis. No estudo de Campos (2010) também verificou-se que a maioria dos usuários dos restaurantes tinham algum conhecimento prévio acerca dos benefícios dos alimentos funcionais para a saúde (65,8%). Assim, apesar dessas populações não saberem de forma exata o conceito de alimentos funcionais, elas entendem a importância do consumo desses alimentos para prevenção de diversas patologias e dos demais benefícios à saúde.

Em contrapartida, no estudo feito por Baptista et al (2013), com o intuito de também avaliar o conhecimento dos universitários em relação aos alimentos funcionais, percebeu-se que dos entrevistados, 48% pareceram desconhecer ou não estar certos das alegações de saúde proposta pelos alimentos funcionais, mostrando valores ainda mais baixos do que os do presente estudo. Revelando que apesar do interesse e curiosidade quanto aos alimentos funcionais, estes ainda não possuem conhecimento suficiente sobre os benefícios dos mesmos à saúde humana.

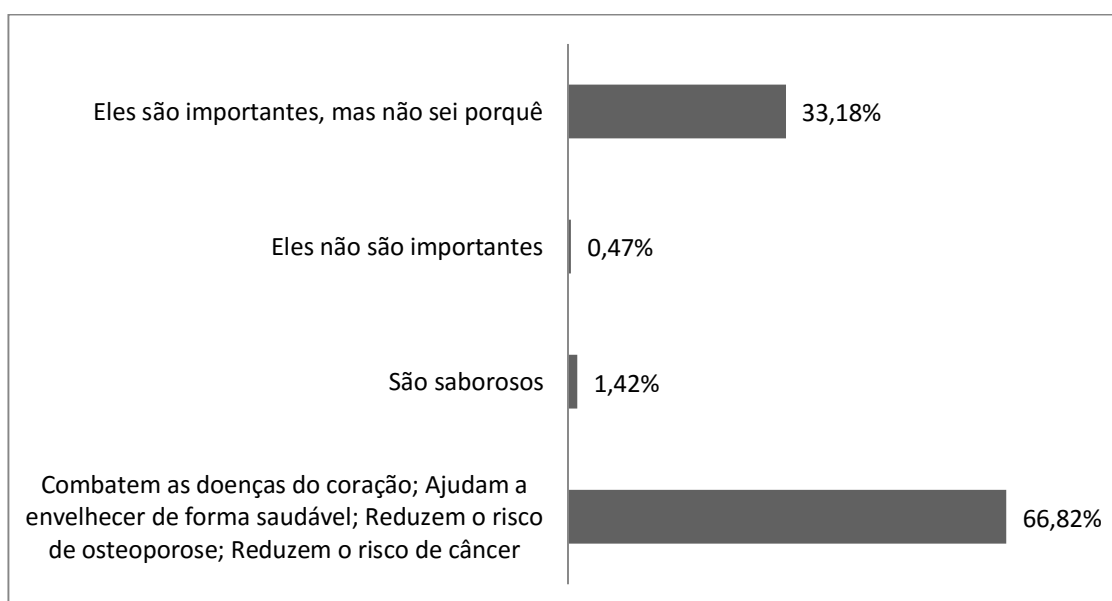


Figura 2. Conhecimento sobre os benefícios dos alimentos funcionais pela população de universitários.

Conclusão

De acordo com os dados apresentados a maioria dos universitários desconhecia o conceito de alimentos funcionais, entretanto, reconheciam a maioria dos alimentos funcionais e os benefícios desses alimentos para a saúde.

Nesse sentido, é necessário promover campanhas educativas sobre os benefícios do consumo de alimentos funcionais, particularmente daqueles ainda pouco conhecidos, bem como realizar mais pesquisas

sobre o consumo destes alimentos em instituições de ensino para ampliar os conhecimentos acerca de uma alimentação saudável e estimular o consumo promovendo benefícios à saúde dessa população.

Referências

ARAYA, H. L.; LUTZ, M. R. Functional and healthy foods. *Revista Chilena de Nutrição*, [S. l.], v. 30, n. 1, p. 8-14, 2003.

ARRABI, P. R. Alimentos funcionais - aspectos gerais. *Revista Nutrire*, São Paulo, v. 21, p. 87-102, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA, 2011. Critério de classificação econômica Brasil. [acesso 2014 ago 08]. Disponível em: <<http://www.sbpm.org.br/criterios.asp>>.

BAGCHI, D.; PREUSS, H. G.; KEHRER, J. A. Nutritional and functional food industries: aspects on safety and regulatory requirements. *Toxicology Letters*, [S. l.], v. 150, n. 1, p. 1-2, 2004.

BAPTISTA, I. C. et al. Conhecimento da comunidade universitária em relação aos alimentos funcionais. *Acta Scientiarum*, Maringá, v. 35, n. 1, p. 15-21, 2013.

CAMPOS, C. M. F. Impacto da intervenção educativa no consumo de alimentos funcionais por usuários de restaurantes self services. Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado de Ciências e Saúde da UFPI, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Ciências e Saúde, Teresina, F. 147, 2010

CHEN, J. H.; [CHEN, H. I.](#); [TSAI, S. J.](#); [JEN, C. J.](#) Chronic consumption of raw but not boiled welsh onion juice inhibits rat platelet function. *Journal of Nutrition*, v. 130, n. 1, p. 34-37, Coréia do Sul, 1999.

FAGUNDES, R. L. M.; COSTA, Y. R. Uso dos alimentos funcionais na alimentação. *Revista Higiene Alimentar*, [S. l.], v. 17, n. 108, p. 42-48, 2003.

MACIEL, E. S. Qualidade de vida: análise da influência do consumo de alimentos e estilo de vida. Dissertação apresentada para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de concentração: Ciência e Tecnologia de Alimentos. Piracicaba, 2006.

PASCHOAL, V. Alimentos para a saúde. *Revista Sadia Light*, São Paulo, 2001.

PADILHA, P. C.; PINHEIRO, R. L. O Papel dos alimentos funcionais na prevenção e controle do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 251-260, 2004.

PARRA, R. G. C.; DUAIBI, S. R. Uso de alimentos funcionais. In: TORRES, E. A. F. S. Alimentos do milênio: a importância dos transgênicos, funcionais e fitoterápicos para a saúde. São Paulo: Ed. Signus, 2002.

RODRÍGUEZ, M. B. S.; MEGÍAS, S. M.; BAENA, B. M. Alimentos Funcionales y Nutrición óptima. **Revista da Espanha de Salud Pública**, Madrid, v. 77, n. 3, p. 317-331, 2003.

SANTOS, T. T.; VARAVALLO, M. A. Conhecimento de universitários sobre probióticos e suas implicações na promoção de saúde. *Interbio*, v.6, n.1, p. 35-40, 2012.

ST-ONGE, M. P. Dietary fats, teas, dairy, and nuts: potential functional foods for weight control? [The American Journal of Clinical Nutrition](#), Nova York, v. 81, n. 1, p. 7-15, 2005.

WHO (World Health Organization). Organização Panamericana de Saúde. Prevenção de doenças crônicas, um investimento vital. Geneva, 2005.

WILLIAM, H. B.; BRIGGS, J. D. F.; HASHIM, E. O.; IRWIM, L. G. Administration of raw onion inhibits platelet mediated thrombosis in dogs. *Journal of Nutrition*, Madison, v. 131, n. 10, p. 2619-2622, 2001.

A INSERÇÃO DA FAMÍLIA NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVAS NEONATAIS: PRÁTICA HUMANIZADA

Cintya de Fátima e Sousa Oliveira – Universidade de Fortaleza, cintyaoliveira.enfer@gmail.com

Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza

Ingrid Natacha Rodrigues da Silva – Universidade de Fortaleza

Conceição de Maria de Albuquerque – Universidade de Fortaleza

Maria Goretti Alves de Oliveira da Silveira – Universidade de Fortaleza

Mirna Albuquerque Frota – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Enfermagem Neonatal. Humanização da Assistência. Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. Família.

Resumo

O presente estudo tem por objetivo analisar a literatura publicada acerca inserção da família na unidade de terapia intensiva neonatal como prática humanizada, bem como sobre da atuação do enfermeiro neste processo. 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). A busca ocorreu no período de maio de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “enfermagem neonatal”, “humanização da assistência”, “unidade de terapia intensiva neonatal” e “família”. A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva dos conteúdos. A amostra final da pesquisa foi composta por 5 artigos científicos, os quais foram analisados descritivamente, emergindo três categorias temáticas, são elas: O ambiente da UTIN e a humanização do cuidado; Atuação do profissional de enfermagem perante a família; e A inserção da família e o estabelecimento do vínculo afetivo. Nesse estudo foi possível identificar a importância do papel do profissional de enfermagem na inserção da família no ambiente da UTIN e sua atuação como mediador das relações de vínculo entre os pais e o neonato. Considerando que os profissionais de enfermagem na UTIN estão constantemente em contato com os bebês durante a sua permanência no hospital, percebe-se que ele deve também garantir conforto emocional e físico a criança e a família.

Introdução

O ambiente da unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN) propicia ao bebê uma vivência totalmente diferente da vida uterina, visto que estas unidades são consideradas um ambiente desagradável para o bebê por serem permeado de incertezas, imediatismo e instabilidades. Todos esses fatores se fazem geradores de estresse para o profissional de enfermagem, que lida com situações de extrema urgência nas quais a atuação competente é exigida, bem como o comprometimento e a agilidade, conciliados no cuidado humanizado e a sensibilidade de perceber a os anseios de cada neonato. Estes profissionais aprendem a lida diariamente, não apenas com o sofrimento de cada recém-nascido prematuro (RNPT), mas também com sentimentos de medo, insegurança e ansiedade por parte da família dos bebês (KLOCK; ERDMANN, 2012).

A inserção da família no contexto das UTIN ocorre devido à mudança no comportamento dos profissionais envolvidos na assistência, que empregam um modelo assistencial voltado para os neonatos e seus familiares. Entretanto, pelo complexo envolvimento das relações no ambiente hospitalar, a implementação desse modelo configura-se um desafio para o profissional de enfermagem, especialmente no que se refere à inclusão dos pais no processo do cuidar (MOLINA *et al*, 2007).

Para que o trabalho destes profissionais não se torne desumano e mecanizado, é necessário que estejam preparados para lidar as situações do cotidiano. O auxílio psicológico para aprender a administrar os sentimentos vivenciados na prática assistencial é de suma importância. Dessa forma, todas as observações em relação à postura do profissional de enfermagem da UTIN são significativas para que haja qualidade na assistência prestada. Ressalta-se o conhecimento das necessidades destes profissionais no âmbito do ambiente de trabalho, compreendendo como exercem e partilham a prática de cuidados dentro do sistema (KLOCK; ERDMANN, 2012).

O presente estudo tem por objetivo analisar a literatura publicada acerca inserção da família na unidade de terapia intensiva neonatal como prática humanizada, bem como sobre da atuação do enfermeiro neste processo.

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). Foram estabelecidas as seguintes questões norteadoras para esta revisão: Qual o conhecimento científico publicado acerca da humanização praticada na unidade de terapia intensiva neonatal a partir da inserção da família neste contexto? Qual a atuação do enfermeiro na inserção da família?

A busca ocorreu no período de maio de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “enfermagem neonatal”, “humanização da assistência”, “unidade de terapia intensiva neonatal” e “família”. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos online disponíveis na íntegra produzidos por enfermeiros, com ou sem parceria com outros profissionais, que abordassem a temática, publicados a partir do ano 2005. A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva dos conteúdos. Para a realização desta pesquisa foram utilizados 5 artigos.

Resultados e Discussão

A amostra final da pesquisa foi composta por 5 artigos científicos, os quais foram analisados descritivamente, emergindo três categorias temáticas, são elas: O ambiente da UTIN e a humanização do cuidado; Atuação do profissional de enfermagem perante a família; e A inserção da família e o estabelecimento do vínculo afetivo.

O ambiente da UTIN e a humanização do cuidado

Na análise dos dados as iniciativas de humanização da assistência nas UTIN foram observadas em grande parte dos enfermeiros na busca por pleno conhecimento, motivada pela necessidade de atualizar e rever os seus saberes, ampliando as habilidades profissionais de forma individualizada de cada trabalhador com o objetivo de prestar melhor cuidado e maior segurança e autonomia na assistência ao bebê prematuro. Alterações de comportamento e conscientização por parte de alguns profissionais foram observadas quanto a importância de prestação do cuidado humanizado a esses neonatos (REICHERT; LINS; COLLET, 2009).

O ambiente da UTIN é conceituado como singular que transpassa por mudanças e reorganizações, desde o início da assistência neonatal até à atualidade. Nesse contexto a forma de identificar e sentir a característica de cada bebê se manifesta de uma maneira altamente valorizada na assistência, por meio do cuidado permeado de sensibilidade (KLOCK; ERDMANN, 2012). Reichert, Lins e Collet (2009) ressaltam que o Ministério da Saúde preconiza ações voltadas para o respeito às individualidades, a garantia da tecnologia que permita a segurança do recém-nato e o acolhimento ao bebê e sua família com ênfase no cuidado voltado ao psiquismo, com vistas a facilitar o vínculo pais recém-nascidos durante a permanência no hospital e após a alta.

Atuação do profissional de enfermagem perante a família

Cada profissional em sua particularidade busca acolher a família da melhor maneira possível na tentativa de minimizar o sofrimento. Estes tornam-se sensíveis a dor do outro, o que facilita o envolvimento emocional, buscando compreender as dores vivenciadas pela família, assim é função da equipe de enfermagem ser mediadora das relações nesse ambiente complexo. Esta unidade hospitalar traz consigo alguns conceitos pré-estabelecidos geralmente relacionados ao risco de morte e cabe ao enfermeiro a desmistificar esse conceito e estabelecer um bom relacionamento em conjunto com os pais com a finalidade de preservar a esperança em relação à melhora de seu filho, para que a família possa ter esse profissional como referência na unidade (GORGULHO, 2009). A equipe de enfermagem atua na tentativa de reduzir e minimizar a ansiedade da família por meio da assistência e apoio prestado durante a internação do neonato. Reichert, Lins e Collet (2009) corroboram afirmando que este contato entre a família e a equipe contribui positivamente na construção do relacionamento profissional/família/bebê.

A inserção da família e o estabelecimento do vínculo afetivo

A presença do pai ou da mãe como acompanhantes do filho durante a internação está prevista por Lei, porém em algumas instituições essa regulamentação não se faz efetiva devido ao desconhecimento por parte tanto das unidades hospitalares, como de alguns profissionais e dos próprios familiares. No entanto, esse modelo vem sendo modificado com a incorporação da presença pais na assistência ao bebê (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

A inserção da família na UTIN como agente colaborador do cuidado na rotina dos neonatos ocorre com auxílio dos enfermeiros, assim os mesmos podem ser participantes deste processo de enfrentamento da hospitalização. As equipes de enfermagem das UTIN procuraram atender os anseios, medos, vulnerabilidades e sentimentos de incapacidade e culpa dos pais perante as circunstâncias em que os filhos se encontram. Frente a isso os profissionais buscam converter essas fragilidades em esperança, valorizando sua presença na promoção do cuidado (MOLINA *et al.*, 2009).

A equipe de enfermagem constatou que à medida que os pais passaram a visitar a unidade com maior frequência, os medos e ansiedades foram superados, estabelecendo assim um vínculo de confiança entre os enfermeiros, a família e os neonatos. Essa mudança só se tornou possível por meio da construção de estratégias propostas pelos profissionais da unidade, que propõe capacitá-los para lidar com as diversas situações estressoras que permeiam o ambiente da UTIN (OLIVEIRA *et al.*, 2013).

O presente estudo nos possibilitou observar que, a presença dos pais nas UTIN é fundamental para o bem-estar das crianças. O acompanhamento e a participação no cuidado em todo o período em que o neonato se encontra internado inspiram segurança e estabilidade à família, que observa de perto todos os procedimentos para a recuperação da criança (GAÍVA; SCOCHI, 2005).

Conclusão

Nesse estudo foi possível identificar a importância do papel do profissional de enfermagem na inserção da família no ambiente da UTIN e sua atuação como mediador das relações de vínculo entre os pais e o neonato. Considerando que os profissionais de enfermagem na UTIN estão constantemente em contato com os bebês durante a sua permanência no hospital, percebe-se que ele deve também garantir conforto emocional e físico a criança e a família.

Dessa forma, torna-se um desafio para todos os profissionais à atuação de forma mais humanizada reconhecimento das necessidades dos bebês e observando não somente o estado patológico no qual o bebê se encontra, mas também o fato de que o mesmo é um ser humano frágil.

Em geral nota-se uma disposição favorável ao acolhimento das famílias valorizando a presença dos pais no cuidado, também como fornecer informações aos familiares de forma clara, compreensível, em linguagem simples contribui para maior compreensão sobre o estado e evolução do bebê produzindo tranquilidade aos pais. Proporcionar uma assistência que proveniente a melhor tecnologia de saberes, conhecimentos e procedimentos, associada ao acolhimento das necessidades intersubjetivas dos pacientes é um dos grandes desafios da atenção em saúde.

Referência

- GAÍVA, M. A. N. e SCOCHI, C. G. S. A participação da família no cuidado ao prematuro em UTI neonatal. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v.58, n.4, jul-ago, 2005.
- GORGULHO, F. R. Tão perto, tão longe: a vivência do enfermeiro na construção/desenvolvimento da relação mãe/recém-nascido na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal. 2009. 71 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2009.
- KLOCK, P. e ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, vol.46, n.1, pp. 45-51, 2012.
- MOLINA, R. C. M. et al. Percepção da família sobre sua presença em uma unidade de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, vol.43, n.3, pp. 630-638, 2009.
- MOLINA, R. C. M. et al. Presença da família nas unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal: visão da equipe multidisciplinar. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, vol.11, n.3, pp. 437-444, 2007.
- REICHERT, A. P. S.; LINS, R. N. P.; COLLET, N. Humanização do Cuidado da UTI Neonatal. Revista Eletrônica de Enfermagem, [S.l.], v.9, n.1, set. 2009.

Agradecimentos

A Deus, o que seria de mim sem a fé que eu tenho nele. A mestranda Camila Santos do Couto pela paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão deste trabalho.

A INSERÇÃO DOS RESIDENTES MULTIPROFISSIONAIS EM SAÚDE DA FAMÍLIA EM SOBRAL-CE NO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO

Autor 1 (apresentador) – Bruno Pinto Freire, Psicólogo, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS).

Autor 2 – Renata dos Santos Almeida, Fisioterapeuta, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS). Email: renata_sa_fisio@hotmail.com

Autor 3 – Anagécia Sousa Linhares, Profissional de Educação Física, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS).

Autor 4 – João Hernando Rodrigues Alves, Enfermeiro, Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS).

Autor 5 (Orientador) – Francisco Gilmário Rebouças Júnior, Psicólogo, Tutor do Sistema Municipal de Saúde Escola do Município de Sobral-CE pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia (EFSFVS).

Autor 6 (Orientador) – Francisca Alanny Araújo Rocha, Enfermeira. Mestra em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Dinâmica populacional. Internato não médico. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

A territorialização é o percurso inicial para a inserção de profissionais na Estratégia Saúde da Família e, para tanto, adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação das áreas de atuação dos serviços e equipamentos sociais; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes. Desta forma, apresentamos como experiência de inserção no território vivo, o processo vivenciado pelos residentes multiprofissionais em Saúde da Família em dois Centros de Saúde da Família, em Sobral-CE. Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, de abordagem qualitativa, que se deu no mês de abril de 2013, adotando para coleta de dados o diário de campo e a observação participante e para a análise, os registros individuais e a discussão coletiva do processo vivenciado. A experiência evidenciou as singularidades do território, tais como: dificuldades de articulação intersetorial, pouca influência dos líderes comunitários nas ações dos CSF, deficiente participação comunitária e fragilidade do trabalho em equipe, assim como, o conhecimento dos determinantes e iniquidades de saúde dessa população. Portanto, esta inserção permitiu ampliar o olhar para as dimensões macro e micropolítica do território, contribuindo para uma adequação de práticas em saúde e qualificação destas.

Introdução

O termo território pode ser associado à pelo menos duas origens: a primeira significa “terra pertencente à”, ou seja, *terri* (terra) e *torium* (pertence a), de origem latina; a segunda, associada à primeira, *terreo-terror* (aterrorizar aquele que aterroriza), designando a concepção política de quem aterroriza para dominar e de quem é aterrorizado pelo domínio de um determinado espaço (HAESBAERT, 2004; MESQUITA, 1995). Inicialmente, foi utilizado na Grécia para denominar suas cidades-estados do período clássico e na Itália reaparece para descrever as jurisdições de suas cidades medievais (MESQUITA, 1995).

De acordo com Haesbaert (2004), essas duas origens, ainda que consideradas por alguns estudiosos como duvidosas, perpassam os conceitos de território utilizados tanto pelo senso comum, como pela ciência. Trata-se, nesse sentido, de um termo interdisciplinar e polissêmico, por vezes relacionado com a Biologia (etiologia), Ciência Política (Estado) e Antropologia (territorialidade).

Tendo como base esse entendimento, podemos verificar como o conceito de território tem sido trabalhado e incorporado na prática da Atenção Primária à Saúde – APS. De acordo com Haesbaert (2004), podem-se verificar algumas vertentes básicas das noções de território, a partir de uma perspectiva parcial, integradora e relacional.

A perspectiva parcial é a que percebe a territorialidade sendo exercida a partir de um ponto de vista apenas. Sendo assim, o autor acima nos aponta quatro vertentes utilizadas na Geografia: política, cultural, econômica e naturalista.

Na idéia integradora, observa-se o território como revelador de parte ou de todas as dimensões sociais citadas anteriormente e busca-se entender esse território de forma articulada e conectado com outros espaços.

Na perspectiva relacional é considerado que as relações social-históricas ocorrem no espaço em um determinado tempo, sendo o território fruto de uma relação complexa entre os processos sociais e o espaço material. Essa perspectiva nos possibilita entender o território como movimento, fluidez, interconexão e singular.

Assim, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho na Estratégia Saúde da Família – ESF, modelo organizacional da APS em Sobral-CE. Para tanto, esse percurso adquire ao menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação das áreas de atuação dos serviços e equipamentos sociais; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente; e estabelecimento de relações horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência.

Quando se considera um local delimitado pelo Centro de Saúde da Família – CSF, pode-se falar de uma configuração territorial que tem determinados atributos. Estes, sendo naturais ou elaborados pelo homem, dão feição ao ambiente, que por sua vez influem no processo saúde-doença da população. O reconhecimento dessa relação é um passo importante para a incorporação de conceitos e práticas de trabalho no território, o compreendendo para além de um lugar de passagem de pessoas, mas também como espaço de corresponsabilidade e da atuação compartilhada.

Considerando a discussão acima, faz-se necessário a formação de profissionais e docentes com qualificação técnica, científica, tecnológica e acadêmica, bem como atuação profissional pautada pelo espírito crítico, cidadania e função social de educador, incorporando o princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Desta forma, a territorialização emerge como primeiro passo de inserção dos Residentes Multiprofissionais em Saúde da Família, dado a necessidade de aproximação desses com a comunidade e com o CSF. Com isso, aproximam-se os profissionais das características sociais e ambientais, compreendendo os vários fatores que se integram no processo saúde-doença da comunidade, desenvolvendo atuações que contemplem as diferentes realidades vivenciais da população.

Portanto, adotamos como objetivo à descrição da experiência vivenciada pelos residentes, a partir da territorialização, a qual visa, posteriormente, subsidiar a organização e o funcionamento dos CSF.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como exploratório-descritivo, o qual, segundo Leopardi (2001), permite ao pesquisador aumentar sua

experiência em torno de uma determinada situação, consistindo em efetuar uma aproximação com o tema, criando maior familiaridade em relação a um fato ou fenômeno.

Dessa forma, a pesquisa descritiva apresenta como objetivo prioritário, conforme Figueiredo (2004), a descrição das singularidades de determinada população ou fenômeno, ou então as correlações entre variáveis apreendidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como, por exemplo, o questionário e a observação sistemática.

A partir do roteiro norteador de territorialização, proposto pela coordenação da RMSF, realizamos no período de abril a junho de 2013 uma observação participante, através de visitas aos principais equipamentos sociais dos territórios referenciados, além de adentrar aos dois CSF, absorvendo assim as vulnerabilidades e potencialidades das comunidades, relacionando com as coleta de dados por meio de informações dos CSF e do SIAB. Para tanto, utilizamos recursos como máquina fotográfica, filmadora, depoimentos, apresentação de seminários, leituras complementares, discussões durante reuniões de equipe e diário de campo. A pesquisa foi realizada em dois CSF no município de Sobral-CE.

A população do estudo foi composta pela comunidade dos dois territórios. Os sujeitos da amostra foram escolhidos de acordo com o tempo de moradia, pela posição e relações que têm na comunidade, além de conhecimento mais detalhado da história dos locais, sendo capazes de nos proporcionar informações confiáveis relativas à área na qual moram e ajudam a construir.

Utilizou-se como método para a coleta de dados deste estudo, um processo de diferentes momentos nos CSF para o conhecimento da unidade e dos profissionais; após foram realizadas visitas aos territórios dos bairros com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), enfermeiros e tutores, para a observação da estrutura do bairro e suas peculiaridades, realização de visitas domiciliares para o reconhecimento da real situação das famílias e, por fim, a sistematização das informações.

Resultados e Discussão

A ampliação do olhar a partir da territorialização permitiu à captação das singularidades dos territórios que, por vezes, dificultam a superação dos limites físicos dos CSF e das práticas do modelo convencional e biomédico de se trabalhar saúde. Dentre essas, destacamos a baixa integração dos equipamentos sociais com o CSF para o desenvolvimento de ações que permitam uma colaboração ativa entre os atores, assim como, a distância de líderes comunitários que ajudem a conduzir esse processo.

Contudo, alguns atores de destaque social e participativo foram identificados como referência para o desenvolvimento de práticas colaborativas. Um exemplo claro disto é a participação das rezadeiras nos territórios, as quais recebem orientações e materiais para preparação de soro caseiro dado pelos CSF, alinhando crença popular com saber científico em prol do cuidado e promoção à saúde, respeitando e facilitando que a comunidade seja protagonista de seu desenvolvimento. Assim, foi percebida a importância de atores e líderes comunitários como referências de atitudes e cuidados, mostrando a relevância do afinamento de discursos existentes entre comunidade e profissionais.

Assim, a educação popular pode ser vivenciada de diversas formas nos espaços que trabalhamos juntos. “Compreendemos que a educação popular em saúde é também um compromisso político e social com as classes populares, com a luta por condições de vida e de saúde, pela cidadania e pelo controle social. Está diretamente ligada à valorização e à construção da participação popular. Tem uma perspectiva histórica, reconhecendo os pequenos passos e os movimentos das forças sociais em busca do controle de seu próprio destino” (ALBUQUERQUE E STOTZ, 2004).

A participação comunitária apresentou-se deficiente em moldes organizados, denunciado principalmente pela inatividade de um dos Conselhos Locais de Saúde e pela dificuldade de estabelecimento do outro nos bairros referenciados. Porém, os espaços já estabelecidos como grupos de práticas corporais e de convivência demonstraram-se pertinentes e apoiadores em diversos tratamentos e na melhoria da qualidade de vida.

A ESF está pautada, dentre outras diretrizes, no trabalho em equipe multiprofissional e na participação social/controle social. Entende-se que ambas as diretrizes estão relacionadas à medida que decorrem e expressam as relações entre a população de referência e o serviço e a equipe de trabalho. Ambas as propostas, de participação social e do trabalho em equipe, supõem um processo de democratização das instituições (CREVELIM E PEDUZZI, 2006).

Outra questão que se explicitou e necessita ser observada de modo mais cuidadoso é o distanciamento das equipes de ESF no compartilhamento dos casos e nos atendimentos com os profissionais das equipes de apoio, como NASF, RMSF e matriciadores de saúde mental. Embora de maneiras diferentes em cada contexto, fica claro a dificuldade de se trabalhar numa lógica acolhedora e integradora o cuidado do paciente, acabando por ainda ser vigente o modelo ambulatorial e de encaminhamento sem corresponsabilidade do cuidado. Um dos princípios fundamentais do SUS é a integralidade, a qual pressupõe um serviço multidisciplinar, intersetorial e transversal, realidade que ainda precisa ser bastante construída no cotidiano da APS.

Para tanto, uma das formas de conectar o serviço e sua organização com a comunidade, atuando de forma pautada nas singularidades, necessidades e potencialidades da população, é reconhecer, valorizar e fortalecer os ACS como atores básicos no processo de vinculação, conhecimento e apropriação autêntica com o território. Esses profissionais possuem fundamental importância no acompanhamento e evolução do processo de saúde/doença das pessoas, mostrando-se como o elo principal entre serviço de saúde e usuário, pois, muitas vezes, são a referência do cuidado e da comunicação nos espaços que atuam junto aos pacientes e demais profissionais de saúde.

A partir do que vem sendo exposto, percebe-se que o entendimento de território, por parte dos grupos de técnicos e usuários do sistema de saúde, tende a influenciar a forma como será incorporado o planejamento, a organização e as ações. Dessa forma, buscamos em alguns documentos evidências que apontam para a sua concepção inerente ao CSF, assim como suas contradições e similaridades.

Um dos termos largamente empregados para descrever a relação serviço-território-população é a adscrição, que diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de saúde da família (BRASIL, 1997). Essa relação é explicitada posteriormente, a partir da recomendação da Política Nacional de Atenção Básica, em que cada equipe deve ser responsável por, no máximo, 4.500 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 indivíduos, em conformidade com os critérios de equidade para esta definição. Portanto, essa quantidade por equipe deve respeitar e ser influenciada pelo grau de vulnerabilidade das famílias e dos espaços habitados por elas (BRASIL, 2011).

A este modo, percebe-se que houve aprimoramento e detalhamento dos critérios a serem adotados para a implantação local da Estratégia. O conceito de território variou de uma perspectiva parcial em sua vertente jurídico-política para uma integradora, e até mesmo relacional (COSTA NETO, 2000). Dessa forma, o autor aponta os seguintes passos para a implantação de recursos locais: cadastramento da comunidade com realização de entrevistas com a população local, consolidação das informações, identificação das microáreas de risco, elaboração de um plano de ação, mapeamento da área de atuação, programação das atividades de saúde, acompanhamento e avaliação dos CSF.

A territorialização nos permite então, o reconhecimento da dinâmica social, dos hábitos e costumes e a sua grande importância para a determinação de vulnerabilidades para a saúde humana, originadas nas interações de grupos sociais em determinados espaços

geográficos. O uso pleno do território como estratégia de análise sobre condições de saúde e intervenção nestas, pressupõe a identificação de equipamentos sociais, sua utilização pela população e sua importância para os fluxos das pessoas e materiais (MONKEN e BARCELLOS, 2005).

As questões relevantes, referem-se a saúde do trabalhador e de saúde ambiental estão no cotidiano de pessoas, famílias, comunidades e grupos sociais, exercendo relevante influência na qualidade de vida, no adoecer e no morrer dos segmentos sociais. O sistema público de saúde precisa avançar nos esforços que vem fazendo para contemplar essas dimensões no cotidiano dos serviços, desde o nível primário. O território é um espaço político de atuação, vivenciados na realidade, nas relações sociais, culturais, históricas, individuais e coletivas, dos encontros, conflitos e contradições, muitas vezes, apontando a reflexão da vida em sociedade no encontro de elementos necessários ao exercício de uma política que resulte em movimentos, acontecimentos solidários e de idéias humanitárias. (SOUSA, FRANCO, MENDONÇA, 2014, apud SANTOS, 1997).

A proposta de territorialização aqui esboçada representa, obviamente, um esforço de conhecimento do território que vai muito além do tradicional processo de territorialização que vem sendo implementado na APS e na ESF. A proposta, em construção, demanda muito mais tempo da equipe e o envolvimento ativo e dialógico de todos os seus profissionais. Requer, também, conteúdos, habilidades e atitudes nem sempre oferecidas nos tradicionais processos de formação na área da saúde. É permanente e processual: sempre haverá o que conhecer na dinâmica das territorialidades. Supõe, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde-doença na complexidade contemporânea e do papel do Estado na garantia do direito à saúde. Necessita também, é claro, que as questões básicas de direitos e vínculos trabalhistas e condições de trabalho estejam equacionadas no sistema. Demanda, certamente, além disso, outra organização do trabalho na APS, uma reestruturação ou complementação da atenção básica, a exemplo do que vem sendo feito pelo NASF, ampliando o leque de profissionais dedicados à relação com o território.

Conclusão

Diante do descrito, reforça-se a importância da atuação desses profissionais no processo de territorialização, sendo um potente caminho para planejar ações de promoção e de atenção integral à saúde, pois oferece a elas um alicerce muito concreto como base, entendendo que os projetos de saúde nascem das necessidades de saúde da comunidade, e não de programas verticais que vêm do “nível central” para a “ponta”. O convite é para darmos passos nesse sentido, testando e aperfeiçoando esse esboço de proposta. Muito precisa ser mudado na prática, sendo extremamente necessário a participação de todos nesse caminho para que possamos o quanto antes afirmar estarmos realizando promoção e cuidado à saúde de forma ética e condizente com as necessidades e características das pessoas e comunidades.

A RMSF vem trabalhando nesse sentido, buscando a formação de profissionais que, ao longo do tempo, vão se descaracterizando da origem de nossos núcleos profissionais para agregar conhecimentos de outras áreas de trabalho e do próprio território e pessoas que os atravessam a todo momento, formando assim um novo ser em sua integralidade, e não um trabalhador especialista. Ganha-se, com isso, aspectos interdisciplinares e complementares, possibilitando ver e trabalhar com o indivíduo cada vez mais numa lógica integral, orientada na perspectiva da equidade que oferece o serviço de acordo com as necessidades singulares das pessoas e do grupo como um todo.

Percebe-se claramente o quanto a RMSF é engrandecedora e potente por suas características multiprofissionais e de trabalho orientado pelo campo, com a formação mediada pelos processos de encontros da vida, e não por um saber específico de categoria ou núcleo profissional. Para tanto, entender que o território é vivo e que as pessoas protagonistas de suas vivências é parte inerente para um trabalho com vínculo e potência nosso, trabalhadores do SUS e da APS.

Referências

- ALBUQUERQUE, P. C.; STOTZ, E. N. A educação popular na atenção básica à saúde no município: em busca da integralidade. Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.8, n.15, p.259-74, mar/ago 2004.
- BRASIL. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1997.
- BRASIL, PORTARIA Nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011.
- CREELIM, M. A., PEDUZZI, M. A participação da comunidade na equipe de saúde da família. Como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários? Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.
- COSTA NETO, M. M.da. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).
- FIGUEIREDO, N. M. A. de. Método e metodologia na pesquisa científica. São Paulo: Difusão, 2004.
- HAESBAERT, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D., SPÓSITO, E. S., SAQUET, M. A. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão – PR: UNOESTE, 2004.
- LEOPARDI, M. T. Metodologia da Pesquisa na Saúde. Santa Maria: Palloti, 2001.
- MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005.
- MESQUITA, Z. Do território à consciência territorial. In: MESQUITA, Z., BRANDÃO, C. R. (org). Territórios do cotidiano: uma introdução a novos olhares experiências. Porto Alegre/Santa Cruz do Sul – RS: Ed. UFRGS/ Ed. da UNISC, 1995.
- Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. Secretaria de Saúde e Ação Social – Departamento de Vigilância Epidemiológica, Sobral – CE, 2013.
- SOUSA, M. F; FRANCO, M. da S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. In: SANTOS, M. A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção, 1997. Campinas: Saberes Editora, 2014.

A INTERFACE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E A ATIVIDADE FÍSICA EM UMA ESCOLA DE EDUCAÇÃO BÁSICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Krishna Bezerra de Lima – Universidade Regional do Cariri – URCA – krishnabezerra@hotmail.com

Claudia Micaelle Barbosa do Nascimento – Universidade Regional do Cariri - URCA

Denise Braz de Melo – Universidade Regional do Cariri - URCA

Arlete Sá Barreto – Universidade Regional do Cariri - URCA

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

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência de um trabalho de educação em saúde desenvolvido por acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri – URCA, durante aula prática da disciplina de Educação em Saúde, junto a alunos de uma escola pública de ensino básico no município do Crato/CE, realizado em outubro de 2013. Foram avaliados os conhecimentos destes acerca dos benefícios da prática da atividade física e entregue panfletos com as referidas informações; realizados movimentos corporais com auxílio de música e bexigas, na quadra da escola; e orientação com relação a associação da atividade física com alimentação saudável. Na dinâmica, as meninas e os alunos de menor idade tiveram uma maior participação. As dificuldades em integrar crianças e adolescentes em atividades de promoção da saúde na escola, podem ser superadas quando a escola considera valores, significados e interesses dos jovens como estratégia para maior participação dos mesmos. Toda orientação e discussão desenvolvidas serve para prepará-los para uma vida futura e proporcionar condições para fazer suas escolhas de forma tranquila. Os resultados mostram que essas atividades de promoção da saúde devem fazer parte da formação profissional do enfermeiro, para desenvolvimento de ações preventivas no ambiente escolar, contribuindo para a redução da vulnerabilidade em crianças e adolescentes.

Introdução

Define-se como atividade física qualquer movimento do corpo produzido pela musculatura, resultando num gasto de energia acima dos níveis de repouso. Podemos incluir nessa definição as atividades ocupacionais, atividades da vida diária, o deslocamento e as atividades de lazer (PORTAL DA INDÚSTRIA, 2012).

Já o exercício físico define-se como uma das formas de atividade física planejada, estruturada, repetitiva, tendo como objetivo o desenvolvimento da condição física, de habilidades motoras ou a reabilitação orgânica-funcional. Incluem atividades de intensidade moderadas ou vigorosas (PORTAL DA INDÚSTRIA, 2012).

Segundo Florindo (1998), atualmente, o Brasil possui uma população essencialmente urbana, com hábitos de vida sedentários, tornando a situação favorável para o aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis. O sedentarismo já é considerado a doença do presente século, consequência da evolução tecnológica, reduzindo assim, o consumo energético do corpo (MELO; MIRANDA; RAYDAN, 2007).

Estimativas globais indicam que a inatividade física é responsável pela ocorrência de 6% das doenças cardiovasculares, 7% do diabetes tipo 2, 10% dos casos de câncer de mama e de colón e por 9% das mortes prematuras ocorridas no mundo em 2008 (SOUSA *et al*, 2013).

Diante de todos esses dados, a maioria das escolas já reconheceu a sua importância na prevenção e intervenção dessas doenças, através de medidas de educação em saúde. Com essas medidas a escola promove a mudança dos hábitos sedentários associado à alimentação saudável, das crianças e adolescentes que acaba se estendendo para suas famílias, multiplicando a prática (MAYER; WEBER, 2013).

Nesse contexto de educação em saúde, este estudo objetiva relatar uma atividade de educação em saúde junto à alunos de uma escola pública de educação básica, com relação ao conhecimento sobre os benefícios da prática de atividade física; tendo em vista o papel de educador que o enfermeiro assume durante a prática profissional.

Metodologia

Tratou-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, realizado em uma escola Pública de ensino básico do município de Crato/CE, durante aula prática da disciplina de Educação em Saúde, do curso de Enfermagem da Universidade Regional do Cariri, em outubro de 2013.

As atividades educativas foram desenvolvidas com alunos do 6º ano, com faixa etária entre 10 e 14 anos, onde seus conhecimentos sobre a importância da atividade física na prevenção de doenças foram identificados. Receberam também orientação da importância da associação da mesma com a alimentação saudável.

Resultados e Discussão

O trabalho foi iniciado na sala de aula, com a apresentação do nosso grupo e do objetivo da nossa visita aos alunos. Inicialmente questionamos o que os alunos sabiam acerca do que é atividade física e exercício físico. Poucos souberam responder a diferença. Foi-lhes esclarecido que o exercício físico exige regularidade, frequência e movimentos específicos, diferente da atividade física, que se enquadra em qualquer ocupação, que exige a movimentação do corpo, como por exemplo, vestir-se, sentar-se..

Em seguida, os encaminhamos para a quadra de esportes do colégio para realização do segundo momento. Dispostos em círculo, fizemos um rápido alongamento. Foram entregues bexigas para serem enchidas. Após, com uso de uma música, foi realizada a atividade física, onde os alunos repetiam os movimentos executados de acordo com o ritmo da música e com o auxílio da bexigas. Mesmo sendo uma atividade rápida e de fácil execução, alguns se mostraram envergonhados e resistentes no começo, mas acabaram interagindo. Já outros, mesmo com a insistência, se conservaram em apenas olhar a dinâmica, principalmente os de maior idade. Percebeu-se uma maior participação das meninas.

Vale ressaltar que a quadra da escola não tinha cobertura, ficando exposta ao sol durante todo o dia, o que dificulta ou impossibilita a execução de atividades físicas na escola, inclusive nas aulas de educação física. Em estudo exploratório, realizado por Garcia e Fisberg (2011), num Centro de Atendimento e Apoio ao Adolescente em SP, demonstrou que a falta de acesso a locais adequados para a

prática de atividades físicas pode ser uma barreira importante para a não realização das mesmas.

A dificuldade em integrar o adolescente nas atividades escolares de promoção da saúde, diante de fatores individuais, subjetivos, socioeconômicos, de gênero e outros, pode ser superada quando a escola atribui aos comportamentos saudáveis, significados e interesse dos jovens como estratégia para maior participação dos mesmos (HALLAL *et al*, 2010).

Ao final da atividade física, os alunos foram questionados sobre os benefícios da atividade física para saúde e quais doenças poderiam ser evitadas com a sua prática e com a associação à alimentação saudável. Os alunos que respondiam corretamente eram recompensados com um brinde, o que estimulava os outros a tentarem responder.

No último momento, voltamos à sala de aula, onde foi entregue a todos um panfleto educativo contendo informações sobre os malefícios da não prática de atividade física, como também a sua importância para o bem estar. Pois, como sabemos, o sedentarismo é fator de risco para o desenvolvimento das doenças crônicas não transmissíveis, como diabetes tipo 2, hipertensão, hipercolesterolemia, obesidade, doenças cardiovasculares, osteoporose e algumas formas de câncer (POZENA e CUNHA, 2009). Pois toda orientação e discussão desenvolvidas, servem para prepará-los para uma vida futura e proporcionar condições para fazer suas escolhas de forma tranquila.

Conclusão

Esse estudo pôde demonstrar a importância da informação e da educação em saúde na escola, através de informações sobre os benefícios da atividade física para o corpo e mente, e na prevenção de doenças, melhorando a qualidade de vida desses indivíduos que sofrem a intervenção e dos que estão envolvidos nesse processo.

Neste sentido, a escola tem importante papel no incentivo para mudanças de hábitos e comportamentos, através de atividades participativas ou ações educativas, focando os fatores de risco que devem ser eliminados ou reduzidos, colaborando no modo de pensar e na construção de conhecimentos e pensamentos desses indivíduos, que se confirmam pela ação.

Com a participação e envolvimento de crianças e adolescentes nesses programas de educação em saúde no contexto escolar, eles vão ser capazes de recriar novos valores que serão transmitidos à outros indivíduos, principalmente as suas famílias, gerando a mudança.

A enfermagem tem como uma de suas responsabilidades, zelar pela qualidade de vida das pessoas. A inserção de graduandos de enfermagem nesse ambiente escolar, contribui para realização de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde da criança e do adolescente, e qualifica esses futuros profissionais tendo uma concepção mais ampliada de saúde.

Conclui-se que atenção especial deve ser dada a este grupo, incentivando à prática de atividade física e propagação dos benefícios da mesma em suas casas, entre familiares e amigos. Dessa maneira, transformamos o indivíduo em sujeito ativo e participante do seu processo de reeducação e melhora da qualidade de vida.

Referências

Florindo A. A. Educação física e promoção em saúde. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde 1998; 3(1): 84-89. Disponível em: <<http://www.ceap.br/artigos/ART20092011233255.pdf>>

GARCIA, L. M. T.; FISBERG, M. Atividades físicas e barreiras referidas por adolescentes atendidos num serviço de saúde. Rev Bras Cineantropom Desempenho Hum.13(3):163-169. 2011. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbcdh/v13n3/01.pdf>>

HALLAL, P. C. *et al*. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 2):3035-3042, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s2/a08v15s2.pdf>>

MAYER, A.P.F.; WEBER, L.D. A influência da escola na alimentação e na atividade física da criança. Disponível em: < <http://seer.franca.unesp.br/ojs/index.php/caminhos/article/view/682/807>>

MIRANDA, F. M.; MELO, R. V.; RAYDAN, F. P. S. A inserção do profissional de educação física no programa saúde da família segundo opinião do profissionais integrantes do programa em uma unidade básica de saúde da cidade de Coronel Fabriciano – MG. MOVIMENTUM - Revista Digital de Educação Física - Ipatinga: Unileste-MG - V.2 - N.2 - Ago.dez. 2007. Disponível em: < http://www.unilestemg.br/movimentum/Artigos_V2N2_em_pdf/movimentum_V2_N2_miranda_francele_melo_rosangela_2_2006.pdf>

SOUSA, C.A.; CÉSAR, C.L.G.; BARROS, M.B.A.; CARANDINA, L.; GOLDBAUM, M.; MARCHIONI, D.M.L.; FISBERG, R.M. Prevalência de atividade física no lazer e fatores associados: estudo de base populacional em São Paulo, Brasil, 2008-2009. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(2):270-282, fev, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v29n2/14.pdf>>

PORTAL DA INDÚSTRIA. Manual atividade física. Disponível em: < <http://arquivos.portaldaindustria.com.br/portlet/200/14256/20120529074346888762e.pdf>>

POZENA, R.; CUNHA, N. F. S. Projeto “Construindo um Futuro Saudável através da prática da atividade física diária”. Saúde e Sociedade. v.18, supl.1, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s1/09.pdf>>

Agradecimentos

A todos que contribuíram de alguma maneira para a realização desse trabalho.

A professora Arlete Sá Barreto pela orientação, apoio e confiança.

A instituição de ensino por disponibilizar o espaço para a realização da nossa atividade.

Aos participantes pelo apoio e colaboração.

A INTERVENÇÃO EDUCATIVA COMO DISPOSITIVO PARA PREVENÇÃO DO HIV ENTRE JOVENS

Priscila de Vasconcelos Monteiro (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará. Email: privmonteiro@gmail.com.

Elys Oliveira Bezerra – Universidade Estadual do Ceará.

Solange Gurgel Alexandre – Universidade Estadual do Ceará.

Maria Célia de Freitas – Universidade Estadual do Ceará.

Maria Lúcia Duarte Pereira (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Educação em saúde. Cuidados de enfermagem. Vírus da Imunodeficiência Humana. Adolescente.

Resumo

Os jovens se constituem população vulnerável ao HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) por apresentarem comportamentos propensos a risco, como maior número de parceiros sexuais, uso inconsistente do preservativo e percepção de proteção imaginária. Órgãos internacionais de combate à aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) têm preconizado a realização de ações que visem a melhora do conhecimento dos jovens sobre a doença, de forma a se tornarem aptos a se protegerem. As representações sociais (RS), como conjunto de concepções e símbolos compartilhados pelo grupo, acontecem por meio da comunicação, guiam suas atitudes e práticas, e transformam-se a partir dos fatos sociais, da informação e do conhecimento. A partir das RS dos jovens sobre a aids, são elaboradas propostas de cuidado de enfermagem para a promoção da saúde e prevenção do HIV. Objetiva-se promover a elaboração de uma intervenção educativa que contribua para a prevenção do HIV junto aos jovens, com a promoção de mudanças nas representações sociais, nos conhecimentos e condutas do grupo em relação à aids. O estudo será realizado através da metodologia da pesquisa ação e as RS, os conhecimentos e as atitudes dos jovens serão avaliados antes e após a intervenção quanto às possíveis contribuições produzidas. Pressupõe-se que a implementação do cuidado de enfermagem, através de estratégias participativas, pautadas nas RS, é capaz de melhorar o conhecimento, favorecer modificações nas RS e nas atitudes e práticas em relação ao HIV.

Introdução

Os jovens são uma população especialmente vulnerável ao HIV por apresentarem comportamentos propensos a risco, como maior número de parceiros ocasionais, conhecimento insuficiente sobre HIV/aids e a imaturidade cognitiva para negociar o uso de preservativo. Esses fatores, isolados ou em combinação, podem criar ou agravar a vulnerabilidade individual ou coletiva para HIV e reduzir a capacidade de resposta: fatores pessoais, tais como a falta de conhecimento e as habilidades necessárias para proteger a si e aos outros; fatores relacionados com a qualidade e o acesso aos serviços; e fatores sociais, como as normas sociais e culturais, práticas, crenças e leis atuam como barreiras para a prevenção do HIV (UNAIDS, 2007).

No cenário mundial, os jovens estão no centro da epidemia global do HIV. Estima-se que 5,4 milhões vivem com o vírus. O número de novas infecções em jovens de 15 a 24 anos ao redor do mundo diminuiu como resultado da mudança de comportamentos (UNAIDS, 2010a). No Brasil, embora os jovens possuam bom conhecimento sobre a prevenção da aids e outras DST, o número de casos de HIV nessa população apresenta tendência de crescimento. Nos últimos 10 anos observou-se um aumento da taxa de incidência de casos de aids nas faixas etárias de 15 a 24 anos (BRASIL, 2013).

Como área prioritária para a prevenção do HIV, a UNAIDS propõe a capacitação aos jovens para se protegerem do HIV através da informação. Apela aos países para que implementem programas que ofereçam educação sexual e reprodutiva baseada nos direitos de saúde e no acesso aos serviços, de forma a capacitar os jovens para prevenirem a infecção pelo HIV (UNAIDS, 2010b).

O Brasil, como país que sempre esteve na vanguarda do movimento de luta contra aids, comprometeu-se a contribuir com a declaração política sobre HIV e aids das nações unidas (UNAIDS, 2013a). A principal e mais forte estratégia de prevenção adotada pelo país é a focalização das ações nas populações mais vulneráveis, oferecendo acesso ao preservativo, combinado com intervenções comunitárias, além da oferta de teste Anti-HIV para um diagnóstico cada dia mais precoce (BRASIL, 2012b).

Existem evidências da eficácia de intervenções específicas para prevenir o HIV entre os jovens, mas essas intervenções devem ser atrativas e incluir a melhoria no conhecimento sobre o HIV, a educação sexual, promover o acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva e discussões sobre as normas e práticas sexuais de risco (SCOTT-SHELDON et al., 2011; UNAIDS, 2010b). Ao serem implantadas isoladamente, as ações não produzem o efeito desejado. É preciso adaptá-las para atender às necessidades da população pretendida e para serem replicadas em outros locais, pois a partir de iniciativas em conjunto será possível perceber o retorno positivo dos programas de prevenção do HIV (UNAIDS, 2013b).

Para tal, é necessário articular sociedade civil, organizações não governamentais e políticas públicas de saúde no intuito de estimular a prevenção, ampliar o acesso à informação sobre o risco de transmissão da doença e promover comportamentos saudáveis.

No Brasil, as maiores contribuições de estudos para a prática educativa de enfermagem com os adolescentes e jovens referem-se ao uso de estratégias que promovem a participação dos sujeitos no processo de aprendizado, dentre as quais destacam-se o Círculo de Cultura, a Teoria das representações sociais, as oficinas e o uso de dinâmicas. As conclusões de tais trabalhos reforçam a necessidade e importância de ações de educação em saúde para o público adolescente (MONTEIRO et al., 2012).

O cuidado clínico de enfermagem propõe a aproximação com os sujeitos para identificação de suas necessidades. Defende que o planejamento do cuidado deve ser realizado junto com o cliente, definindo prioridades e estratégias para melhor atendê-lo.

As representações sociais (RS), como modo de se estudar e conhecer a maneira que o grupo social concebe o mundo ao seu redor, se constitui em dispositivo valioso para a elaboração do cuidado clínico de enfermagem, pois as concepções e os símbolos compartilhados pelo grupo irão guiar suas atitudes e práticas (ABRIC, 1998). As RS acontecem mediante a comunicação e a interação social. Podem ser influenciadas pela mídia, por fatos sociais, pela informação e pelo conhecimento. Dessa forma, não se constituem em conceitos imutáveis, mas passíveis de sofrer transformações no decorrer do tempo sob influência dos fatores antes mencionados (WAGNER; FLORES; PALÁCIOS, 2011).

No contexto da aids, existe um consenso nas RS em que prevalecem os aspectos negativos resultantes do estigma da doença, do preconceito e da falta de conhecimento satisfatório sobre o tema. A divulgação do conhecimento científico tem importante papel na modificação das RS, pois são ancorados, compreendidos, compartilhados pelo grupo social e transformados em senso comum ou saber popular. No entanto, apenas conhecer as RS sobre a aids não é suficiente. É necessário intervir sobre a realidade encontrada de forma a modificar a realidade do grupo social e, de certa forma, instrumentalizá-lo para proteger-se do HIV.

Pesquisa que abordou as RS de jovens sobre a aids, encontrou representações semelhantes às do início da epidemia, pois estavam relacionadas a ideias de morte, castigo e grupos de risco. Além disso, os jovens do estudo possuíam conhecimento deficiente

sobre a AIDS em alguns aspectos, o que influenciou nas representações que emergiram sobre a doença. Os conceitos errôneos estavam relacionados em sua maior parte às maneiras de prevenção do vírus. A identificação desses equívocos foi importante para compreensão das práticas sexuais inseguras adotadas, relacionadas principalmente ao uso do preservativo (MONTEIRO, 2012).

Com base nas representações encontradas foram elaboradas propostas de cuidado clínico de enfermagem, dentre as quais se destacam: a inserção do enfermeiro no contexto escolar de forma duradoura; a criação em conjunto de estratégias que promovam a mudança de condutas de risco para o HIV; utilização de metodologias participativas para a construção do conhecimento sobre a prevenção do HIV; alternância entre métodos coletivos e individuais na promoção da saúde sexual e reprodutiva e na prevenção do HIV; e a mediação entre os jovens e o serviço de saúde (MONTEIRO, 2012).

Jodelet (2007) afirma que estudos teóricos sobre RS são valiosos, contudo, é possível ir adiante e agir sobre a realidade. Alega que há três maneiras de se intervir na realidade social a partir das RS: na primeira a intervenção é feita para descobrir pensamentos desconhecidos e não intenciona mudanças. Na segunda a intenção da intervenção é obter mudança de condutas e práticas dos indivíduos ou grupos. E a terceira aspira uma ação que promova mudança social. A segunda maneira é a que mais se aproxima das necessidades apresentadas pela população. Dessa forma entende-se que são necessárias ações que sejam capazes de mudar condutas e práticas do grupo social e dessa forma prevenir novas infecções pelo HIV na população de jovens.

A agenda nacional de pesquisas em saúde traz como temas prioritários o desenvolvimento e a avaliação e de tecnologias usadas nas práticas de educação e saúde; estudos comportamentais com relação às DST/aids e ao início da atividade sexual precoce; e estudos de representações sociais e práticas sexuais dos diferentes grupos sociais em relação a aids (BRASIL, 2008).

Diante do contexto epidemiológico e social da aids no Brasil e no mundo, dos desafios propostos pelas organizações que lutam contra a aids, das prioridades em pesquisas definidas pelo governo brasileiro, e por fim, diante do desafio lançado por Jodelet (2007) de se intervir sobre a realidade a partir das RS, questiona-se:

- De que forma o cuidado clínico de enfermagem pode contribuir para prevenir a ocorrência de novas infecções pelo HIV entre jovens?
- Que estratégia podem ser utilizadas para construção do conhecimento, para gerar modificações nas RS e nas atitudes e práticas sexuais de risco dos jovens frente a aids?

Pressupõe-se que a implementação do cuidado clínico de enfermagem, pautado nas RS dos jovens sobre a aids, através de estratégias participativas para sua construção e para definição de suas prioridades, é capaz de melhorar o nível de conhecimento, favorecer modificações nas RS sobre a aids e promover mudança de condutas e práticas do grupos de jovens que os tornam vulneráveis à infecção pelo HIV.

O presente projeto de pesquisa objetiva promover a elaboração de uma intervenção educativa que contribua para a prevenção do HIV junto ao público jovem e avaliar as contribuições dessa intervenção na promoção de mudanças nas RS, nos conhecimentos e nas condutas e práticas dos indivíduos em relação à aids.

Metodologia

Diante da problemática apresentada pela população de jovens no contexto da aids, a metodologia da pesquisa-ação se põe como solução para melhorar o conhecimento dos jovens sobre o tema e ao mesmo tempo modificar atitudes e práticas de risco. Esse tipo de pesquisa é utilizada quando há interesse coletivo na resolução de problemas ou com objetivo de transformação, pois visa, dentre outras coisas, a modificação de comportamento de um grupo de indivíduos em que os sujeitos são corresponsáveis pela ação realizada. (GRITTEM; MEIER; ZAGONEL, 2008).

A metodologia da pesquisa ação propõe a construção coletiva de estratégias para a resolução dos problemas identificados através da concretização de três momentos. Aqui está elaborado um percurso metodológico de pesquisa ação com base no referencial de Pinto (1989) que irá guiar o planejamento da pesquisa, o tempo e os recursos necessário para sua execução. Contudo, as ações e decisões realizadas para o cumprimento de cada etapa serão construídas durante o decorrer das interações junto à comunidade.

Local

O município de Fortaleza é dividido em seis regiões administrativas chamadas Secretarias Executivas Regionais (SER). Os bairros Centro, Praia de Iracema, Aldeota, Praia do Futuro, Serviluz, dentre outros, compreendem os limites da Secretaria Regional Executiva II (SER II). Essa regional apresentou o maior número de casos em maiores de 13 anos acumulados até 2009, com 1.089 registros, desses, 79,4% entre homens (FORTALEZA, 2009).

Pessoas com pior nível social e de educação são os que menos possuem compreensão adequada das informações sobre o HIV/aids, o que pode estar contribuindo para ampliar o fenômeno conhecido como a pauperização da aids (IRFFI; SOARES; SOUZA, 2010).

Dessa forma, serão eleitas duas escolas públicas estaduais que apresentem classificação de situação social de alta vulnerabilidade na SER II do município de Fortaleza. A escolha de escolas da rede pública estadual justifica-se pelo fato do estado ser responsável pela educação no ensino médio, período que compreende maior número de jovens na faixa etária do estudo.

A rede estadual de ensino no município de Fortaleza é composta por 74 escolas, sendo 25 na SER II. Dessas, 16 apresentam situação social estável, quatro situação de baixa vulnerabilidade e cinco de alta vulnerabilidade social. Nessas últimas, o número total de matriculados no ensino médio regular no ano de 2012 foi de 1.697 alunos.

Participantes

Participarão cerca de 160 jovens provenientes de quatro turmas do ensino médio, selecionadas em duas escolas da SER II com alta vulnerabilidade social. Os participantes deverão atender aos seguintes critérios de inclusão: ter entre 15 e 24 anos de idade; estar matriculado em uma das escolas selecionadas para a pesquisa durante o período de coleta de dados; cursar o ensino médio; frequentar as aulas regularmente; aceitar participar do estudo.

A escolha de jovens no contexto escolar é justificada pela possibilidade de se intervir sobre um maior número de pessoas na faixa etária selecionada e por um período mais longo. O ambiente também facilita o contato continuado entre pesquisador e estudantes, e assim oferece a possibilidade de se obter melhores resultados de pesquisa, já que as possibilidades de evasão dos participantes durante o período de coleta de dados é reduzida.

Instrumentos de Coleta de Dados

Para coleta de dados serão utilizados três questionários. O primeiro contendo perguntas sobre as características sociais, econômicas e demográficas; o segundo com o teste de associação livre de palavras (TALP), utilizando o termo indutor "aids"; e o terceiro com questões sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais elaboradas para o inquérito PCAP 2008 (BRASIL, 2011). Ao fim da intervenção será utilizado um formulário para avaliação da atividade pelos participantes.

Todos os instrumentos serão auto aplicados, para isso serão fornecidas aos participantes as instruções prévias sobre o preenchimento. A todos que manifestem interesse em participar da pesquisa, será entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que deverá ser devolvido assinado. Aos menores de 18 anos, será solicitado que levem para casa o TCLE

direcionado aos pais ou responsáveis para que estes também assinem caso consentam com a participação do menor na pesquisa.

Análise dos dados

Os dados provenientes dos questionários sobre as características sociais, econômicas e demográficas e sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais dos jovens serão analisados através de estatística descritiva com o auxílio do software *Statistical Package of Social Science*, versão 16.0 (SPSS). As respostas ao questionário sobre os conhecimentos, atitudes e práticas sexuais obtidas antes e após a intervenção serão comparadas para avaliar se a atividade contribuiu para a melhoria nos conhecimentos e nas condutas de risco dos jovens frente a aids.

Os dados do questionário com o teste de associação livre de palavras serão organizados em um banco de dados compatível e processados no software EVOC para a obtenção do quadro de quatro casas e identificação dos elementos estruturais da representação social (VERGÊS, 1999). Para avaliar se houve contribuição da intervenção educativa sobre as RS dos jovens sobre a aids, a estrutura das RS proveniente dos questionários aplicados após a intervenção, será analisada quanto às suas modificações.

Aspectos éticos

O estudo obedecerá aos critérios estabelecidos éticos para pesquisas com seres humanos da Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012a) e o projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Referências

- ABRIC, Jean-Claude. A abordagem estrutural das representações sociais. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; OLIVEIRA, Denize Cristina (Org.). Estudos interdisciplinares de representação social. Goiânia: AB, 1998. 328p.
- BALDISSERA, A. Pesquisa-ação: uma metodologia do “conhecer” e do “agir” coletivo. *Sociedade em Debate*, Pelotas, v. 7, n. 2, p. 5-25, agosto, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. de 12 de dezembro de 2012a. Acesso em: 01 nov. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html>.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Aids no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas na população brasileira de 15 a 64 anos, 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 130p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 68 p.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- FORTALEZA. Prefeitura Municipal de Fortaleza. Secretaria municipal de saúde. Boletim Saúde Fortaleza. Fortaleza, v. 13, n. 3, 2009.
- GRITTEM, L. ; MEIER, M. J. ; ZAGONEL, I. P. S. Pesquisa-ação: uma alternativa metodológica para pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 765-70, out./dez. 2008.
- IRFFI, G. D. ; SOARES, R. B. ; SOUZA, S. A. Fatores Socioeconômicos, Demográficos, Regionais e Comportamentais que Influenciam no Conhecimento sobre HIV/AIDS. *Economia*, Brasília, v.11, n.2, p.333-356, maio/ago. 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/ri/handle/riufc/802>>. Acesso em: 13 de outubro de 2013
- JODELET, Denise. Imbricações entre representações sociais e intervenção. Tradução de Eugênia Paredes. In: MOREIRA, Antônia Silva Paredes; CAMARGO, Brígido Vizeu (Org.). Contribuições para a teoria e o método de estudo das representações sociais. João Pessoa: Editora Universitária da UFPB, 2007. 380 p.
- MONTEIRO, P. V. et al. Educação em saúde para adolescentes: uma década de produção. In: XVII SEMANA UNIVERSITÁRIA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ, 17., 2012, Fortaleza. Anais... Fortaleza: Universitária Estadual do Ceará, 2012. Disponível em: <<http://semanauniversitaria.uece.br/anais/paginas/detalhesTrabalho.jsf>>. Acesso em: 08 de abril de 2013.
- MONTEIRO, P. V. Representações sociais de jovens sobre AIDS como dispositivo para o cuidado clínico de enfermagem. 2012. 145f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, 2012.
- MOSCOVICI, Serge. A representação social da psicanálise. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1978. 291 p.
- PINTO, J. B. G. Pesquisa-Ação: Detalhamento de sua sequência metodológica. Recife: Mimeo, 1989.
- SCOTT-SHELDON, L. A. J. et al. Efficacy of behavioral interventions to increase condom use and reduce sexually transmitted infections: A meta-analysis, 1991 to 2010. *Journal of Immune Deficiency Syndromes*, v. 58, p. 489–98, 2011.
- UNAIDS - Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. A ONU e a resposta à aids no Brasil. Casa da ONU: Brasília, 2013a. 61p
- _____. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS: Geneva, 2013b.
- _____. Inter-Agency Task Team on HIV and Young People: guidance brief. Geneva: UNAIDS, 2010a.
- _____. Outlook breaking news: young people are leading the HIV prevention revolution. UNAIDS: Geneva, 2010b.
- _____. Practical Guidelines for Intensifying HIV Prevention: Towards universal access. Geneva: UNAIDS, 2007.
- VERGÊS, P. Ensemble de programmes permettant l'analyse des evocations: manuel version 2. Aix-en-Provence: LAMES, 1999
- WAGNER, Wolfgang; HAYES, Nicky; PALACIOS, Fátima Flores (Ed.) El discurso de lo cotidiano y el sentido común: la teoría de las representaciones sociales. Barcelona/México: Rubí/Anthropos Editorial, 2011. p.377.

Agradecimentos

Ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, nossos agradecimentos.

A INVISIBILIDADE DO TRABALHADOR DA SAÚDE NO MUNDO DO TRABALHO CONTEMPORÂNEO

Angela Maria Uchôa Rodrigues - Universidade de Fortaleza – UNIFOR – angelauchoa@unifor.br
Fátima Regina Ney Matos – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Regina Yoshie Matsue – Universidade de Fortaleza – UNIFOR
César Antonio Martín – Jornalista – Agência GPM

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Profissionais da saúde em emergência. Sentido do trabalho.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi analisar o sentido/significado do trabalho para os profissionais de saúde que atuam em uma emergência. O design metodológico foi baseado na abordagem qualitativa e descritiva. A pesquisa foi realizada em um hospital de emergência situado na região metropolitana de Fortaleza. A população foi composta por 18 profissionais de saúde, sendo cinco médicos, cinco enfermeiros e oito técnicos de enfermagem. Como instrumento de coleta foram utilizadas técnicas de observação participante e entrevistas semi-estruturadas. O trabalho em campo foi realizado entre os meses de maio e julho de 2013. O resultados evidenciaram aspectos positivos envolvendo o trabalho da equipe de profissionais da saúde relacionados ao resultado do trabalho executado, no sentido do fazer e da satisfação do dever cumprido. Quanto aos aspectos negativos, as condições de trabalho representaram o principal fator gerador de estresse e sofrimento, dificuldade na gestão de recursos humanos e materiais, dimensionamento inadequado de pessoal que, por vezes, gera absenteísmo, fragilidade nas relações interpessoais influenciada pelo clima organizacional. Foi possível encontrar alguma alienação do profissional em relação à condição desfavorável vivenciada no cotidiano do trabalho na emergência.

Introdução

A vida no trabalho contemporâneo vem sendo modificada a cada dia em um contexto voltado para o capital, o consumismo e a individualidade de conquistas, levando a não valorização das relações sociais. O contexto atual do trabalho é caracterizado pelo modelo de gestão flexível e pelo predomínio do controle psicológico (ALVES, 2013; GAULEJAC, 2007). O trabalhador, inserido neste contexto produtivo, de acordo com Gaulejac (2007), estabelece um contrato narcísico com a organização e é imerso em uma lógica de competitividade na qual o único resultado esperado é o sucesso individual.

O sistema capitalista apresenta a economia como válvula mestra da vida humana, estabelecendo valores e necessidades, de modo a determinar a identidade social e, principalmente, pessoal do ser humano. Esse processo “mascara e fetichiza o sentido do trabalho, alcançando crescimento mediante a destruição criativa, cria novos desejos e necessidades, explora a capacidade do trabalho e do desejo humano, transforma espaços e acelera o ritmo da vida” (HARVEY, 1992).

Araújo (2012) sinaliza que o termo “trabalhar não é apenas produzir, implica necessariamente na transformação do eu”. Historicamente o termo trabalho possui contrastes entre concepções: é visto como a única forma de ganhar a vida, e, ao mesmo tempo, é considerado fonte de alienação, embrutecimento, submissão e humilhação. Como exemplo, na busca por sobrevivência, autorrealização no trabalho e atendimento de seus desejos, o trabalhador se submete ao discurso organizacional das empresas modernas e se torna servo diante dos valores gerencialistas. A partir da articulação entre empresa e trabalhador é que os estudos sobre o sentido do trabalho ganham espaço nas relações de trabalho.

Morin (2001) aponta que o trabalho exerce grande influência sobre a motivação, satisfação e produtividade dos empregados, sendo importante identificar as características que o mesmo deve apresentar para que tenha um sentido para aqueles que o executam. Nesse contexto, segundo Antunes (2000), o trabalho constitui-se como categoria intermediária que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social. Ele está no centro do processo de humanização do homem. .

Antunes (2000) enfatiza a condição secundária do trabalho que tem como finalidade a ação entre seres sociais, assumindo também o caráter nativo que o ser social adquire. O autor fornece a primeira indicação de como o ato do trabalho pode se tornar uma reprodução social. Reforça, ainda, que o trabalho tem, quer em sua gênese, quer em seu desenvolvimento, em seu ir-sendo e seu vir-a-ser, uma intenção ontologicamente voltada para o processo de humanização do homem em seu sentido amplo. Logo, trabalhar não é apenas exercer atividades produtivas, mas também conviver. Viver junto é aprender a compartilhar um ambiente de trabalho, compartilhar as regras da profissão, viver a experiência da pressão, viver em comum, enfrentar a resistência do real, construir o sentido do trabalho, da situação e do sofrimento e pertencer ao mesmo coletivo de trabalho. Implica, portanto, a transformação do eu, além de pressupor o espaço de discussão que é uma dimensão da convivência (DEJOURS, 1997).

Por outro lado, o enfoque secundário quanto à significação negativa do trabalho é entendido como punição, nega-lhe as potencialidades para a realização do ser e o desenvolvimento de suas capacidades. Omitem-se, dessa forma, os componentes humanizadores do trabalho que deveriam ter presença assegurada na formulação e desenvolvimento de programas direcionados à promoção da saúde dos trabalhadores. (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Para se compreender a nova forma de ser do trabalho e a classe trabalhadora hoje, é preciso partir de uma concepção ampliada do trabalhador. Isso não se restringe aos trabalhadores manuais diretos, mas incorpora também a totalidade do trabalho social, do trabalho coletivo, que vende sua força de trabalho como mercadoria em troca de salário. Então o trabalho passa a ser paradoxal, pois as regras do jogo são incertas, o quadro é instável, as formas de sanção ou de reconhecimento não são claras e as promessas muitas vezes não são cumpridas, o que pode suscitar comportamento autodestrutivo e sentimento de impotência (GAULEJAC, 2007, p. 225).

A inoperância política, legislativa e administrativa também gera inúmeros conflitos que impactam diretamente na saúde dos indivíduos de uma forma abrangente. Por ser um instrumento de reprodução da desigualdade torna vulneráveis os trabalhadores. Hennington (2008) afirma que, apesar das várias tentativas de estabelecer protocolos e regras comuns na área da saúde, não é possível alcançar a total padronização das práticas. Afinal, o cotidiano exige que os trabalhadores arbitrem e façam escolhas diante das diversas situações e, assim, eles vão construindo novas realidades. Para se aproximar do trabalho em saúde é preciso chegar o mais próximo possível da atividade para avaliá-la e reconhecê-la como ela é. Para tanto é preciso reconhecer a existência dos espaços de microviolações e rupturas com o que está prescrito.

A invisibilidade da atividade do trabalho para a gestão do sistema e para a orientação de políticas de segurança e promoção das condições de trabalho denotam o não reconhecimento do investimento pessoal. No caso do trabalho em saúde o julgamento vem do usuário, que avalia a garantia ao acesso ao atendimento e aos meios para o diagnóstico e o tratamento, a sua melhora clínica, a remissão dos sintomas. Afinal, este é o *métier*: atender, cuidar e curar. Em suma, o trabalho dos profissionais de saúde é uma mediação entre as finalidades do sistema e as demandas do usuário, nem sempre coerentes entre si. As vivências no ato de cuidar ou de operar o cuidado não passam incólumes para a economia psíquica, pois lidam com o outro, e este outro se encontra em situação especial.

Extrapolando os indicadores tradicionais de saúde, úteis, mas insuficientes, considerando as mudanças no emprego e no trabalho verificados nos últimos trinta anos, os estudos colocam em evidência a múltipla exposição aos fatores de risco e fornecem subsídios para elaborar hipóteses sobre a interação entre os mesmos, obrigando a construção de novos indicadores e convocando uma abordagem multidisciplinar e intersetorial.

Hennington (2008) refere que o trabalhador da saúde, ao mesmo tempo em que no seu cotidiano produz e se produz como força de trabalho, produz saúde a partir da atenção à saúde de outras pessoas e habita um espaço relacional e pluridimensional. Assim, o trabalho pode ser tanto produtor de saúde como de mal-estar e adoecimento, para si – trabalhador – e para os outros. Portanto, o adoecimento (e os transtornos da mente do homem que trabalha – adoecimento oculto e silencioso) – é a última fronteira da alienação humana, que nega – no sentido de obliterar – a própria capacidade humana de dar resposta à miséria social na qual ele está inserido como trabalhador assalariado. (ALVES, 2013).

Metodologia

A pesquisa fundamentou-se na abordagem qualitativa e descritiva. Foi realizada em um hospital de emergência situado na região metropolitana de Fortaleza, sendo de referência terciária e de abrangência estadual e regional. É ponto de referência para o atendimento de clientela em situação de emergência e urgência, considerado como de maior complexidade para traumas na capital e demais municípios do estado do Ceará. A média de atendimento diário no período da semana é de 201 pacientes, enquanto nos finais de semana esse número duplica. Agregam-se à emergência as seguintes especialidades: otorrinolaringologia, oftalmologia, odontologia e endoscopia digestiva e respiratória. As especialidades dão apoio ao atendimento emergencial e funcionam em regime de plantão.

Os sujeitos do estudo foram 18 profissionais da saúde, sendo cinco médicos, cinco enfermeiros e oito técnicos de enfermagem. Optou-se por incluir na pesquisa o acompanhamento aprofundado e as entrevistas individuais com membros de uma equipe de final de semana, especificamente do sábado. Apesar do elevado número de atendimentos no final de semana, justifica-se a escolha dessa equipe pelo fato de uma das pesquisadoras fazer parte da mesma, o que facilitou a inserção, a interação e a observação participante.

Para manter o anonimato dos sujeitos, as falas foram codificadas de acordo com as iniciais de cada profissional. Por exemplo, M diz respeito as falas dos médicos, E dos enfermeiros e TE técnicos de enfermagem, seguidos da numeração pela ordem das entrevistas.

A pesquisa foi realizada entre os meses de maio e julho de 2013. Como instrumentos de coleta foram utilizadas a observação participante e a entrevista semi-estruturada. Houve durante todo o percurso da pesquisa a garantia do anonimato e a livre escolha de participar ou não da pesquisa. A duração média de cada entrevista foi de 30 minutos. Para o tratamento dos dados foi utilizada a técnica da análise de conteúdo. A pesquisa foi iniciada após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob o número do CAAE 15477113.2.0000.5052. Neste artigo será apresentada apenas parte da pesquisa.

Resultados e Discussão

Nas falas seguintes nota-se que o profissional médico enfatiza sua realização pessoal como ponto primordial do exercício de sua profissão. E todas as categorias de profissionais entrevistados, como enfermeiros e técnicos de enfermagem que vivenciam o cotidiano de uma emergência, buscam dar um sentido/significado ao seu trabalho.

Eu adoro o meu trabalho. O trabalho significa, primeiro de tudo, o meu meio de vida, então eu não posso jamais virar as costas para ele. Graças a Deus eu tenho casa, carro, estrutura familiar boa, então agradeço demais ao meu trabalho. Fora isso, eu me realizo no meu trabalho, me sinto muito feliz em salvar uma vida, em ver que fiz a diferença na vida de alguém ou de várias pessoas. Às vezes vemos assim: “se não fosse pela intervenção da equipe de saúde, esse rapaz estaria morto”. Ver a pessoa saindo daqui bem, isso é gratificante, coisa que não tem preço [...]. (M₁).

Eu gosto do meu trabalho, mas muitas vezes não sou feliz com o que eu faço, me estresso demais. O que estressa são as dificuldades de conseguir fazer as coisas. O trabalho significa para mim... é difícil...” Acho que aqui nunca se consegue desempenhar o que era para ser na emergência. A gente só faz “apagar incêndios”. E tem muitos pacientes que não era para estarem na emergência, e menos ainda com procedimentos que não sabem adequadamente, por falta de material ou de gente. (M₂).

Essas afirmações demonstram que o profissional médico preocupa-se com o cuidar do paciente de forma responsável e compromissada. Por outro lado, a insatisfação é notória com o seu desempenho. Parece contraditório, mas isso se explica pela falta de condições de trabalho.

A insatisfação pode gerar conflitos de relacionamento no ambiente de trabalho, bem como enfermidades ocupacionais que comprometem principalmente a saúde mental do indivíduo. Entre as enfermidades ocupacionais citam-se o estresse e o distúrbio emocional, que vêm ganhando destaque na sociedade atual, em todos os campos de trabalho. Por outro lado, a satisfação no trabalho proporciona saúde física e mental e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Por essa razão é de fundamental importância que a organização identifique os fatores determinantes para a satisfação no trabalho, efetivando-os por meio de programas de melhoria (CARRET et al., 2011)

Esses achados revelam a necessidade de entender que a organização do trabalho é de fundamental importância para a subjetividade humana e, conseqüentemente, para a saúde mental, visto que a organização ou a desorganização do trabalho pode gerar prazer ou sofrimento.

Dejours (1992) afirma que é comum os indivíduos apresentarem sentimento de culpa por priorizarem o trabalho em detrimento de outras atividades particulares. Esse sentimento de culpa gera sequelas nas diversas áreas da vida familiar, social e espiritual. Conforme este relato:

A realidade que os colegas vivem é difícil, e ainda tem colegas que desejam casas caras, carros caros, então eles deixam de viver para ter. A vida deles é um ter e não um ser ou viver, então isso deve ser revisado na cabeça do doutor, do técnico e do enfermeiro: o erro de querer ter mais do que você pode. (M₁).

A partir dos relatos médicos pode-se perceber, ainda, que o trabalho não traz qualquer interesse humano em um ambiente superficial, mas este contribui para torná-lo enfadonho, absurdo e sem sentido. O sentido do trabalho pode estar associado quando o mesmo ajuda o indivíduo a descobrir e formar sua identidade, visto que o sentimento de realização é um fator importante para dar sentido ao trabalho (RONCHI, 2012).

Apesar desse entendimento, Dejours (2012) afirma que a concepção do trabalho o retrata como portador de sofrimento e algo que afasta o indivíduo do prazer. Somente por meio da sublimação é possível superar essa concepção. Porém, não há como negar que a necessidade de sobrevivência empurra os seres humanos para o trabalho. Mesmo assim, o trabalho ocupa um importante papel na sociedade e influencia diversos aspectos da vida das pessoas, tais como desejos, estilo de vida, conquistas, conhecimento, *status* e percepções.

Na análise dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem que fazem parte da equipe observa-se a ideologia que perpassa a profissão

desde sua origem, que significa abnegação, obediência e dedicação. O conflito para esses trabalhadores fica evidente, dado que a motivação caracterizada por sentimentos idealizados da profissão entra em choque com a realidade determinada pelo mercado de trabalho capitalista. O caráter misericordioso e religioso das práticas hospitalares, mesmo no modo de produção capitalista, se mantém até os dias atuais, o que origina ambiguidades entre o assistencialismo gerado pelo espírito caritativo e as regras típicas da organização capitalista do trabalho (ELIAS, NAVARRO, 2006). Conforme contam os trabalhadores da enfermagem:

Muito gratificante, é você receber um cliente com corpo estranho, numa situação de engasgo, e você, pouco tempo depois após a assistência, você pode observar que esse cliente, no final da tarde o paciente recebeu alta, mesmo que muito grave. Ali observamos como Deus é bom e deu sabedoria ao homem para agir nessas situações; e se fosse um familiar seu, como seria? [...]. (E₄).

A importância da emergência é isso aí, você se apaixona por isso, atendendo situações de vida ou morte. E quando ocorre uma assistência adequada e uma boa recuperação desse cliente, isso lhe causa prazer, felicidade, e é isso que ameniza essa situação de estresse vivenciada. Saber que você foi útil, ajudou alguém e foi um instrumento de Deus [...]. (E₄).

A realização de um sonho. Na minha casa, eu sou a dona de casa, a mãe de família, aqui eu me sinto um instrumento de Deus, então me sinto muito feliz de desempenhar as minhas funções [...]. Acredito que eu posso ajudar muitas pessoas aqui porque eu tenho o desejo e quero a cada dia ajudar mais ainda. (T.E₂).

Quanto ao trabalhador de enfermagem e sua atuação no setor de emergência hospitalar, pode-se considerar que a maior fonte de satisfação nesse trabalho concentra-se no fato de que as suas intervenções podem permitir a manutenção da vida humana (BIANCHI, BATISTA, 2006). É evidenciada, nas falas desses profissionais de enfermagem, a politização do enfermeiro graduado em relação ao técnico de enfermagem, quanto à visão do valor pessoal. Alguns depoimentos confirmam o exposto:

Faz parte da nossa vida e é uma coisa que está na questão da responsabilidade, do cumprimento de tarefas e deveres, e também de direitos. Então, a importância desse trabalho, dessa profissão, é a produção da enfermagem, precisa de você, o querer e gostar, e porque não, amar. (E₁).

Valorização pessoal, eu acho que vou querer me aposentar só quando não puder dar mais, quando não der mais para trabalhar, eu não me imagino acordar e ficar dentro de casa e não ter o que fazer. Só quando eu tiver 70 anos e o hospital não me quiser mais [...]. (T.E₁). Pode-se constatar que o trabalho ocupa um lugar fundamental na dinâmica do investimento afetivo das pessoas. Condições favoráveis à livre utilização das habilidades e da inteligência da prática possibilitam aos trabalhadores um nível significativo de controle sobre seu processo de trabalho. Têm sido identificados como importantes requisitos para que a atividade de trabalho possa proporcionar prazer, bem-estar e saúde, deixando de provocar doenças. Por outro lado, o trabalho desprovido de significação, sem suporte social, não reconhecido ou que se constitua em fonte de ameaça à integridade física e/ou psíquica, pode desencadear sofrimento psíquico (DEJOURS, 1992).

Corroborando Pereira (2011), lidar com o real do trabalho traz sofrimento, mas esse sofrimento pode se converter em sofrimento patogênico ou em gratificação. Para que o desfecho seja favorável é necessário que o resultado do trabalho encontre reconhecimento. A ausência de reconhecimento abre o campo para a descompensação psicológica, que tem como consequências a visão do trabalho como algo indigno, inútil, frustrante, desqualificado e sem significado. Entre a necessidade do sujeito de reconhecimento, a perda de sentido e a realidade do trabalho abre-se um campo para o sofrimento psíquico e a invisibilidade do trabalhador.

Conclusão

A satisfação pelo trabalho realizado está presente nos trabalhadores estudados, pela possibilidade de acompanhar a recuperação do paciente na assistência prestada. Além disso, o reconhecimento pela família e pelo paciente, às vezes, é um fator muito importante para o trabalhador, pois é por meio dessa relação que ele se sente gratificado.

Quanto aos aspectos negativos, os dados encontrados mostraram que as condições de trabalho representam o principal fator gerador de estresse/sofrimento: dificuldade na gestão de recursos humanos e materiais; dimensionamento de pessoal inadequado, que, por vezes, gera absenteísmo; e fragilidade nas relações interpessoais influenciada pelo clima organizacional.

Os trabalhadores se sentiram valorizados ao serem ouvidos, pois encontraram nesta pesquisa uma oportunidade de compartilhar as vivências que no seu cotidiano não seria possível fazer. É notória a necessidade de ter um cuidado diferenciado para esses trabalhadores que lidam com situações de sofrimento, dor e violência nas atividades laborais, diuturnamente.

Por vezes, para enfrentar as situações de estresse, os participantes do estudo demonstraram criar estratégias defensivas como pequenas pausas durante o horário de trabalho; aproximação com alguma religião para o exercício da fé; banalização do sofrimento do outro e despersonalização da assistência prestada. Entretanto, é possível encontrar, também, certa alienação do indivíduo em relação à condição desfavorável vivenciada no cotidiano de trabalho na emergência. O profissional da saúde deve tomar consciência de que necessita identificar a sua atividade para perceber o que deve modificar no significado do seu trabalho.

É importante considerar que esta pesquisa se deu no contexto histórico e social de um hospital público, organizado segundo o modelo clínico individual, biomédico, desenvolvido por tarefas, na maioria dos setores, o que é inerente ao processo de produção capitalista, hierarquizado. Junto a essa imperiosa exigência de atenção à saúde há as demandas da administração geral da instituição, as do controle social crescente do Sistema Único de Saúde - SUS e as da academia, que buscam condições favoráveis para o desenvolvimento do ensino e da pesquisa.

Referências

- ALVES, G. Dimensões da Precarização do Trabalho: Ensaio de Sociologia do Trabalho. São Paulo: Canal 6, 2013.
- ANTUNES, R. Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ARAÚJO, J. P. Afastamento do Trabalho: Absenteísmo e presenteísmo em uma Instituição Federal de Ensino Superior. 2012. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- BIANCHI, F. E. R.; BATISTA, K. M. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v. 14, n. 4, 2006.
- CARRET, M. L. V.; FASSA, A. G.; PANIZ, V. M. V.; SOARES, P. C. Características da demanda do serviço de saúde de emergência no Sul do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, v. 16, n.1, p. 1069-1079, 2011.
- DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas; 2012.
- DEJOURS, C. O fator humano. Rio de Janeiro: Ed. da FGV, 1997.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992.
- ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. Rev Latino-am Enfermagem, v. 14, n. 4, p. 517-25, jul./ago. 2006. Disponível em: <<http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em: 29 jun. 2013.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

GAULEJAC, Vincent de. Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social. Aparecida: Idéias & Letras, 2007.

HARVEY, D. A condição pós-moderna. São Paulo: Loyola, 1992.

HENNINGTON, E. A. Gestão do trabalho, humanização e ergologia. Rev Saúde Pública, v. 42, n. 3, p. 555-61, 2008.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 21-32, 1997.

MORIN, E. M. Os sentidos do trabalho. RAE – Revista de Administração de Empresas. São Paulo, v. 41, n.3, p. 8 – 19, jul./set. 2001.

RONCHI, C. C. Sentido do Trabalho: Saúde e Qualidade de vida. Curitiba: Juruá, 2012.

A OFICINA TERAPÊUTICA COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Angélica Belarmino Fernandes – Psicóloga na Casa de Saúde São Francisco de Assis - FHEMIG.

Email: oiangel01@yahoo.com.br

Cristiana Carneiro da Cunha – Especialização em Fisioterapia Clínica pela Faculdade Patos de Minas (FPM). Fisioterapeuta na Casa de Saúde São Francisco de Assis – FHEMIG.

Mariana Pereira Ramos – Mestre em Promoção de Saúde pela Universidade de Franca – UNIFRAN. Fisioterapeuta na Casa de Saúde São Francisco de Assis – FHEMIG.

Palavras-chave: Promoção de Saúde. Oficina Terapêutica. Idoso Institucionalizado.

Resumo

Trata-se de um relato de experiência realizado em um lar abrigado da Casa de Saúde São Francisco de Assis, no município de Bambuí, Minas Gerais. Fizeram parte do estudo 10 idosos do sexo masculino, com idade entre 60 e 91 anos. O objetivo desse estudo foi relatar práticas de atenção e cuidado ao idoso institucionalizado por meio de oficinas terapêuticas. Os encontros foram orientados por duas fisioterapeutas e uma psicóloga e aconteceram no período de julho de 2013 a julho de 2014, semanalmente as sextas-feiras, com duração aproximada de 90 minutos. Foram desenvolvidas atividades lúdicas diversas como: pinturas, recorte de revistas, jogos, contos, ditados populares e folclóricos, exercícios de sensibilidade, alongamento, relaxamento, dentre outras que visavam a estimulação da memória, concentração, linguagem, orientação espaço temporal e interação dos idosos. As oficinas terapêuticas proporcionaram o fortalecimento do convívio grupal, momentos de troca de saberes, expressão de sentidos, melhora da autoestima, desenvolvimento da autonomia e independência; além de funcionarem como estratégia importante de promoção de saúde e cuidado humanizado.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno observado no mundo todo, em 2025 o Brasil será o sexto país com maior número de pessoas com mais de 60 anos (OPAS, 2005). Com o avançar da idade surgem as doenças degenerativas e a independência para realizar as atividades de vida diária ficam comprometidas, além de prejuízos também da memória e sensibilidade (BRITO, 2014). Quanto ao aspecto social, a figura do idoso é carregada por um estereótipo negativo como um sujeito incapaz, dependente, solitário e excluído pela sociedade (MOREIRA, 2006).

Os idosos institucionalizados, além das perdas comuns do envelhecimento, apresentam também perda do convívio social e de sua individualidade, pois têm rotinas comuns que atendem as exigências da instituição e geralmente os dias são permeados pela inatividade e ociosidade, sem atividades de lazer e descontração (BESSA et al, 2012).

Na tentativa de minimizar os efeitos da institucionalização e promover uma melhor qualidade de vida aos idosos, torna-se necessário criar um ambiente de convivência, acolhimento e interação, promovendo atividades em grupo que resgatem a autoestima, autonomia e independência desses sujeitos (FREITAS, 2012, FREITAS, 2014).

As Oficinas Terapêuticas como atividades grupais de socialização, expressão e inserção social funcionam como estratégias de promoção de saúde e cuidado humanizado estimulando os idosos a desenvolverem suas potencialidades, capacidade de resiliência e superação de desafios (BRASIL, 2005).

Diante do exposto, o objetivo desse estudo foi relatar práticas de cuidado e atenção ao idoso por meio de oficinas terapêuticas realizadas com idosos residentes em um lar abrigado, na Casa de Saúde São Francisco de Assis, no município de Bambuí, Minas Gerais.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência realizado em um lar abrigado da Casa de Saúde São Francisco de Assis (CSSFA), no município de Bambuí, Minas Gerais. A CSSFA é hoje uma das vinte unidades hospitalares da rede FHEMIG e tem como missão o cuidado ao idoso e reabilitação (FHEMIG, 2014). O lar abrigado acolhe pacientes dependentes que estão sob cuidados diários da equipe multiprofissional.

Fizeram parte do estudo 10 idosos do sexo masculino, com idade maior ou igual a 60 anos, residentes no lar abrigado, que aceitaram participar das oficinas terapêuticas.

As oficinas foram realizadas no período de julho de 2013 a julho de 2014, semanalmente, às sextas-feiras, com duração aproximada de 90 minutos e foram conduzidas por duas fisioterapeutas e uma psicóloga.

Durante os encontros foram desenvolvidas atividades lúdicas simples como: recorte de revistas, pinturas, jogos, contos, ditados populares e folclóricos, exercícios de sensibilidade, alongamento e relaxamento, sendo que diversos temas foram sugeridos pelos próprios idosos.

Resultados e Discussão

Foi possível observar que as oficinas, como uma prática terapêutica, estimularam a criatividade, a consciência corporal e a orientação espaço temporal dos idosos, além de terem contribuído para a expressão de suas subjetividades, corroborando o estudo sobre a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia (AGUIAR, 2010).

A constituição do grupo foi por si só um recurso terapêutico que ampliou as possibilidades de intervenção e proporcionou aos participantes um ambiente confiável e facilitador de exploração do mundo (MONTREZOR, 2013).

A atividade conhecida como “bingo de figuras” e a atividade nomeada pelos idosos como “jogo das plaquinhas”, que consiste em quatro placas de cores diferentes, cada uma simbolizando um comando (bater palmas, levantar os braços, coçar a cabeça, abraçar o outro participante) foram desenvolvidas com o objetivo de estimular a atenção, concentração e linguagem. Durante essas atividades foi possível observar que alguns idosos apresentaram dificuldade na execução das tarefas, devido ao déficit do processamento auditivo e da memória visuoespacial.

Em relação às atividades lúdicas como pinturas, recortes em revistas e oficinas de leitura (contos, ditados populares, histórias bíblicas e folclóricas) foi possível trabalhar a coordenação motora, a criatividade, a imaginação e a interação entre os participantes do grupo. Durante as histórias, os idosos relataram suas experiências, histórias de vida; recordaram fatos do passado e vivenciaram seus

sentimentos, que foram compartilhados no grupo, reafirmando o estudo de ARAUJO et al. (2012) sobre a importância do treino de memória para a promoção de saúde do idoso que afirma, que o treino cognitivo por meio de leituras e prática de exercícios pode melhorar a cognição dos idosos e colaborar para a manutenção da boa qualidade de vida e bem-estar psicológico na velhice.

Foram realizadas recentemente atividades de alongamento e relaxamento com músicas, com o objetivo de melhorar a flexibilidade, capacidade funcional e bem-estar dos idosos, além de preparação de salada de frutas e atividades com o tema da copa do mundo de futebol; sendo este último um recurso lúdico importante que trabalhou a orientação alopsíquica e informou sobre os acontecimentos atuais vivenciados; visto que durante a institucionalização o idoso perde o contato com os acontecimentos socioculturais.

Durante a atividade conhecida como “Oficina de sensibilidade” os idosos permaneciam com os olhos vendados e adivinhavam os objetos oferecidos pelas terapeutas. Esta atividade aguçou os sentidos dos participantes e estimulou as sensações e expressões.

Foram realizadas também comemorações dos aniversariantes do mês, um evento prazeroso, descontraído e muito importante para a autoestima dos idosos, além de trabalhar a memória e orientação, não deixando que eles se esqueçam de suas datas de nascimento.

Conclusão

Diante dos resultados apresentados, é importante que haja um trabalho efetivo das terapeutas na renovação do repertório de atividades propostas aos idosos, no intuito de possibilitar a vivência de experiências novas e a exploração de habilidades motoras e cognitivas.

As oficinas terapêuticas mostraram-se muito importantes na promoção da saúde e qualidade de vida do idoso institucionalizado, uma vez que proporcionaram o fortalecimento do convívio grupal, a melhora da autoestima, o desenvolvimento da autonomia e independência, momentos de troca de saberes e expressão de sentimentos e inseguranças. O grupo tornou-se um recurso importante de apoio e suporte emocional e uma estratégia de enfrentamento diante do processo de institucionalização.

Referências

AGUIAR, A. P.; MACRI, R. Promovendo a qualidade de vida dos idosos através da arteterapia. R. pesq.: cuid. fundam. Rio de Janeiro, v.2, p.710-713. 2010.

ARAÚJO, P. O. et al. Promoção da saúde do idoso: a importância do treino da memória. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 15, n. 8, p. 169-183, 2012.

BESSA, M. E. P. et al. Idosas residentes em instituições de longa permanência: uso dos espaços na construção do cotidiano. Acta Paul. Enferm, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 177-182, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, 2005. 56 p.

BRITO, M. C. C.; FREITAS, C. A. S. L.; VASCNCELOS, M. I. O.; DIAS, M. S. A.; SANTIAGO, L. M. M.; GOMES, D. F. Atenção à saúde do idoso e família: evidências da produção científica. Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 87-101, 2014.

FREITAS, C. S.; MEEREIS; E. C. W.; GONÇALVES, M. P. Qualidade de vida de idosos ativos e insuficientemente ativos do município de Santa Maria (RS). Revista Kairós Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 57-68, 2014

FREITAS, R. J. M. et al. Formação de grupos de idosos como estratégia de promoção à saúde.: relato de experiência. . In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL EM PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4.; 2012, Fortaleza. Anais. Fortaleza: UNIFOR, 2012. p.11.

Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG. Casa de Saúde São Francisco de Assis. FHEMIG. Disponível em: <http://www.fhemig.mg.gov.br/pt/atendimento-hospitalar/complexo-de-reabilitacao-e-cuidado-ao-idoso/casa-de-saude-sao-francisco-de-assis>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

MONTREZOR, J. B., A terapia ocupacional na prática de grupos e oficinas terapêuticas com pacientes de saúde mental. Caderno de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 529-536, 2013.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma de envelhecer na contemporaneidade. Psicol. USP, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59-79, 2006.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA. Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília, 2005. 60p. Tradução de World Health Organization.

Agradecimentos

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) pela confiança depositada, apoio e incentivo à pesquisa.

A ÓTICA DA CRIANÇA ONCOLÓGICA SOBRE O AFASTAMENTO DOS BRINQUEDOS DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO.

Naanda Kaanna Matos de Souza – Universidade Regional do Cariri - URCA

Natália Henrique Fonseca – Universidade Regional do Cariri - URCA

Karla Jimena Araújo Sampaio – Universidade Regional do Cariri – URCA

Joseph Dimas de Oliveira – Universidade Regional do Cariri – URCA

Simone Soares Damasceno (Orientador e Apresentador) – Universidade Regional do Cariri – URCA

Palavras-chave: Oncologia pediátrica. Criança hospitalizada. Câncer infantil.

Resumo

Objetivou-se investigar os impactos da hospitalização na ótica da criança oncológica. Estudo exploratório de abordagem qualitativa, realizado no período de Maio a Julho de 2014, em uma unidade de internação pediátrica de um hospital filatropico no município de Barbalha-CE. Participaram seis crianças em tratamento oncológico hospitalizadas e/ou com histórico de hospitalizações, com idades entre sete e 11 anos de ambos os sexos. Para a coleta de dados, utilizou-se o método do desenho-estória e, para análise dos dados, realizou-se a análise de conteúdo. Todas as crianças participantes apresentaram o diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda, há pelo menos 6 meses, e em tratamento quimioterápico com três ou mais internações anteriores, procedentes de diferentes cidades da microrregião do Cariri. Foram observados os aspectos éticos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os responsáveis pelas crianças autorizaram sua participação pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Identificou-se como um dos impactos provocados pela vivência da hospitalização o afastamento dos brinquedos e do brincar, o que repercute na visão que a criança desenvolve do ambiente hospitalar, passando a enxergá-lo como um lugar de limitações postas, o que certamente dificulta a convivência harmônica com a terapêutica e limita a compreensão do mundo estranho que a cerca, isto é, do hospital. Conclui-se que há necessidade de valorização dos brinquedos e do brincar em ambiente hospitalar, utilizando-os como estratégias de promoção à saúde da criança, auxiliando-as a conviver de forma menos impactante com a hospitalização.

Introdução

A hospitalização, em geral, causa uma situação de estresse no paciente e, no caso da criança não é diferente já que ela se encontra duplamente doente: devido a patologia física e devido a própria hospitalização (RIBEIRO; ANGELO, 2005). A criança hospitalizada encontra-se afastada de seu ambiente familiar, de seus amigos, da escola e de seus objetos pessoais, perdendo, assim, grande parte de suas referências e há, ainda, a possibilidade de ter seu corpo submetido a processos dolorosos e desagradáveis. Dessa forma, o ambiente hospitalar pode ter impacto sobre o estado emocional da criança determinando sofrimento e mudanças comportamentais (BRITO *et al.*, 2009). O câncer infantil impõe à criança sofrimento e expectativas diversas que modificam sua vida, determinando expressões de pena e de pesar decorrentes do medo e mitos da doença, pois, quando uma criança adoece de câncer, sua vida passa por rápida e intensa transformação, independentemente de sua idade e de sua capacidade de compreensão cognitiva da realidade que a rodeia (SOUZA *et al.*, 2012). Dentre as principais reações emocionais e comportamentais da criança com câncer ressaltam-se as respostas de angústia e ansiedade diante da descoberta, do tratamento e dos procedimentos envolvidos nele e, até então desconhecidos, que passam a repetir-se periodicamente. Frente à situação de rompimento de amizades e outros vínculos, a criança desenvolve comportamentos de defesa contra essa ofensiva, torna-se rebelde, sente raiva, afronta os amigos, enfim, procura demonstrar a insatisfação com eles e, ao mesmo tempo, defender-se de mais esse sofrimento (SOUZA *et al.*, 2012). Objetivando contextualizar melhor o problema, realizou-se a busca por artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BIREME), a partir da introdução dos seguintes descritores: enfermagem pediátrica, criança hospitalizada e câncer. Identificaram-se 49 artigos que, após leitura flutuante da metodologia de cada artigo e incluindo-se somente aqueles onde a criança foi o sujeito do estudo, resultou num total de apenas cinco artigos presentes nas bases de dados BDENF e LILACS (SOUZA *et al.*, 2012; REZENDE *et al.*, 2009; MOTTA; ENUMO, 2002; WAYHS; SOUZA, 2002; PEDROSA *et al.*, 2007). Este estudo pode contribuir em diversos aspectos que podem ser citados por categorias. No tocante ao Ensino entendemos que pode (este estudo) contribuir ao fundamentar discussões sobre a vivência da hospitalização pela criança oncológica na ótica dela mesma tomando como base a realização do desenho-estória. Em relação à Pesquisa tem-se que pode contribuir quanto à replicação de estudos, anteriormente realizados, que, também, utilizaram a técnica do desenho-estória junto à criança oncológica, porém, neste estudo, realizado com uma clientela em outro cenário (o Cariri). Por fim, em relação à Assistência, o estudo aponta os benefícios e as limitações do uso do desenho-estória com tema como forma de comunicação e relacionamento enfermeiro-criança, valorizando, assim, a opinião e sentimentos da criança. Este trabalho tem como objetivo investigar os impactos da hospitalização na ótica da criança oncológica.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e de abordagem qualitativa, caracterizando-se, ainda, como um estudo (qualitativo) baseado em arte, especificamente utilizando a técnica desenho-estória (GIL, 2007). O estudo foi realizado na unidade de internação pediátrica de um Hospital Filatropico, no município de Barbalha-CE que atua como referência no atendimento em pediatria na região do Cariri o qual desde a sua fundação é referência Macrorregional (45 cidades) para toda a Região Sul do Estado do Ceará. Os sujeitos do estudo foram seis crianças em tratamento oncológico hospitalizadas e/ou com histórico de hospitalizações, com idades entre sete e 11 anos de ambos os sexos. Utilizou-se a escala de *performance status* do *Eastern Cooperative Oncology Group* (ECOG) junto às crianças oncológicas objetivando identificar a qualidade de vida do paciente a estabelecer uma pontuação de 0 a 4, representada a seguir:

0 – o paciente mostra-se totalmente ativo, capaz de realizar todas as atividades efetuadas no período pré-doença, sem restrição; 1 – paciente com restrição de atividade física extenuante, mas que deambula e é capaz de realizar um trabalho de natureza leve ou sedentária; 2 – o paciente deambula e é capaz de todo autocuidado, mas incapaz de realizar qualquer atividade de trabalho, fica cerca de mais de 50% do tempo de vigília; 3 - capaz de apenas do autocuidado limitado, confinado à cama ou cadeira mais de 50% do período em que permanece de vigília; 4 – o paciente apresenta-se completamente desativado, não pode exercer qualquer autocuidado, totalmente confinado à cama ou cadeira. Foram incluídas aquelas crianças que apresentaram escore 0, 1 e 2, bem como, foi considerado o número de internações hospitalares, incluindo crianças com, pelo menos, uma internação anterior a atual ou mesmo crianças em tratamento ambulatorial com histórico de internações anteriores. Foram excluídas aquelas crianças: a) que não apresentaram orientação alopsíquica; b) crianças impossibilitadas de verbalizar devido uso de oxigenioterapia, cateter nasogástrico ou trauma facial, por exemplo, c) as crianças impossibilitadas de manipular objetos (lápiz, pincéis, canetas, papel), devido uso de aparelho

gessado ou contenção mecânica, por exemplo, e d) crianças com dificuldades visuais, pelo fato da criança precisar desenhar, manipulando cores durante a pesquisa. Para apresentação dos diálogos e preservação da identidade das crianças, adotaram-se como pseudônimos os nomes de personagens do desenho infantil *Ursinhos Carinhosos: Divertido, Amado, Ternura, Amizade, Campeão e Nobre*. A coleta de dados ocorreu no período de Maio a Julho de 2014. O estudo ocorreu em três momentos, inicialmente foi feito um primeiro contato com a criança e seu acompanhante para informá-los sobre o estudo e convidá-los a participar do mesmo. Neste momento, a pesquisadora apresentava-se pelo nome e explicitava sua função e objetivos. No segundo momento foram coletados dados diretamente do prontuário da criança que possibilitaram traçar o perfil socioeconômico e clínico das crianças. A seguir, realizou-se a técnica adaptada do *desenho-estória* de Trinca (2003 *apud* SOUSA, 2013), a qual se deu em duas fases, a fase do *desenho-estória livre*, para as crianças demonstrarem seus principais sentimentos, dando um “foco” próprio aos mesmos, sendo atomizado com os seguintes exemplos de solicitação: “Faça, por favor, qualquer desenho”. Nesse momento foram disponibilizados à criança pinceis, lápis de cor, giz de cera e papéis em tamanho A4 para a realização do desenho. A segunda fase foi a do *desenho-estória com tema*, onde foi abordada a vivência da internação oncológica, na tentativa de conhecer os sentimentos da criança em relação à hospitalização. Para tanto, utilizou-se questões como: “Desenhe, para mim, como é estar internado aqui no hospital”, em seguida, foram disponibilizados os mesmos materiais de desenho utilizados no primeiro desenho, isto é, no desenho livre de tema. Logo após cada uma das fases, foi solicitado à criança que explicasse o desenho, contando uma história descrevendo-o, então foi pedido que a criança desse um título ao seu desenho-estória, em seguida realizou-se a fase do inquérito, em que a pesquisadora fez algumas perguntas de aprofundamento à criança. O desenho neste estudo foi utilizado como o disparador do diálogo com a criança, portanto não foi analisado. As histórias, isto é, entrevistas com as crianças foram transcritas por uma segunda pesquisadora que auxiliou no processo de coleta de dados. Foi utilizado um diário de campo, neste, a pesquisadora fez anotações pertinentes às reações das crianças durante as entrevistas, a exemplo de retraimento, timidez, choro. As reações das crianças e observações da pesquisadora contidas no diário de campo são apresentadas entre parênteses ao logo dos diálogos apresentados nos resultados da pesquisa. Para o encerramento das entrevistas, utilizou-se o critério de saturação externo onde se utilizou o parâmetro de, no mínimo cinco e, no máximo 28 crianças oncológicas entrevistadas em pesquisas anteriores (SOUZA *et al.*, 2012; MOTTA; ENUMO, 2002). Para a análise dos dados utilizou-se o método de Análise de Conteúdo Categorical Temática orientada por Minayo (2010). Quanto aos aspectos éticos, foram atendidas todas as exigências das Diretrizes e Normas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, regulamentada pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013). Os participantes e/ou responsáveis foram devidamente informados sobre os objetivos da pesquisa, garantindo-lhes o sigilo das informações colhidas, assim como a liberdade de participação ou desistência da mesma em qualquer etapa. Após concordar em participar, foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE a ser assinado pelos pais e/ou responsáveis, assim como, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido – TALE que foi disponibilizado a cada criança. Ressalta-se que a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital onde foi realizada e obteve aprovação previa a sua realização.

Resultados e Discussão

As crianças, sujeitos deste estudo, possuíam entre sete e 11 anos de idade, todas na faixa etária escolar, além de apresentarem o mesmo diagnóstico, leucemia linfoblástica aguda, há pelo menos 6 meses, e em tratamento quimioterápico com três ou mais internações anteriores. Quanto o perfil socioeconômico, destaca-se que as crianças são procedentes de diferentes cidades da microrregião do Cariri, o que as faz necessitar de deslocamento para o tratamento oncológico. Em relação à situação conjugal dos pais, duas crianças possuíam mãe solteira e as demais pais casados, somente uma criança não possuía irmãos, as outras possuíam pelo menos 1 irmão. A renda familiar variou de 1 a 2,5 salários mínimos, o que, por vezes, gerou a necessidade da família requerer auxílio financeiro externo para continuar a terapêutica, dada a necessidade de deslocamentos constantes e imposições do tratamento. A idade escolar é o período de vida no qual a criança procura autonomia, é a fase do início do desenvolvimento de atividades em grupo, em que a liberdade passa a ter um grande significado (LAPA; SOUZA, 2011). Com o diagnóstico do câncer infantil, a criança passa a ter necessidades especiais de saúde, devido tanto ao curso da doença quanto ao tratamento, deixando a assistência muitas vezes de ser ambulatorial para ser hospitalar (SOUZA *et al.*, 2012). É possível notar, a partir de algumas falas, o quanto a hospitalização limita a criança a exercer a sua liberdade e autonomia, sentindo-se aprisionada e entediada:

Pesquisadora: Como é estar internado, para você?

Amado: É ruim porque a gente fica só deitado, sem nada pra fazer... [...] é chato. [...] antes saía com meus colegas pra andar. [...]

As falas do estudo de Lapa e Souza (2011) revelaram que os escolares se percebem restritos ao leito ou a determinado espaço do hospital, seja pela sua situação de doente, seja pela organização da instituição que os impede de fazer atividades que demandam maior gasto de energia, como pular ou correr. De forma geral, a maioria das crianças tem a imagem do hospital como local onde as limitações estão postas.

Pesquisadora: Tem alguma coisa que muda na sua vida, quando você vem ser internada?

Ternura: É... Brincar [...] Brincar de boneca. [...]

Pesquisadora: Então porque não traz as bonecas?

Ternura: Não, não tem espaço!

Pesquisadora: O que muda na sua vida, quando você está internada?

Amizade: Não sei (risos). [...] O computador.

Campeão: Muda os brinquedos. [...] Aqui não tem brinquedo e em casa tem.

A partir das falas anteriormente citadas, pode-se observar que quando questionado o que mudou na vida das crianças quando hospitalizadas, em sua maioria a resposta estava diretamente ligada ao “brincar”. Sabe-se que, por meio da brincadeira, a criança consegue desenvolver seus aspectos cognitivos, biopsicossocial e físico, lida com as perdas, luta por vitórias, convive em grupos, tem criatividade, exercita e fortalece os grupos musculares (LAPA; SOUZA, 2011). Ao repetir no brincar todas as situações geradoras de estresse, as crianças obtêm domínio sobre os objetos externos a seu alcance e compensam as pressões que sofrem na realidade do cotidiano (ARTILHEIRO; ALMEIDA E CHACON, 2011). A pesquisa de Lapa e Souza (2011) constatou nas falas a saudade de seu cotidiano modificado pela hospitalização. Verificou-se que a hospitalização gera uma ruptura de seu cotidiano, passando o escolar a vivenciar uma nova realidade que lhe é estranha. A partir disto, nota-se a importância de uma brinquedoteca no hospital com o objetivo de proporcionar assistência humanizada às crianças. O que inclusive é regulamentado pela lei 11.104 de 2005, contudo a mera presença da brinquedoteca não é suficiente, visto que muitas vezes elas permanecem fechadas e nem sempre há profissionais

disponíveis para manter esse serviço em tempo integral à criança. Vários autores, como Artilheiro, Almeida e Chacon (2011), também relatam em seus estudos que o uso da brinquedoterapia favorece o surgimento de comportamentos positivos entre as crianças hospitalizadas, funcionando como um facilitador de aprendizagem, diminui seu estresse diante de experiências novas e traumáticas, além de contribuir para a melhora do humor das crianças, estimulando a criatividade, entre outros benefícios. Ressalta-se que as crianças participantes deste estudo tinham o apoio de duas Organizações Não Governamentais – ONG's. Duas vezes durante a semana, voluntários destas organizações compareciam ao hospital com a finalidade de desenvolver atividades lúdicas, desenhos, teatro, brincadeiras e artes. Era notória a alegria que as crianças expressavam com a chegada desse pessoal, através das gargalhadas e bom humor. Pode-se observar a partir das seguintes falas, a importância que as crianças dão a estas atividades:

Divertido: Só brinco quando elas vêm (pessoal da ONG). (Referindo-se a ONG)

Pesquisadora: Você brinca aqui no hospital?

Nobre: Só quando elas vêm (pessoal da ONG).

No estudo de Dias *et al* (2013), esses mesmos sentimentos são notados nas crianças, quando um grupo de voluntários que se vestem de palhaços os visitam para desenvolver atividades lúdicas. Pode-se inferir que todas as crianças participantes da pesquisa afirmaram que gostam de brincar. Para elas, o brincar é uma atividade indispensável, diária e que não exige explicações. É a partir desta atividade que ela experimenta o mundo, exercitando habilidades e ampliando a sua compreensão sobre si e tudo que a cerca (WAYHS; SOUZA, 2002). O estudo de Artilheiro, Almeida e Chacon (2011), mostra que o uso do brinquedo terapêutico na assistência à criança é fundamental, quando se pensa em melhorar a qualidade dos serviços prestados nas instituições de saúde. Em consonância com uma das atuais tendências da assistência de enfermagem pediátrica, o brinquedo terapêutico é uma estratégia que faz parte do cuidado sem traumas, que visa eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico vivenciado pelas crianças e suas famílias. Nesse sentido, percebe-se o quanto o brincar e a brincadeira têm importância no cotidiano da criança, inclusive pode auxiliá-la a conviver de forma mais harmônica com a hospitalização, auxiliando na compreensão do mundo estranho que a cerca e inclusive na compreensão dos procedimentos realizados como é o caso do brinquedo terapêutico, que deve ser utilizado pelos profissionais não de forma coadjuvante, mas sim como fundamental na prestação do cuidado, a fim de torná-lo humanizado. Além disso, o uso do brinquedo e a interação entre profissionais e crianças através do brincar pode promover ou reforçar o vínculo afetivo entre eles, modificando a intensidade das relações de cuidado, configurando-se, portanto como potente estratégia de promoção à saúde da criança hospitalizada.

Conclusão

Observou-se que a criança ao ser hospitalizada perde sua liberdade, não podendo mais desenvolver atividades comuns a esta fase, como correr, jogar bola, andar com os amigos, ferindo a autonomia da criança. Com a hospitalização, o brincar passa a não existir mais da mesma forma, muitas falas de crianças trouxeram esse impacto como a maior mudança ocorrida em suas vidas. Tendo em vista o quanto o brincar e a brincadeira são essenciais na vida da criança para o seu desenvolvimento psicológico, social, físico e motor, e portanto para promoção à saúde infantil, faz-se necessário garantir o funcionamento das brinquedotecas hospitalares nos setores de pediatria e oncologia pediátrica, pois a mera presença deste ambiente no hospital não é garantia de seu funcionamento. Faz-se necessário que os profissionais de saúde que assistem a criança hospitalizada atentem para os benefícios do brincar no hospital. Percebeu-se que a participação de voluntários e grupos de apoio à criança hospitalizada podem contribuir para proporcionar um atendimento humanizado e trazer para o hospital um pouco do convívio com o mundo de fora perdido no momento da internação.

Referências

- ARTILHEIRO, A. P. S.; ALMEIDA, F. A.; CHACON, J. M. F. Uso do brinquedo terapêutico no preparo de crianças pré- escolares para quimioterapia ambulatorial. Acta Paulista de Enfermagem. São Paulo, v. 24, n. 5, p. 611-616. 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 6 agosto 2013.
- BRITO, T. R. P.; RESCK, Z. M. R.; MOREIRA, D. S.; MARQUES, S. M. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 802-808. Out./Dez. 2009.
- DIAS, J. J.; SILVA, A. P. C.; FREIRE, R. L. S.; ANDRADE, A. S. A. A experiência de crianças com câncer no processo de hospitalização e no brincar. Revista Mineira de Enfermagem. Belo Horizonte, v. 17, n. 3, p. 608-613. Jul-Set, 2013.
- GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- LAPA, D. F.; SOUZA, T. V. A percepção do escolar sobre a hospitalização: contribuições para o cuidado de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, v. 45, n. 4, p. 811-817. 2011.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. ; GOMES, R. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 29 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.
- MOTTA, A. B.; ENUMO, S. R. F. Brincar no hospital: câncer infantil e avaliação do enfrentamento da hospitalização. Psicologia, Saúde & Doenças. v. 3, n. 1, p. 23-41. 2002.
- PEDROSA, A.M.; MONTEIRO, H.; LINS, K.; PEDROSA, F.; MELO, C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 7, n. 1, p. 99-106. Jan. / Mar., 2007.
- REZENDE, A. M.; BRITO, V. F. D. S.; MALTA, J. D. S.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. Iniciação Científica CESUMAR. v. 11, n. 1, p. 73-82. Jan./Jun. 2009.
- RIBEIRO, C. A; ANGELO, M. O significado da hospitalização para a criança pré-escolar: um modelo teórico. Revista da Escola de Enfermagem da USP. São Paulo. v. 39, n. 4, p. 391-400. 2005.
- SOUZA, M. L. X. F. Significados do viver com o câncer para a criança [dissertação]. João Pessoa; 2013.
- SOUZA, L. P. S.; SILVA, R. K. P.; AMARAL, R. G.; SOUZA, A. A. M.; MOTA, E. C. Câncer infantil: sentimentos manifestados por crianças em quimioterapia durante sessões de brinquedo terapêutico. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste. Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 686-92. 2012.
- WAYHS, R. I.; SOUZA, A. I. J. Estar no hospital: a expressão de crianças com diagnóstico de câncer. Cogitare Enferm. V. 7, n. 2, p. 35-43. Dez. 2002.

A PERCEPÇÃO DAS MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER SOBRE O CUIDADO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Diane Sousa Sales (apresentador) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR); e-mail: diane-enf@hotmail.com
Maria da Conceição Coelho Brito – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Lidiane Marha de Oliveira – UNASSUS
ISADORA MARQUES BARBOSA – Universidade Federal do Ceará(UFC)
Raimunda Magalhães Silva – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Regina Yoshie Matsue (Orientador) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Palavras-chave: Cuidado. Mulher. Câncer.

Resumo

O câncer é uma doença de características diferenciadas de outras doenças crônicas, já que pode provocar deformidades, dor e mutilações durante o seu tratamento. Ao se descobrir doente, a paciente com câncer vai trilhar as etapas do diagnóstico, do tratamento agressivo e da aceitação de seu corpo marcado. Objetivo foi analisar o conhecimento produzido em publicações sobre a percepção das mulheres portadoras de câncer sobre o cuidado disponíveis nos bancos de dados PUBMED, SCIELO e LILACS. No estudo desenvolveu-se uma revisão integrativa, sendo utilizados os seguintes descritores Cuidado, Mulher e Câncer, pois eram esses contemplavam a pergunta norteadora do estudo. A partir das leituras dos 45 artigos emergiram duas categorias: Entre cuidadora e cuidada durante o adoecimento e a imagem corporal feminina e o câncer. A partir dos resultados infere-se que as mulheres sofrem o estigma que o câncer carrega consigo, porém continuam atuando como cuidadora da família, apesar de necessitar de cuidados. O câncer durante todo o processo de adoecimento modifica as suas vidas, com marcas no corpo que podem lembrar a doença mesmo após a cura.

Introdução

O câncer é uma denominação atribuída a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, com tendência a invadir tecidos e órgãos vizinhos. O número de casos novos de câncer cresce a cada ano. Para 2012/2013, a estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA) era a ocorrência de 518.510 casos novos de câncer no Brasil (INCA, 2012). Somente nas mulheres a estimativa do INCA para o ano de 2012 das taxas brutas de incidência de casos novos por câncer no Brasil seria de 260.640, destes 45.870 casos no Nordeste (INCA, 2013).

Em virtude de sua fisiopatologia, o câncer é uma doença de características diferenciadas de outras doenças crônicas, já que pode provocar deformidades, dor e mutilações durante o seu tratamento. Ao se descobrir doente, a paciente com câncer vai trilhar as etapas do diagnóstico, do tratamento agressivo e da aceitação de seu corpo marcado.

As pessoas com patologias crônicas, a exemplo do câncer, precisam, em sua maioria, de apoio que vai além das intervenções tradicionais da biomedicina, por encontrarem, em diferentes níveis, dificuldades de aceitar a doença, e de conviver com os sintomas e as mudanças necessárias na vida. De acordo Adam e Herzlich (2001), existem manifestações diferentes e impactos diversos na vida de quem tem uma doença crônica.

De modo geral, o diagnóstico do câncer tem efeito devastador, pois traz a ideia de morte, embora atualmente haja inúmeros casos de cura. Traz também o medo de mutilações e desfiguramento provocados pelos dolorosos tratamentos, além de incontáveis perdas decorrentes da doença (OLIVEIRA; FERNANDES; GALVÃO, 2005). Salci e Marcon (2008) relatam que ao receber o diagnóstico de câncer, a mulher e sua família passam por experiências antes nunca vivenciadas, em que ocorrem mudanças em vários aspectos da vida entre eles os relacionados aos cuidados.

Ressalta-se a necessidade de um Cuidado nesse processo. Troncoso e Suazo (2007) concordam e afirmam que cuidar é uma atitude carregada de atenção, de zelo e de desvelo. Representa ocupar-se, preocupar-se e sentir afeto com o outro. Estaremos distantes da humanização enquanto nossa prioridade for o tratamento, o saber técnico-científico, depreciando o significado da vida humana, muitas vezes visto como objeto.

Historicamente, as mulheres são as geradoras do cuidado, o que sempre norteou a vivência cotidiana das mulheres, seja com seus entes queridos ou com outros ao seu redor (SALCI; MARCON, 2008). Comumente a mulher desempenha na família um papel de cuidadora de seus membros, no entanto, por ocasião do adoecimento, há um processo inverso e ela necessita adaptar-se a sua nova condição, pois, normalmente passa a ser cuidada (SILVA; MERIGHI, 2006).

Além disso, a população feminina vivencia de forma intensa o câncer e seu tratamento por causa da alteração da imagem corporal (OLIVEIRA et al, 2010). Compreendendo que a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (SCHILDER, 1999).

Diante do exposto, faz-se necessário estudar a percepção das mulheres portadoras de câncer sobre o cuidado. Isso porque se encontra diretamente interligada com a prática dos profissionais e com a promoção da saúde, e os resultados desse estudo contribuirão para se repensar o cuidado e o ensino, além do crescimento dos profissionais da área, a melhoria na assistência aos pacientes e o incentivo para estudos aprofundados sobre a temática. Objetiva-se, portanto, analisar as publicações científicas sobre a percepção das mulheres portadoras de câncer sobre o cuidado

Metodologia

No estudo desenvolveu-se uma revisão integrativa. Nessa revisão integrativa utilizamos a seguinte questão de pesquisa: “Qual a percepção das mulheres portadoras de câncer sobre o cuidado?”. Foram utilizados os seguintes descritores Cuidado, Mulher e Câncer, pois eram esses que estavam disponíveis nos Descritores em Ciência da Saúde - DeCS que contemplavam a pergunta norteadora do estudo.

A busca foi realizadas nas seguintes base de dados: Scielo, Lilacs e Pubmed, sendo encontrados 158 artigos, que foram submetidos a leitura exaustiva do material encontrado e selecionados 45 artigos que obedecerem aos seguintes critérios de inclusão: artigo disponível na íntegra eletronicamente; estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol; e responder a questão norteadora deste estudo. Como critérios de exclusão têm-se: ser publicação do tipo editorial, carta e de revisão.

Resultados e Discussão

A partir das leituras dos artigos emergiram duas categorias: “Entre cuidadora e cuidada durante o adoecimento” e “A imagem corporal

feminina e o câncer”.

Entre cuidadora e cuidada durante o adoecimento

As mulheres com câncer vivenciam essa dicotomia de cuidadora e cuidada. Pois as mulheres são as geradoras do cuidado e para cuidar, se organizam, fazem arranjos internos, deixam outras atividades, solicitam ajuda, em geral a outras mulheres, e assim assumem o controle, especialmente nos casos de doença e no cuidado cotidiano aos filhos pequenos e aos idosos. Aliás, o cuidado encontra-se na própria raiz da história das mulheres, para assegurar a manutenção e continuidade da vida. Em todas as sociedades do mundo, as mulheres desenvolveram cuidados principalmente relacionados ao corpo e à alimentação, além de ser o elemento que cuida dos outros durante eventos especiais da vida (SALCI; MARCON, 2008).

A partir do diagnóstico confirmado, as mulheres se deparam com suas vidas tomando um rumo diferente do que poderiam imaginar, porque o câncer pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. Dessa forma, acaba trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social. Vislumbrar o futuro passa a ser muito doloroso, já que os tratamentos propostos implicam em possível mutilação, náuseas, vômitos, alopecia, além de alterações sexuais (PIMENTEL et al, 2011).

Andrade et al (2006) relatam em seu estudo que a família revela-se como cuidador autêntico, assumindo e compartilhando com seu ente querido a facticidade do tratamento e buscando formas de amenizar seu sofrimento. O estar com câncer, por si só representa para o indivíduo uma experiência enredada em intensa ansiedade e insegurança, gerando, algumas vezes, alterações comportamentais significativas. E quando ocorre a hospitalização, os sentimentos suscitados no doente podem ser potencializados pelo afastamento de seu ambiente natural e, principalmente, pela ausência da família durante seu tratamento.

E quando necessitam de cuidados hospitalares, as mulheres não desejam depender das pessoas, mas, pela contingência da situação em que se encontram são obrigadas a aceitar o que lhes é oferecido e isso é um sentimento incômodo em suas vidas. A hospitalização é um dos elementos que aflige significativamente a pessoa doente, pois, desde o momento de sua entrada, ela já sofre o processo de despersonalização, de perda de autonomia e de poder de decisão. As pessoas com câncer são estimuladas à passividade, à submissão e à rendição. A hospitalização também demanda uma restrição da expressão dos sentimentos, de seus medos e da sua dor (LORENCETTI; MERIGHI, 2005).

Porém, a mulher permanece cuidando quando procura amenizar os sofrimentos daqueles que lhe são importantes, seus familiares, preparando-os para o que puder vir pela frente. Isso leva esta mulher a buscar saídas de ordem prática e para preparo psicológico das possíveis dores e perdas. Por outro lado, muitas procuram diminuir suas próprias dores, para que as dores nos que ela ama sejam menores. Essa preocupação é justificada, pois a mulher tem a consciência, mesmo que parcialmente falando, das conseqüências da doença na sua vida e na vida de seus familiares (ROSA; RADÜNZ, 2012).

A imagem corporal feminina e o câncer

Apesar do grande espaço conquistado pela mulher na sociedade, a sua representação ainda encontra-se vinculada à imagem do corpo. Observa-se, em especial na cultura brasileira, uma exploração da imagem do corpo feminino que constantemente figura nas propagandas publicitárias e na mídia em geral, em que atributos físicos tipicamente femininos, como seios e cabelos, são altamente valorizados. Com esse contexto, a população feminina vivencia de forma intensa o câncer e seu tratamento por causada alteração da imagem corporal (OLIVEIRA et al, 2010).

Estudos realizados com mulheres com câncer relatam a relação da doença com os aspectos físicos, sociais e emocionais. Nos quais alguns tipos de câncer como o de mama apresentam grande influência na sua imagem corporal de mulher, porém não somente o de mama traz consigo a angústia do tratamento e as reações como a perda de cabelo, o emagrecimento, as cicatrizes dos procedimentos, ou seja, como definido por uma paciente com diagnóstico de câncer no estudo de Lorencetti e Merighi (2005: 957) “A nossa companheira é a doença, o câncer, que devora por dentro e por fora. Vejo minhas fotos antes e o depois, me vejo acabada, em frangalhos, emagrecida, sem cor, pele e osso”. Silva e Merighi (2006) afirmam que a mulher pode passar a acolher a doença, ou seja, familiarizar-se com a mesma que passa a fazer parte do seu ser.

Quando se fala ou se pensa em um doente com câncer, a figura que vem à mente das pessoas é de uma pessoa com o corpo deteriorado, caquético, fragilizado (SILVA; MERIGHI, 2006). Após o diagnóstico, a mulher pode passar a viver em função do tratamento, com muitas interferências na vida sexual, com a sensação que a vida lhe está sendo roubada (CANTINELLI et al, 2006).

A quimioterapia é a responsável pela alopecia e é um dos tratamentos recomendados para vários tipos de câncer que afligem homens e mulheres, no entanto, como mencionado anteriormente, a sua repercussão na mulher transpassa as alterações somente na imagem corporal.

Furlan et al (2012: 69) traz no seu estudo a fala de uma mulher com câncer ginecológico sobre a importância dos seus cabelos no seu relacionamento com o marido “ Na minha casa foi um pouco difícil, porque o meu marido ficou abalado [...] Ele tinha muita coisa com meu cabelo, meu cabelo era tudo pra ele, toda a vida foi. Ele ficou bem chateado com meu cabelo que caiu, a sobancelha. A gente fica praticamente igual um monstro, e ele, meu marido, ele ficou uns três meses sem me procurar.”

Ou seja, a mulher com câncer também espera ainda ser desejada pelo companheiro, e quando isso não acontece provoca o medo da perda e a tristeza. Assim, reações de ajustamento ou mesmo depressão e ansiedade têm forte impacto sobre a sexualidade. A questão também pode ser muito significativa no contexto de casais que ainda não tiveram prole e ainda estão em idade reprodutiva. O medo de abandono também é um fator significativo, a partir do pensamento de que essas mulheres podem estar privando seus parceiros de atividade sexual (CANTINELLI et al, 2006).

Conclusão

A partir dos resultados infere-se que as mulheres sofrem o estigma que o câncer carrega consigo, porém continuam atuando como cuidadora da família, apesar de necessitar de cuidados. O câncer durante todo o processo de adoecimento modifica as suas vidas, com marcas no corpo que podem lembrar a doença mesmo após a cura. Necessitamos de mais trabalhos que envolvam essa temática com uma avaliação mais aprofundada desse processo de adoecimento das mulheres com câncer.

Referências

ADAM, P.; HERZLICH, C. Sociologia da Doença e da Medicina. Tradução de Laureano Pelegrin. Bauru: EDUSC, 2001.

ANDRADE, V.C.C.; MIKUNI, P.K.; MELO, O.S; SALES, C.A. O estar só e o estar-com um ente querido durante a quimioterapia. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 226-231, 2006.

CANTINELLI, F. S. et al . A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. Rev. psiquiatr. clín., São Paulo , v. 33, n. 3, 2006.

FURLAN, M.C.R. et al. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. Ciênc. cuid. Saúde, v.11, n.1, p. 66-73, jan.-mar. 2012.

INCA - Instituto Nacional de Câncer. ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer. Org. Luiz Claudio Santos Thuler. – 2. ed. rev. e atual.– Rio de Janeiro : Inca, 2012.

_____ - Instituto Nacional de Câncer. Estatísticas do Câncer. 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/vigilancia/>

OLIVEIRA, C.L.; SOUSA, F. P. A.; GARCIA, C. L.; MENDONÇA, M. R.K.; MENEZES, I. R. A.; BRITO JÚNIOR, F. E. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. Rev. Rene, v. 11, Número Especial, p. 53-60, 2010.

OLIVEIRA, M.S.; FERNANDES, A.F.C.; GALVAO, M.T.G. Mulheres vivenciando o adoecer em face do câncer cérvico-uterino. Acta paul. enferm., São Paulo , v. 18, n. 2, June, 2005.

PIMENTEL, A.V. et al . Percepção da vulnerabilidade entre mulheres com diagnóstico avançado do câncer do colo do útero. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 20, n. 2, June 2011.

ROSA, L., RADÜNZ, V. Significado do Câncer de Mama na Percepção da Mulher: do Sintoma ao Tratamento. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p. 445-50, out/dez, 2012.

SALCI, M.A.; MARCON, S.S. De Cuidadora a Cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v.17, n. 3, p. 544-51, Jul-Set, 2008.

SILVA, A. R.B.; MERIGHI, M.A.B. Compreendendo o estar com câncer ginecológico avançado: uma abordagem heideggeriana. Rev. esc. enferm. USP, v.40, n.2, p.253-260, Jun, 2006.

SCHILDER, P.A. A imagem do corpo: as energias construtivas da psique. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

TRONCOSO, P.B.; SUAZO, S.V. Cuidado humanizado: un desafio para las enfermeras en los servicios hospitalarios. Acta Paul Enferm. 2007; 20(4): 499-503

Agradecimentos

Agradecimento a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – Funcap

A PERCEPÇÃO DOS FAMILIARES ACERCA DA UTILIZAÇÃO DE ATIVIDADES LÚDICAS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS.

Renata Janice Morais Lima Ferreira Barros (apresentadora e orientadora) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN (renatajanice@hotmail.com)

Anne Carolline Lopes Magalhães Nobre de Medeiros - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Lucineire Lopes de Oliveira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Kelianny Pinheiro Bezerra - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Fátima Raquel Rosado Morais - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Cintia Mikaelle Cunha de Santiago - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Palavras-chave: Criança. Hospitalização. Atividades lúdicas.

Resumo

No período de hospitalização, a criança se depara com sensações de medo e perda da autonomia, se fazendo necessários meios que estimulem a motivação e o prazer. O lúdico se insere nesse contexto como transformador do cotidiano e da realidade hospitalar, proporcionando a liberação da fantasia e facilitando a interação da criança com o ambiente. Esta pesquisa teve como objetivo geral compreender como o uso de estratégias lúdicas pode influenciar no tratamento de crianças hospitalizadas, a partir da visão dos familiares, na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM (Mossoró – RN). Pesquisa de abordagem qualitativa, natureza descritiva e exploratória. Nossa amostra foi composta por 15 familiares. Fez-se uso de um questionário semiestruturado como instrumento para a coleta de dados, seguido de observação participante das atividades lúdicas realizadas, registradas em diário de campo. Para a análise dos dados empregou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin. Identificou-se que a maior parte dos acompanhantes desconhece o real sentido da atividade lúdica. Ficaram evidentes os benefícios que as atividades lúdicas podem proporcionar à recuperação da criança hospitalizada, auxiliando na continuidade do tratamento e minimizando suas angústias. Os familiares conseguem diferenciar o comportamento da criança hospitalizada antes e depois da participação desta em uma atividade lúdica, havendo melhoria na comunicação, afeto e enfrentamento do tratamento. No contexto hospitalar, o lúdico pode se revelar um instrumento eficaz na comunicação da criança, revelando seu sofrimento psíquico e suas angústias, possibilitando, a partir disso, as intervenções necessárias.

Introdução

A criança, quando hospitalizada, normalmente vivencia sentimentos de angústia e dor, enfrentados também pela família. O quadro de adoecimento, por si só, é gerador de ansiedade. Com a necessidade de internação e/ou carência de diagnóstico estabelecido, a ansiedade aumenta e, frequentemente, a doença e a hospitalização representam as primeiras crises que a criança se depara (GOMES; CAETANO, JORGE, 2010).

De acordo com alguns estudos realizados com crianças hospitalizadas, o sofrimento é um sentimento constante em suas vidas causado pela vivência da separação, pelo desconforto físico referente à patologia e medo da morte, (VASQUES; BOUSSO; CASTILLO, 2011), aliando-se a isto o fato do contexto hospitalar ser gerador de medo e restrições, sendo notável, portanto, que a criança necessita de maiores cuidados.

A infância é caracterizada como o momento das descobertas e é perceptível um notável desenvolvimento motor, de personalidade, de linguagem e relacionamentos sociais. Nessa fase, o brincar, surge como uma necessidade básica para o desenvolvimento normal da criança. Portanto, o ato de brincar é considerado imprescindível no processo de desenvolvimento humano. Desse modo, é importante que ocorram interações lúdicas com o mundo real. Estas se configuram através de desenhos, pinturas, danças, cantos, rabiscos, bagunças, entre outras brincadeiras, proporcionando alegria e distração às crianças hospitalizadas (RAVELLI; MOTTA, 2005).

O lúdico, considerado como meio de expressão e aprendizado, surge então como ato simbólico (RODRIGUES, 1999 apud PINTO, 2010) capaz de propiciar prazer e motivação ao indivíduo. De acordo com Pinto (2010), o mundo do faz de conta modifica a realidade da criança, proporciona a liberação da fantasia e facilita a interação da criança com o ambiente ao seu redor.

Neste íterim, faz-se necessário a inserção de atividades lúdicas que auxiliem na minimização dos efeitos estressores da hospitalização, tornando a assistência mais humanizada e menos traumática (BRITO et al, 2009). Assim, o lúdico surge como subsídio para o cuidado, na tentativa de que a criança possa assimilar os medos, as angústias e as dores por ela vivenciadas (RAVELLI; MOTTA, 2005).

Estudos apontam o lúdico como medida terapêutica capaz de propiciar a continuidade do desenvolvimento infantil e o restabelecimento físico e emocional, ajudando a criança a vivenciar a hospitalização com mais benefícios do que prejuízos, a assimilar os medos e angústias, fornecendo assim melhores condições para a recuperação. O brinquedo, ao ser utilizado pela criança, transforma-se no meio pelo qual ela pode expressar sua realidade, além de preservar a saúde emocional, contribuindo com o desenvolvimento da criatividade, aprendizagem e socialização (MELO; VALLE, 2010).

A existência de um espaço dentro de um hospital dedicado ao brincar reflete a preocupação com o bem-estar geral da criança, proporcionando maior confiança nos pacientes e em seus familiares. Além disso, proporciona a desmistificação do ambiente hospitalar, comumente percebido como hostil, uma vez que a possibilidade de brincar no hospital permitiria a visão desse ambiente como bom e agradável (BRITO et al, 2009). O ambiente deve incentivar a saúde e deve ser organizado para que atenda melhor as necessidades das crianças.

Partindo da premissa de que a criança hospitalizada e sua família, perpassam por dificuldades de aceitação da hospitalização, como também do diagnóstico e tratamento, e inferindo-se que a utilização de estratégias lúdicas são facilitadoras para o enfrentamento da doença e hospitalização, pergunta-se: Qual a percepção que a família tem acerca da utilização de estratégias lúdicas no enfrentamento do tratamento da criança hospitalizada?

Portanto, compreender como o uso de estratégias lúdicas pode influenciar no tratamento de crianças hospitalizadas, a partir da visão dos familiares, na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), tornou-se o objetivo maior desta pesquisa. Para contemplar este objetivo, foram traçadas as seguintes metas: observar as práticas lúdicas realizadas no setor de pediatria do HRTM; conhecer os benefícios das atividades lúdicas na recuperação da criança hospitalizada, a partir da visão dos familiares; identificar a concepção que os familiares têm acerca da inserção de atividades lúdicas no tratamento da criança hospitalizada.

Metodologia

O presente trabalho se constitui como um estudo de natureza descritiva, exploratória e de abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia – HRTM. Os sujeitos da pesquisa foram os familiares que acompanham as crianças hospitalizadas na instituição selecionada no período da realização da pesquisa. Para sua constituição, buscou-se conhecer o número médio de internações mensais na Clínica Pediátrica do HRTM, informação esta obtida no Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do referido hospital. Identificou-se uma média de 79 internações mensais. Nossa amostra foi representada por 20% do total, pois trata-se de uma pesquisa qualitativa. Dessa forma, foram entrevistados 15 familiares que estavam acompanhando as crianças no momento da coleta de dados e que se adequaram aos critérios de inclusão e exclusão.

Como critérios de inclusão para a pesquisa temos: os familiares que tinham idade igual ou superior a 18 anos e que acompanharam a criança desde o início da hospitalização. Os critérios de exclusão da pesquisa foram os indivíduos que apresentaram distúrbio mental e que não possuíam condições de saúde suficiente para responder ao questionário.

Solicitou-se o consentimento da direção do hospital através da emissão da carta de anuência e após a sua concessão o projeto de pesquisa foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UERN. Após aprovação do CEP sob parecer nº 524.486, de 04 de Fevereiro de 2014, foi iniciada a coleta dos dados, que ocorreu durante o mês de Março de 2014.

Os dados foram coletados através de um questionário semiestruturado e roteiro para observação participante das atividades lúdicas realizadas, as quais foram registradas em diário de campo, possibilitando o entrevistador interrogar, dialogar e investigar fatos ocorridos no desenvolvimento da pesquisa. Para representar os familiares, foram atribuídos letras e números a fim de preservar sua identidade e evitar exposição e constrangimento. Assim, cada familiar foi identificado pela letra “F” seguida por um número que varia de 1 a 15 (número de familiares que responderam ao questionário).

Para a análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009) é um método que se configura como um conjunto de técnicas de análise sistemática das comunicações com o intuito de descrever o conteúdo das mensagens. Ou seja, examina as informações coletadas seguindo um roteiro próprio, perpassando pela pré-análise, fase de exploração do material e, por fim, a fase de interpretação dos resultados.

Resultados e Discussão

De acordo com as variáveis pesquisadas, os participantes do estudo apresentaram as seguintes características: (53%) tinham entre 18 e 35 anos, (40%) entre 36 e 55 anos, (7%) entre 56 e 80 anos e (0%) > 80 anos de idade; (20%) eram do sexo masculino, (80%) do sexo feminino; (20%) eram solteiros, (47%) casados, (7%) viúvo (a) e (26%) se enquadraram na opção outro; (0%) morava sozinho em seu domicílio, (7%) dividia seu domicílio com 1 pessoa, (20%) dos acompanhantes dividia seu domicílio com 2 pessoas, (40%) dividia sua residência com 3 pessoas e (33%) residiam mais de 4 pessoas no domicílio. Destes, (13%) frequentaram a escola por menos de 4 anos, (67%) frequentaram a escola por 4 a 9 anos e (20%) frequentaram a escola por mais de 10 anos. Ainda, (13%) relataram ter renda mensal familiar < 1 salário, (67%) renda mensal de 1 a 2 salários, (20%) tem renda mensal entre 3 e 5 salários mínimos e (0%) relatou ter > 6 salários mínimos.

Mediante dados obtidos nas entrevistas, a análise foi dividida em quatro categorias: “O sentido dado à atividade lúdica”, “Conhecendo as formas para desenvolver o lúdico”, “Discutindo os benefícios das atividades lúdicas na recuperação da criança hospitalizada” e “Avaliando os possíveis desfechos decorrentes do uso das atividades lúdicas à criança hospitalizada”.

Segundo resultados obtidos nas entrevistas, foi observado que a maior parte dos acompanhantes das crianças hospitalizadas desconhece o real sentido da atividade lúdica, negando assim, compreenderem o que a prática significa.

Não sei dizer o que é, mas acredito que seja algo bom para meu filho. (F5)

Quando questionados acerca de quais atividades lúdicas as crianças participavam na pediatria, percebe-se que as atividades lúdicas que estas mais participam, quando não restritas ao leito, são brincar na bicicleta, utilizar os brinquedos disponíveis na brinquedoteca da pediatria e assistir televisão; quando restritas ao leito, pintam ilustrações cedidas pela Terapeuta Ocupacional e alguns brinquedos da brinquedoteca são levados até elas.

Apesar de diversas brincadeiras e jogos terem sido citados pelos acompanhantes, também se faz presente entre os discursos o uso da brinquedoteca pelas crianças

A brinquedoteca é um espaço ideal para estimular a criança a brincar, possibilitando o acesso a uma grande variedade de brinquedos, inserido em um ambiente especialmente lúdico (CUNHA, 1998). Tem como finalidade resgatar o brincar espontâneo como elemento indispensável para o desenvolvimento integral da criança, de sua criatividade, aprendizagem e socialização (MAGALHÃES; PONTES, 2002).

Nos depoimentos ficaram evidentes vários benefícios que as atividades lúdicas podem proporcionar para a recuperação da criança enquanto hospitalizada, auxiliando na continuidade do tratamento e minimizando as angústias da criança.

Enquanto ele brinca ele está distraído a mente, esquece da enfermidade. (F1)

Para Furtado (2003), a utilização de atividades lúdicas desperta o interesse e atenção da criança, fazendo com que esta não sofra tanto com a mudança que está ocorrendo em sua vida diante da situação de hospitalização e doença, possibilitando que esta continue a se ver como criança.

Observou-se que em todos os depoimentos os familiares revelaram saber distinguir a diferença no comportamento da criança ao processo de hospitalização, após sua participação em atividades lúdicas. Dentre as várias percepções destacam-se as referentes aos aspectos emocionais, de comportamento e de comunicação, sendo estes favoráveis à recuperação da criança enquanto hospitalizada.

Antes de brincar ela está estressada, muito agitada. Quando ela está brincando eu percebo que diminui o estresse e quando a fisioterapeuta chega para começar a sessão ela já está mais calma. (F1)

Essas mudanças puderam ser constatadas nos momentos da observação participante na pediatria do HRTM, verificando os momentos antes, durante e após o contato das crianças com o lúdico. Antes elas se mostravam mais apáticas, pouco comunicativas, mantendo apenas contato visual e não mostravam interesse na presença da pesquisadora; enquanto brincavam era nítida a percepção de contentamento, de fuga do pensamento no espaço hospitalar para uma dimensão imaginária inerente à fase da infância; após o brincar percebia-se uma atmosfera de tranquilidade, comunicação com o familiar acompanhante, troca de afeto e, em alguns casos, a criança continuava agitada, ativa.

Durante a hospitalização essas crianças são cotidianamente submetidas ao contato físico doloroso durante procedimentos que, eventualmente, são mutilantes. Trata-se de um cuidado que dói. Mesmo hospitalizada, a criança não perde suas características infantis, como a vontade de brincar e receber afeto. Percebe-se que a estimulação do brinquedo propicia às crianças o melhor enfrentamento do sofrimento e da dor causados pela doença, tendo o sentido de promover e resgatar a saúde.

Conclusão

Esta pesquisa surgiu das reflexões cotidianas do que se baseia nossa prática profissional, onde nos preocupamos com a assistência de enfermagem à criança hospitalizada e contempla questões surgidas no desenvolvimento do modelo de atenção centrado na criança e em sua família, interagindo com o meio ambiente em que cresce e se desenvolve, como tentativa de transformação da realidade da hospitalização infantil, uma vez que a criança não deve ser considerada como um ser isolado, mas um indivíduo que faz parte de uma estrutura familiar.

O lúdico consiste em um dos instrumentos que podem ser agregados ao tratamento para que a criança possa se expressar durante o processo de hospitalização. As vivências lúdicas permitem que a criança exerça sua infância no espaço do hospital, favorecendo seu atendimento integral. A percepção do ser em sua integralidade é essencial nas intervenções hospitalares e o ato de brincar é um fator que pode contribuir para o planejamento do atendimento integral e humanizado à criança hospitalizada.

Ficou evidente que as crianças quando hospitalizadas podem e devem ser vistas como agentes de seu desenvolvimento e evolução terapêutica e não como organismos passivos bombardeados por estímulos, incapazes de tornarem-se mais independentes e autônomos.

As atividades lúdicas permitem que a criança expresse suas vivências, seus conflitos, suas emoções, ou seja, todos os sentimentos que emergem a partir de situações de seu cotidiano. No contexto hospitalar, o lúdico pode se revelar um instrumento eficaz na comunicação do que a criança sente, revelando seu sofrimento psíquico e suas angústias, possibilitando, a partir disso, intervenções neste sentido.

Mediante os resultados obtidos, observamos que os benefícios das atividades lúdicas na recuperação de crianças hospitalizadas é que o enfermeiro exerce papel fundamental para a humanização do cuidado, fica claro o quanto é necessário rever a formação acadêmica com o intuito de inserir cada vez mais conteúdo que enfatizem a atual lógica de assistência à saúde: a humanização e a integralização da assistência. Assim, há a possibilidade de formar profissionais que desenvolvam o cuidado aos pacientes com foco nas reais necessidades, uma assistência humana e solidária.

Somando-se a isso, os resultados dessa pesquisa podem contribuir para que estratégias inovadoras, como o uso de práticas lúdicas, não sejam privilégio de apenas um pequeno grupo acadêmico, mas que seja uma realidade disponível para todos.

Referências

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRITO et al. As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Revista de Enfermagem, v. 13, n. 4, p. 802-08, out./dez. 2009.

CUNHA, Nylce Helena da Silva. Brinquedoteca: definição, histórico no Brasil e no mundo. In: FRIEDMANN, Adriana. O direito de brincar: a brinquedoteca. São Paulo: Edições Sociais/Abrinq; 1998. p. 37-52.

FURTADO, Luizmeire Farias. O lúdico no contexto da hospitalização infantil. Monografia – Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2003.

GOMES, Ilvana Lima Verde; CAETANO, Rosângela; JORGE, Maria Salete Bessa. Conhecimento dos profissionais de saúde sobre os direitos da criança hospitalizada: um estudo exploratório. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, n. 2, p. 463-470, 2010.

MAGALHÃES, Celina Maria Colino; PONTES, Fernando Augusto Ramos. Criação e manutenção de brinquedotecas: reflexões acerca do desenvolvimento de parcerias. Psicologia: Reflexão e Crítica, v. 15, n. 1, p. 235-42, 2002.

MELO, Luciana de Lione; VALLE, Elizabeth Ranier Martins. A brinquedoteca como possibilidade para desvelar o cotidiano da criança com câncer em tratamento ambulatorial. Revista Escola de Enfermagem, v. 44, n. 2, p. 517-25, 2010.

PINTO, Cibele Lemes; TAVARES, Helenice Maria. O lúdico na aprendizagem: apreender e aprender. Revista da Católica, v. 2, n. 3, p. 226-235, 2010.

RAVELLI, Ana Paula Xavier; MOTTA, Maria da Graça Corso. O lúdico e o desenvolvimento infantil: um enfoque na música e no cuidado de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n. 5, p. 611-3, set./out. 2005.

VASQUES, Raquel Candido Ylmas; BOUSSO, Regina Szyllit; CASTILLO, Ana Márcia Chiaradia Mendes. A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. Revista Escola de Enfermagem, v. 45, n. 1, p. 122-9, 2011.

VYGOTSKY, Lev Semenovich. O papel do brinquedo no desenvolvimento. In: LUIS, José Cipolla Neto; BARRETO, Silveira Menna; AFECHÉ, Solange Castro (Trad.). A formação social da mente. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1991. p.105-118

A POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO E AS INTERFACES COM A PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIOS PARA OS “NOVOS PARADIGMAS” DA GESTÃO.

Cicero Charlison Renan Alves – Faculdade de Medicina do ABC Paulista – FMABC-SP, Faculdade Vale do Salgado – FVS- CE. onciole_alves@hotmail.com.

Jocelma Diniz Souto - Faculdade Vale do Salgado – FVS- CE

Necita de Sousa Ferrer Araújo e Silva – Faculdade Vale do Salgado – FVS- CE

Josefa Deuvani Ferreira de Sousa – Faculdade Vale do Salgado – FVS- CE

Ana Paula de Sousa Araújo – Faculdade Vale do Salgado – FVS- CE

Vania Barbosa do Nascimento (orientador/a)- Faculdade de Medicina do ABC Paulista- SP (FMABC). vaniabn@uol.com.br.

Palavras-chave: Humanização. Promoção da Saúde. Limites e desafios. SUS.

Resumo

Historicamente o SUS foi instituído visando à atenção integral, à universalização das ações e participação popular. No entanto, ainda coexistam grandes problemas com relação a sua consolidação. Observa-se desafios em relação à igualdade de acesso e qualidade de serviços. Diante do contexto destaca-se a política nacional de humanização que foi uma proposta do governo Federal de 2001, onde possui um alvo ampliado, no qual teve a perspectiva de reorientar as práticas de saúde em todo país. Desde a 8ª Conferência Nacional de Saúde o tema humanização vem sendo discutido, e em 2004, foi instituída a Política Nacional de Humanização do SUS. Tal política visa, entre outros aspectos, possibilitar um adequado acolhimento e escuta dos sujeitos. O presente trabalho tem como objetivo analisar os principais limites e desafios para a concretização e efetivação da política Nacional de humanização, bem como as interfaces com a Política de Promoção da Saúde. O seguinte ensaio é do tipo bibliográfico, a qual terá como base textos, livros, artigos, leis que discutem essa temática, uma vez que propõe realizar um estudo crítico sobre os desafios da humanização. Na maioria das vezes as ações desenvolvidas com os usuários, tornam-se mecanicista e rotineira, onde não há uma atenção adequada dos profissionais com os usuários em detrimento de uma gama de questões. Restarte, é visto que a precarização do trabalhador da saúde corrobora para a desumanização no que muitas vezes não há condições necessárias para um bom atendimento/acolhimento com os usuários, não sendo esse o único fator.

Introdução

Ver-se que a política de saúde vem perpassando por inúmeros avanços, nos últimos trinta anos, várias balizas políticas e normativas foram conquistadas, tem-se como destaque a Política Nacional de Humanização (Humaniza SUS) de 2004 e a Política Nacional de Promoção a Saúde de 2006.

Ambas os marcos supracitados tem como caráter e objetivo fortalecer a sistematização e operacionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), no intuito de melhoria na qualidade dos serviços. Para tanto, alcançar essa melhoria de atenção a saúde passa a ser um amplo desafio, tendo em vista a conjuntura, política, econômica, social e cultural.

É perceptível que existe teoricamente um diálogo entre a humanização e a promoção da saúde, sobretudo quando diz respeito aos atores envolvidos nesse processo (Gestor, trabalhador da saúde e usuário).

No entanto, o seguinte ensaio tem como objetivo analisar os limites, desafios e possibilidade de efetivação da política de humanização tendo em vista sua interlocução com a promoção da saúde e do cuidado. Parte do pressuposto que um processo de gestão do trabalho humanizado impacta diretamente no processo de promoção e prevenção e recuperação da saúde.

As análises dos dados e discussão dos resultados estão estruturadas em três momentos. No primeiro, será feita uma abordagem histórica da construção da Política de Saúde e do SUS. Em seguida será feito uma discussão sobre as interfaces da Política de Humanização e da política de Promoção da Saúde, por fim, será feito um debate sobre os desafios e limites da efetivação da política de humanização.

Metodologia

Para concretização da pesquisa utiliza-se como instrumentos e aspectos metodológicos a revisão de literatura com base em livros, periódicos e produções científicas e análise documental perfazendo uma avaliação dos indicadores e direcionamentos da Política de Promoção da Saúde e Humanização.

Resultados e Discussão

POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL: PERCURSOS E DILEMAS

A política de saúde perpassou por diversos processos históricos materializados no início do século XVIII à XX, trazendo oscilações em seu ápice. No cenário brasileiro temos a presença desta política a partir do século XX, com intervenção estatal com a inserção da Lei Eloy Chaves 1923 (para contribuintes), entretanto, sua origem é embasada na filantropia, posteriormente em virtude das transformações socioeconômicas e políticas onde ocorrem iniciativas no âmbito público da saúde, baseada em campanhas restritas e focalizadas, resultando na instigação de movimentos da classe trabalhadora em busca da melhoria e qualidade da saúde.

Diante do contexto, a saúde acabou sendo vista pelo estado como questão social, que necessitava uma atenção mais sofisticada por está mobilizando a classe trabalhadora, que se encontrava em condições subumanas de higiene, saúde e habitação, em face do crescimento exacerbado da urbanização.

A questão em xeque no Brasil exigiu um debate mais aguçado embasado em temáticas mais coesas e objetivas com intuito de aprimorar o real conceito de saúde, questionando a dimensão técnica e ampliando a democracia com temáticas discutidas em Conferências que marcaram o processo de criação da política da saúde, como destacada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, que trazia como propostas:

A universalização, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas de âmbito estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – Conselhos de Saúde (BRAVO, 2008, p.96)

Ressalta-se desta maneira a relevância da Conferência supracitada, que trouxe fundamentos para criação das diretrizes e inserção da sociedade civil assim como as entidades representativas, transbordando da setorialidade para totalidade.

“Assim com a conquista da Constituição Cidadã de 1988, expõe em seu texto no Título VIII – “Da Ordem Social” que dispõe no seu artigo 193 “A ordem social tem como base o primado do trabalho e como objetivo o bem estar e a justiça sociais”, conquistas estas, como a saúde que teve significativos avanços em termos “constitucional” uma ficção comparada a realidade vivenciada, que menciona ainda no artigo 196 que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”, estando a diretriz universal, consagrada a abstração, pois esta ainda não se efetivou. Com a emergência da CF88, deu-se a instituição do Sistema Único de Saúde –SUS, regulamentada pela lei nº 8.080 e 8142 de 1990, oriundo de lutas permanentes advindas do proletariado, que buscava assegurar a saúde como política pública e de direito garantida pelo Estado.

A POLÍTICA DE PROMOÇÃO E AS INTERFACES COM A HUMANIZAÇÃO

Com a emergência e a concepção da saúde, viu-se a necessidade de formular e/ou implantar estratégias para o melhor acolhimento/atendimento da relação entre usuário, gestor e o próprio trabalhador da saúde (perspectiva de cogestão). Já que em virtude do sistema vigente o real sentido de viver vem sendo abordado de maneira fragmentada e individual, advinda da onda pós-moderna que assola as relações sociais e consequentemente os processos de trabalho¹, fragilizando assim a inter-relação entre os protagonistas e a efetivação do tripé: promoção, proteção e recuperação da saúde, que visa priorizar a qualidade de vida dos sujeitos, entretanto os responsabilizam pelas mudanças ocorridas no processo saúde adoecimento.

Diante do contexto observou-se a necessidade de lapidação desta política, criando ramificações na saúde, que venham favorecer o desempenho da relação de cogestão, com isso tem-se no SUS a Política Nacional da Humanização e de Promoção da saúde como direcionador das ações da saúde. De acordo com a política nacional de promoção:

A saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. (Ministérios da Saúde, 2010 p. 12)

Diante dos percalços da promoção e humanização da saúde, nota-se um diálogo pertinente entre ambas as políticas, para (PEREIRA e BARROS, 2014) define-se, assim, a ‘[humanização](#)’ como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde, bem como os demais sistemas e tecnologias desenvolvidas, nota-se a construção das ações preocupadas em responder às necessidades sociais e humanas em saúde.

Humanização é a ação de tornar humano, de tornar afável. A mesma pode ocorrer em diversas áreas, sendo que, onde esta ocorre são desenvolvidas melhores e mais humanas condições para os indivíduos. A humanização na saúde sugere uma transformação na gestão dos sistemas e serviços desta, a qual busca a transformação na forma de interação entre os usuários e profissionais da área, como também procuram melhores condições para estas duas categorias.

Deste modo, foi lançado em 2003, o HumanizaSUS, com o objetivo de melhorar o Sistema Único de Saúde, implantado desde 1990, a qual traz um sistema único, descentralizado, direito de todos e com participação da sociedade. No entanto, observamos, os entraves e problemas que assolam o SUS, desta forma, a Política Nacional de Humanização vem com o intuito de sanar várias problemáticas que permeiam a atuação e consolidação de forma efetiva do SUS.

Tal problemática implica na operacionalização do cuidado e do atendimento na saúde, tendo em vista uma amplitude de limites e desafios que entravam à correlação de ambas as políticas. A intersetorialidade que para (PAIM 2006) é uma categoria central perpassa por uma gama de dificuldades e de possibilidades para sua concretização.

HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: DESAFIOS E LIMITES

A Política Nacional de Humanização foi instituída em 2003, com objetivos desafiantes diante de uma conjuntura econômica complexa e contraditória, no que se diz respeito à onda neoliberal que trás perspectiva de minimização do Estado. Objetivos esses que buscam efetivar os princípios do SUS, quais sejam universalidade, equidade e integralidade no âmbito das relações institucionais e também humanas, produzindo mudanças na concretude das ações e do cuidado. Ver-se que:

Vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, a PNH conta com equipes regionais de apoiadores que se articulam às secretarias estaduais e municipais de saúde. A partir desta articulação se constroem, de forma compartilhada, planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde. (Cartilha o que é a PNH, Brasília, 2013)

O HumanizaSUS como é conhecida a PNH, prevê também a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores para a ocorrência de uma maior comunicação entre estes, corroborando para o melhoramento e expansão de serviços, promovendo assim estratégias eficazes na promoção da saúde a qual proporciona mudanças objetivas e subjetivas no processo de promoção da saúde.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional. (RIOS, 2009 p.10)

Baseada em princípios como a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo e autonomia dos sujeitos e coletivos, demonstra a relevância de se trabalhar em rede na produção de cidadãos de direitos e efetividade destes, colocando o sujeito de direito no centro de atenção.

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (RIOS, 2009 p.11).

¹ Para Maiores informações sobre a condição pós-modernidade ver David Harvey (2010).

Então, faz-se necessário o entendimento que a humanização na saúde proporciona confiança entre usuários, trabalhadores e gestores, criação de vínculos e de compromisso, levando-se em consideração que os indivíduos e suas relações sociofamiliares são corresponsáveis pela obtenção e manutenção de sua saúde.

A Humanização na área da Saúde surgiu do legítimo anseio das pessoas, trabalhadores e usuários dos serviços, pela melhoria das práticas de Saúde. Inicialmente voltada às ações de ambiência, acolhimento, cidadania, e reconhecimento do campo da subjetividade no atendimento, foi ganhando consistência prática e conceitual, passando da situação de ações humanizadoras, para a de programa, chegando à condição de política pública do SUS.(RIOS, 2009 p.168).

Uma vez que a mesma se encontra em um contexto de construção a qual precisa ser articulada a uma série de processos, para sua materialização e concretização, sobretudo na perspectiva do direito, carece de: um financiamento digno, uma sistematização política que torne exequível para a realidade de diversos contextos, tendo como núcleos de contribuição à educação permanente, participação popular e a promoção da saúde que tem como princípios a humanização do cuidado e a qualidade dos serviços.

Conclusão

Observa-se que o SUS vem perpassando por uma gama de conquistas favorecendo a perspectiva da cidadania e os princípios estruturantes da política de saúde brasileira. Em contra partida, esses novos mecanismo vai exigindo algumas mudanças nos processos de gestão e de trabalho.

Ver-se que há uma interlocução pertinente entre a política de humanização e de promoção da saúde, uma vez que os atores envolvidos nesse processo fazem parte de um contexto e de um cenário de produção da saúde, e que essa interligação passa a ser um amplo desafio para sua concretização em detrimento de fatores políticos, sociais, culturais e econômicos.

Do ponto de vista de conjuntura, o neoliberal atrelado a onda pós-moderna passa a ser um dos principais fatores de fragilização das políticas públicas e da perspectiva da intersetorialidade. Uma vez que a promoção e a humanização são paradigmas que necessita de mudanças estruturais e coletivas.

Referências

BEHRING, Elaine Rossetti e ALMEIDA, Maria Helena Tenório (orgs.). Trabalho e seguridade social: percursos e dilemas. São Paulo Cortez, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/1992 a 64/2010, pelo Decreto Legislativo no 186/2008 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/1994. – 32. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010.

BRASIL, Ministérios da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. – 3. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Política de Saúde no Brasil. In: Ana Elizabete... [et al.], (orgs.). Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional. 3. Ed – São Paulo: Cortez, 2008.

_____; MENEZES, Juliana Souza Bravo de. SAUDE, SERVICO SOCIAL, MOVIMENTOS SOCIAIS E CONSELHOS: desafios atuais. São Paulo: Cortez, 2012

HARVEY, David. Condição pós-moderna. Edições Loyola. 2010

LEI Nº 8.080, De 19 DE SETEMBRO DE 1990: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acessado em 01 de Outubro de 2013.

LEI Nº 8.142, De 28 DE DEZEMBRO DE 1990: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acessado em 01 de Outubro de 2013.

Ministério da saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS** . Brasília: Ministério da Saúde, 2004

PAIM, Jarminilson Silva. Desafios para Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador, EDUFBA, 2006.

PEREIRA, Eduardo Passo Pereira. BARROS, Regina Duarte Benevides. Humanização. In: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>. Acesso de 20 de Agosto de 2014.

RAICHELIS, Raquel. Democratizar a gestão das políticas sociais - um desafio a ser enfrentado pela sociedade civil. In: MOTA, Ana Elizabete... [et al.], (orgs.). Serviço Social e saúde - formação e trabalho profissional. 3. Ed – São Paulo: Cortez, 2008.

RIOS, Izabel Cristina. Caminhos da humanização na saúde: Prática reflexão. São Paulo: Aurea, 2009.

Agradecimentos

À Deus pela vida, por ser o criador e consumidor da nossa fé.

A nossos Professores Renan Alves e Lais Almeida pelo incentivo ao conhecimento.

A Faculdade Vale do Salgado (FVS). Por nos oportunizar o conhecimento e nosso processo de formação.

A POLÍTICA DE SAÚDE MENTAL NO BRASIL E OS CAPS COMO ESTRATÉGIA SUBSTITUTIVA AOS HOSPITAIS PSIQUIÁTRICOS: UM PROCESSO DE DESINSTITUCIONALIZAÇÃO?

Autora: Ana Caroline da Silva Nascimento- Universidade Estadual do Ceará (e-mail: Caroline_safira@yahoo.com.br).

Autora (Orientadora) – Profa. Dra. Liduína Farias Almeida da Costa- Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Política de Saúde Mental. Reforma Psiquiátrica. Centro de Atenção Psicossocial. Desinstitucionalização. Avaliação.

Resumo

O objeto da pesquisa que deu suporte ao presente trabalho foi a função de desinstitucionalização dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Objetivo: compreender o contraponto entre desinstitucionalização e institucionalização no campo da saúde mental no Brasil, as estratégias de desinstitucionalização de um CAPS de Fortaleza/Ceará e os referenciais de avaliação dos familiares de usuários a este respeito. Metodologia: pesquisa bibliográfica, documental e de campo. A bibliográfica priorizou Goffman (1990) e Amarante (1995). Na documental examinou-se o Manual do Ministério da Saúde sobre o CAPS e documentos institucionais do CAPS onde se realizou a pesquisa de campo (CAPS GERAL I – Nise da Silveira). Os sujeitos do estudo foram familiares de usuários que os acompanham no atendimento. A amostra constitui-se por saturação, chegando a vinte entrevistados. Os instrumentos foram a entrevista semiestruturada e a observação. Resultados: A institucionalização, segundo Goffman (1995), visa à mortificação do “eu” do internado: rebaixamento, humilhação, degradações e profanações das disposições sociais trazidas pelo interno. Quanto à desinstitucionalização, segundo Amarante (1995) inclui uma crítica ao conceito de patologia, propõe a concepção de território psiquiátrico e novos serviços, a ampliação do número de pessoas atendidas e das possibilidades de intervenção técnica. Os entrevistados reconhecem apenas parcialmente a função de desinstitucionalização do CAPS, pois enfatizam as dificuldades na marcação de consultas psiquiátricas e distribuição de medicamentos. Conclusão: A concretização da função desinstitucionalizadora do CAPS ainda é obstaculizada pela restrição do número de profissionais, pela carência de condições das famílias e pelo imaginário social constituído sobre a loucura, ainda estigmatizante.

Introdução

No Brasil, tal como na imensa maioria dos países ocidentais, por mais de um século e meio a institucionalização foi a principal estratégia direcionada às pessoas com transtornos mentais, os loucos como eram nomeados. Estas estratégias consistiam em um conjunto de práticas desumanas adotadas principalmente pelos hospitais psiquiátricos especializados, resultando num modelo excludente e centralizador, que reproduzia o estigma da loucura.

Somente no contexto de transformações políticas e sociais dos anos 1970, começou-se a criticar a assistência psiquiátrica no Brasil e a desenhar uma proposta com vistas à desinstitucionalização, a qual, segundo Amarante (1995), nasceu como crítica ao modelo hospitalocêntrico e visa uma ampliação do território psiquiátrico, ou seja, aumentam o conceito de patologia para o de desvio, desajustamento, propiciando o surgimento de inúmeros novos serviços, ampliando o número de pessoas atendidas e aumentando as possibilidades de intervenção técnica.

O processo de desinstitucionalização mediante a progressiva redução de leitos em hospitais psiquiátricos no Brasil tem início na década de 1990, intensificando-se em 2002 com iniciativas do Ministério da Saúde ao instituir mecanismos direcionados ao processo, considerando que a construção de uma rede comunitária de cuidados seria fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica.

A ideia fundamental era a de que somente uma organização em rede, e não apenas um serviço ou equipamento, é capaz de fazer face à complexidade das demandas de inclusão de pessoas secularmente estigmatizadas pelo processo de institucionalização, em um país de acentuadas desigualdades sociais e regionais. Somente a articulação em rede de diversos equipamentos e serviços da cidade, e não apenas equipamentos de saúde, além de Leis de alcance nacional, poderiam garantir resolutividade, promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais. Assim sendo, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's), entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental teriam grande valor estratégico para a desinstitucionalização, configurando uma possibilidade de organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país, no contexto da rede de serviços.

PITTA (1996) considera os CAPS como estruturas terapêuticas intermediárias entre a hospitalização integral e a vida comunitária, tendo a função de cuidar de pessoas com problemas psiquiátricos graves, mais frequentemente egressos de internações em hospitais psiquiátricos e que eles deveriam ser substitutivos, e não complementares ao hospital psiquiátrico. De fato, segundo a autora, estas instituições são o núcleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento, inclusive na avaliação desses equipamentos de promoção de saúde mental.

Metodologia

A pesquisa realizada foi de natureza qualitativa que, segundo Minayo (1994) responde a questões muito particulares que não podem (ou não deveria ser) quantificadas, porque trabalha com o universo dos significados, dos valores e das atitudes. Inspirando-se em Bachelar (1995), considerou-se o CAPS GERAL I – Nise da Silveira – Fortaleza/Ceará, já mencionado no resumo, como “caso particular do possível”, porque propicia não a generalização, mas uma aproximação acerca de outros CAPS's no que se refere aos resultados da pesquisa. O percurso da pesquisa consistiu em aprofundamento bibliográfico, exame de fontes documentais e trabalho de campo. No primeiro, priorizaram-se as obras de Goffman (1990) e Amarante (1995) visando à compreensão do contraponto entre desinstitucionalização e institucionalização. Na fase documental, além do exame ao Manual /CAPS (Ministério da Saúde) e documentos institucionais do CAPS Geral I - Nise da Silveira, examinou-se a Lei 10.216, de 16 de Abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental e a Portaria 224/ 92, que estabelece Diretrizes e Normas para o Atendimento em Saúde Mental. A pesquisa de campo foi realizada no CAPS ora mencionado, e os sujeitos do estudo foram familiares que acompanham os usuários no decorrer do atendimento. A amostra foi constituída por saturação, e mediante inclusão progressiva chegou-se a um total de vinte entrevistados. Os instrumentos utilizados foram a entrevista semiestruturada (construída com base nos referenciais de avaliação dos familiares dos usuários) e a observação em profundidade.

Destaca-se que, em razão da natureza qualitativa da pesquisa, não se adotou a definição de efetividade que visa apenas o cumprimento de metas, em razão de considerá-la restrita quando se trata de avaliar serviços de saúde mental, especialmente os que são ofertados pelo CAPS.

Assim compreendendo, optou-se por reconhecer como parâmetro de efetividade aquilo que é real para as famílias de usuários do CAPS, tanto em termos de atendimento recebido, como do cumprimento das funções do CAPS. Buscou-se uma aproximação com os

parâmetros que são construídos e validados pelos familiares dos usuários a partir das condições reais que eles encontram no CAPS os quais, evidentemente, têm referências também nas suas vivências enquanto pessoas (reais) que convivem com familiares em sofrimento mental, assim como no imaginário e nas representações que, ao longo de gerações, essas pessoas (reais) construíram sobre a “doença mental” e os respectivos serviços públicos disponíveis.

Quanto à análise, destaca-se que o material coletado durante a pesquisa foi analisado segundo o método hermenêutico-dialético. Conforme Minayo (1994), nesse método a fala dos atores sociais é situada em seu contexto para melhor ser compreendida. “Essa compreensão tem, como ponto de partida, o interior da fala. E, como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala” (MINAYO, 1994, p.77).

Para tanto, seguiram-se passos específicos, sugeridos por esta autora, de modo que: inicialmente procedeu-se a ordenação dos dados obtidos, fazendo, paralelamente, uma releitura dos textos teóricos que subsidiaram as noções de institucionalização e desinstitucionalização, assim como das fontes documentais supra mencionadas; em seguida fez-se a classificação dos dados principais e mais relevantes para os propósitos da pesquisa buscando chegar-se a categorias pertinentes à pesquisa específicas e; finalmente realizou-se a análise final, quando procurou-se estabelecer articulações entre os dados e informações obtidos na pesquisa empírica e os referenciais teóricos, principalmente àqueles ligados a noção de institucionalização e desinstitucionalização, buscando-se dessa forma estabelecer conexões entre os dados gerais e os dados particulares surgidos durante o estudo específico.

Resultados e Discussão

Os propósitos e significados da institucionalização foram encontrados na obra de Goffman (1995), entre os quais a mortificação do “eu” do internado, através do rebaixamento, da humilhação, das degradações e das profanações do conjunto de disposições sociais trazidas pelo interno, advindas do mundo doméstico. Ou seja, as concepções que o indivíduo tem de si mesmo e daqueles que lhe parecem significativos são paulatinamente desfeitas durante sua estadia nas instituições totais; busca-se romper com as relações externas que a pessoa internada mantinha anteriormente ao processo de institucionalização, qual seja, a barreira que tais instituições colocam entre o internado e o mundo externo. É comum a proibição das visitas vindas de fora e das saídas do estabelecimento, o que garante essa ruptura inicial, que para o processo de institucionalização, será necessidade primordial para que a pessoa internada venha a assimilar as novas regras e conduta impostas pela instituição; a perda de propriedade e bens por parte do internado acarreta ainda mais a mortificação do “eu”, a propriedade mais significativa que este perde é o seu próprio nome, já que nas instituições totais é comum a substituição de seus nomes por números de prontuários. Também é comum a perda da identidade pessoal, já que ao internar-se em uma instituição total, a pessoa internada tem seus pertences pessoais confiscados e trocados por outros da própria instituição. Junto com a perda da identidade pessoal vem atrelada a desfiguração pessoal, que ocorre através de processos de mutilações diretas e permanentes do corpo; as instituições totais perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil têm o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo – que é uma pessoa com decisões “adultas”, autonomia e liberdade de ação, ou seja, esta prova da autonomia da pessoa é enfraquecida por algumas obrigações específicas – por exemplo, precisar escrever uma carta semanal para a família, ou ser obrigado a não expressar mau humor. A perda de decisão pessoal é uma das características mais marcantes nas instituições totais.

Segundo Amarante (1995), a noção de desinstitucionalização, era entendida basicamente como um conjunto de medidas de desospitalização e, seus princípios fundamentais eram: prevenção de internações inadequadas, elegendo alternativas sociais comunitárias para o tratamento; ressocialização dos internos que apresentem preparo adequado; criação de um sistema de suporte comunitário para egressos ou outros que precisem de serviços em saúde mental.

Como contraponto à institucionalização, encontram-se nas reflexões de Amarante (1995) uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, visando uma ampliação do território psiquiátrico, ou seja, aumentando o conceito de patologia para o de desvio, desajustamento, propiciando o surgimento de inúmeros novos serviços, ampliando o número de pessoas atendidas e aumentando as possibilidades de intervenção técnica, busca-se o acompanhamento da pessoa com transtorno mental não exclusivamente pelo psiquiatra, como acontecia nos hospitais psiquiátricos, mas a visão de complementariedade a partir da participação de outros profissionais como, por exemplo, o Psicólogo, a Assistente Social, o Terapeuta Ocupacional, dentre outros. A priorização que se busca na nova lógica do trato do transtorno mental, ou seja, na visão de desinstitucionalização, é justamente o acompanhamento da pessoa com transtorno mental sem precisar tirá-la do seio familiar e nem tampouco do convívio comunitário. Privilegia-se a reabilitação psicossocial da pessoa com transtorno mental, que por vários anos teve, sumariamente, sua cidadania tutelada as longas internações psiquiátricas.

O direito da pessoa com transtorno mental de circular pela cidade e recuperar as principais relações sociais que existia anteriormente as internações psiquiátricas é condição máxima para que a Política de Desinstitucionalização ocorra de forma efetiva para toda a sociedade.

Entre as estratégias que revelam possibilidades de desinstitucionalização foram percebidas por meio de práticas cotidianas de profissionais como: as atividades voltadas para os usuários, com o objetivo de recuperar a autoestima e o poder de decisão dos mesmos; as atividades com os familiares, que visam aproximar os mesmos da realidade de seus entes queridos com transtorno mental. Entretanto, existem vários obstáculos, entre eles: a mudança constante dos profissionais de referência adotados pelos usuários, já que estes, na maioria das vezes, têm contratos temporários com a instituição, a falta de tempo disponível por parte dos familiares dos usuários, já que estes alegam ter de trabalhar para suprirem as necessidades da família e principalmente a falta de informações por parte dos familiares quanto às atividades realizadas pelo CAPS Geral I-Nise da Silveira.

Entretanto, os familiares dos usuários (entrevistados) reconhecem apenas parcialmente a função de desinstitucionalização do CAPS, pois enfatizam primordialmente as dificuldades enfrentadas na marcação de consultas com psiquiatras e na distribuição de medicamentos.

Conclusão

Os referenciais de avaliação dos familiares de usuários (entrevistados) acerca da efetividade do CAPS Geral I – Nise da Silveira em Fortaleza/Ceará ainda se voltam para algumas das práticas que estes vivenciaram no passado com o processo de institucionalização nos hospitais psiquiátricos, de modo que uma parte dos ideais desse processo parece ainda permanecerem viva, pelo menos em parte, nas memórias desses familiares e no imaginário social de determinados segmentos sociais. A maioria desses familiares parece ainda não ter assimilado os propósitos do referido CAPS como equipamento estratégico para a substituição das internações psiquiátricas, ou seja, como estratégia privilegiada para o êxito da desinstitucionalização.

Entretanto, é necessário compreender-se que existem motivos para tanto, a exemplo do imaginário instituído sobre a loucura e todos os estigmas daí decorrentes como resultante não só dos processos de institucionalização, mas também em razão das ambivalências das relações familiares que nem sempre são favoráveis ao “doente”; devido às condições reais de vida das famílias e pelo fato de que

muitas vezes os familiares interrompem seus projetos de vida porque, segundo eles mesmos “carregam o doente nas costas”.

A visão construída cotidianamente e de forma real acerca dos reais objetivos do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I - Nise da Silveira pelos familiares entrevistados deve ser levada em consideração, não para desqualificar os referenciais de avaliação da efetividade apresentados pelos familiares, mas para compreender mesmo superficialmente o sofrimento que elas também vivenciam ao terem um membro da família com transtorno mental e as condições reais que os fazem eleger tais referenciais. Em síntese, existe a efetividade pensada como resultado para aferir o que foi idealizado como assistência psiquiátrica, mas existe também a efetividade como a realidade vivenciada cotidianamente pelos familiares dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I- Nise da Silveira.

Referência

AMARANTE, PAULO. Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro: 11(3): 491- 494 jul./set, 1995.

BACHELARD, Gaston. O novo espírito científico. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1995.

BRASIL- Portaria 224/ 92. Estabelece Diretrizes e Normas para o Atendimento em Saúde Mental. Brasília: Diário Oficial da União, 1992.

GOFFMAN, ERVING. Manicômios, Prisões e Conventos. 3ªed. São Paulo: Perspectiva, 1961.

_____. Lei 10.216, de 16 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistência em saúde mental.

MANUAL/CAPS, Brasília- DF, 2004.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

PITTA, A. (org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. Ed. HUCITEC. São Paulo, 1996.

SAMPAIO, JOSÉ JACKSON. COELHO. et. al. “A Experiência do Centro de Atenção Psicossocial e o Movimento de Reforma Psiquiátrica”. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. São Paulo: Hucitec, 1996.

Agradecimentos

À minha mãe, que com carinho e apoio, não mediu esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.

A pessoa tão especial em minha vida, Regina Célia Silva Melo, que com sua paciência, esforço e incentivo me levou a renovar minhas forças em momentos de incertezas.

A Profa. Dra. Liduína Farias Almeida da Costa, por seu apoio, credibilidade e inspiração no decorrer da minha jornada acadêmica e no amadurecimento do meu conhecimento e conceitos que me levaram a execução e conclusão deste trabalho árduo, mas prazeroso.

Á minha amiga de todas as horas, Assistente Social Patrícia de Araújo Alves, pelos momentos que eu estive ausente e ela tão generosamente levou nosso setor a diante.

Ao Dr. Lázaro Guimarães, pelo incentivo e credibilidade depositados na execução do meu projeto de pesquisa.

A Prefeitura Municipal de Fortaleza, na pessoa do Sr. Roger (COGETS), pelo apoio e empenho na aprovação do meu projeto de pesquisa.

A Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Geral I, Constância Alice Lemos Pontes, e aos demais funcionários, pelo suporte e referencial que me fortaleceram e me encorajaram para que eu prosseguisse nas minhas pesquisas.

A todos os usuários do CAPS Geral I- Nise da Silveira, em especial, aos familiares dos usuários, que tão solícitos confiaram na seriedade da minha pesquisa e abriram-se em gestos e palavras.

Aos amigos e colegas pelo incentivo e apoio constantes.

A POTENCIALIDADE DA AIDS NA TERCEIRA IDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lara Laise Alves da Silva (apresentador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte / laralaise.a@hotmail.com
Eva Jordana de Oliveira Dutra – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Rafaela Araújo Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Sohara Ohana Telémaco de Freitas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Bruna Rodrigues Monteiro – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Gilson de Vasconcelos Torres (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: AIDS.Brasil.Idosos.

Resumo

Objetivo: explicar, os encontros semanais, do projeto desenvolvido com os grupos de idosos da Secretaria de Assistência Social no município de Parnamirim/RN. Método: Estudo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, vivenciada por discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, durante as ações educativas realizadas pelo projeto: “Educação em Saúde: em foco a prevenção do HIV/AIDS nos idosos do Município de Parnamirim/RN”. A ação ocorreu no mês de Janeiro/julho de 2014, no município de Parnamirim, Estado do Rio Grande do Norte. Beneficiando seis grupos de convivência do centro, por estar em funcionamento nos dias das ações desenvolvidas. Resultados: É perceptível, a partir das palestras ministradas, a receptividade e a curiosidade sobre o tema abordado no núcleo de assistência ao grupo de idosos. Ao discorrer das explicações pode-se observar o estigma social que ainda está presente na sociedade como um todo; o desconhecimento sobre a transmissão e prevenção da doença e a cultura conservadora que impede, muitas vezes, a procura ao sistema de saúde.

Introdução

Considerada um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é uma doença infectocontagiosa, crônica, grave e emergente que vem se disseminando no decorrer das décadas¹. Diferenciada pelo seu caráter pandêmico e pela sua alta potencialidade no quis diz respeito à saúde e ao estado imunológico do paciente, o vírus da AIDS (HIV- vírus da imunodeficiência humana) ataca de forma gradativa as células TCD4+ do organismo.

Os primeiros casos notificados no Brasil datam em meados do ano de 1980. Desde seu surgimento no país, até junho de 2012, mais de 656.701 casos de AIDS (condição em que a doença já se manifestou) foram registrados, nos quais se encontram como prevalentes homens de maior escolaridade, gays adultos, e/ou pertencentes a grupos de risco, tais como usuários de drogas injetáveis e hemofílicos.^{2/3}

Além do aumento significativo do número de mulheres em idade fértil infectadas pelo HIV, observa-se um quadro curioso que merece destaque, onde em decorrência do aumento da expectativa de vida e de novas tecnologias como as que prolongam a vida sexual, crescentes valores de idoso portadores deste vírus tem caracterizado o processo de envelhecimento dessa epidemia e demonstra mais uma forte mudança no perfil da AIDS no Brasil.

O aumento no número de idosos contaminados caracteriza-se pelo fato da população não conseguir enxergá-los como sujeitos sexualmente ativos. Logo, essa realidade até então ignorada emerge como um problema de saúde pública, ou seja, a sexualidade dos idosos vem à tona, não pela sua negligência ou anulação, mas pela doença que é o HIV/AIDS (MELO et al., 2012).

Em uma perspectiva de continuidade do sistema, escolheram-se os CRAS de Parnamirim para desenvolver em virtude do melhor funcionamento do projeto nessa região viabilizando um maior número de idosos recebendo as informações.

Através desse relato de experiência, objetiva-se explicar, os encontros semanais, do projeto desenvolvido com os grupos de idosos da Secretaria de Assistência Social no município de Parnamirim/RN. Dentro dessas atividades, coube aos alunos membros deste projeto de extensão informa-los sobre a AIDS, colaborar com o diagnóstico precoce da doença, informar sobre a prevenção através de educação em saúde e minimizar as atitudes discriminatórias e as denominações pejorativas dirigidas aos portadores desta enfermidade.

Metodologia

Estudo com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência, vivenciada por discentes do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, durante as ações educativas realizadas pelo projeto: “Educação em Saúde: em foco a prevenção do HIV/AIDS nos idosos do Município de Parnamirim/RN”.

O CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) é uma unidade pública estatal descentralizada da política de assistência social sendo responsável pela organização e oferta dos serviços socioassistenciais da Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nas áreas de vulnerabilidade e risco social dos municípios e DF.

A ação foi desenvolvida nos meses de Janeiro a julho de 2014, no município de Parnamirim, Estado do Rio Grande do Norte, local este escolhido estrategicamente para realização das atividades de extensão, por apresentar 16 unidades que abrange áreas distintas e com padrões diversificados. No total, seis destes 16 grupos de convivência do referido centro foram beneficiados, uma vez que apenas estes se encontravam disponíveis para acolher nossas ações nas datas previstas conforme o projetado.

Sob uma perspectiva de continuidade e elaboração dos trabalhos já comuns na instituição e com o acesso garantido pela Secretaria Municipal de Assistência Social, o grupo de idosos foi designado como público alvo. O critério de inclusão utilizado para participação de todos eles nas atividades a serem postas em prática consistiu no convite direcionado a todos os componentes dos grupos que se encontravam em condições ativas no CRAS e que apresentassem disponibilidade para estarem presentes nos dias dos encontros marcados. Foi obtida uma média de 15 integrantes em cada grupo, totalizando cerca de 90 beneficiados.

Como tudo que deve ser desenvolvido pautado na ética, compromisso, responsabilidade e acima de tudo conhecimento, o supracitado projeto também se voltou para essas questões relevantes. Antes do primeiro contato com os idosos, foi aplicada a todos os discentes envolvidos no projeto, uma oficina de capacitação e treinamento clínico sobre HIV/AIDS e quais as formas mais viáveis de se consolidar um vínculo amigável com os idosos, com subsequente planejamento das ações a serem postas em prática. Desta forma, todos os alunos que de forma direta ou indireta tiveram contato com esse público, encontravam-se devidamente aptos e treinados para iniciar um diálogo agradável e produtivo entre os membros dos grupos, com estabelecimento de confiança entre o falante e o ouvinte e consequente favorecimento no processo de comunicação e aceitação das informações repassadas.

A realização das ações nas diversas unidades beneficiadas foi iniciada com uma dinâmica de apresentação dos participantes. Essa ocorreu em formato circular, em que cada integrante informava seu nome, idade e sua principal característica, finalizando com a

retrospectiva das informações, na qual cada usuário teria que lembrar e citar novamente os dados da pessoa que estava ao seu lado, estimulando dessa forma a memorização e a atenção.

Discorrendo a respeito dos subsequentes encontros, a educação em Saúde com os integrantes das unidades sócios assistenciais presente foi sendo trabalhada gradativamente, em sistema de rodízio entre os grupos de discentes ministradores e os idosos, acontecendo quatro reuniões com intervalos de 15 dias e cada encontro com duração de até aproximadamente 2 horas.

Foi desenvolvida ainda, nos encontros que se seguiram, uma roda de conversa, onde usamos como instrumento balões de borracha contendo perguntas simples e variadas relacionadas ao HIV/AIDS, englobando a forma de transmissão, tratamento e cuidados relacionados a esta doença bem como a manutenção da saúde. Esta metodologia de diálogo teve como objetivo avaliar o grau de conhecimento dos integrantes do grupo a respeito da AIDS, como forma de aperfeiçoar e adaptar as informações e ensinamentos que posteriormente seriam repassados, além de verificar, através de novo teste, se o que foi dito foi realmente captado. Visando desconstruir o momento, foi solicitado que eles escolhessem uma música para ser reproduzida no som, onde a mesma serviria de subsídio para a passagem dinâmica dos balões de mão em mão até o momento em que seria interrompida. Quem estivesse com o balão neste momento, iria responder a pergunta que o acompanhava.

Nos encontros seguintes explanamos o que seria a AIDS, formas de transmissão, atitudes preventivas, sinais e sintomas. Foi evidenciado ainda como é o cotidiano de um portador dessa doença, a fim de desvendar mitos e depurar verdades como forma de minimizar o estigma que percorre décadas. O projeto foi finalizado com uma pequena confraternização e resgate do que foi trabalhado, momento este no qual foi confirmada a evolução do conhecimento dos idosos a respeito da temática abordada além da consciência que obtiveram a respeito das práticas preventivas, nosso maior objetivo.

Resultados e Discussão

É perceptível, a partir das palestras ministradas, a receptividade e a curiosidade sobre o tema abordado no núcleo de assistência ao grupo de idosos. Ao discorrer das explicações pode-se observar o estigma social que ainda está presente na sociedade como um todo; o desconhecimento sobre a transmissão e prevenção da doença e a cultura conservadora que impede, muitas vezes, a procura ao sistema de saúde.

Com base no que foi vivenciado percebemos a presença do estigma social, devido às expressões utilizadas pelos idosos no desenvolver da atividade, sendo assim, em parte, um tanto preconceituosos pelo desconhecimento acerca da transmissão da doença, chegando a viver de forma desagradável e apreensível, tirando o fato de que as pessoas infectadas acabam se distanciando do viver social. Porém, em um dos núcleos do projeto tivemos o prazer de observar a convivência dos idosos, de forma amigável, com uma integrante portadora do Vírus HIV/AIDS.

No desenvolvimento da atividade ressaltamos a devida importância às maneiras de transmissão e prevenção da doença, sendo este o assunto mais questionado pelos idosos, por não terem, geralmente, acesso a informação. Além de ser o foco principal do projeto. Porquanto, a AIDS trata-se de uma realidade “recente” para esta faixa etária, pois é bem verdade que a sociedade não enxerga o grupo alvo pertencente à população sexualmente ativa, sendo assim preconizados até mesmo pelo sistema de saúde. Deste modo é justificável a curiosidade exacerbada e a escassez de conhecimento.

Na mesma linha de pensamento identificamos certa resistência com relação à prevenção da doença, demonstrada pela negação sobre a realização de exames diagnósticos para a AIDS, o que foi predominantemente masculina. Isto pode ser evidenciado pela presença da cultura conservadora a que este gênero pertence, dificultando a assimilação e aceitação da educação em saúde relacionada ao processo saúde-doença. Tal fato pode ser precursor do aumento da incidência de AIDS na população idosa.

Conclusão

As ações de promoção à saúde são de suma relevância no contexto da incidência da AIDS na população idosa, porquanto através destas, é possível possibilitar o acesso à informação. Portanto, serão capazes de discernir sobre os determinados riscos potenciais às suas integridades, diminuindo às possibilidades de infecção com o vírus. A vivência com o grupo de idosos foi realmente crucial para a compreensão da razão pela qual o perfil da AIDS vem mudando crescentemente no que diz respeito ao seu caráter de acometer pessoas da terceira idade. Foi possível identificar a forte exclusão social na qual essa classe tão vulnerável está sujeito e como reflexo disto observa-se uma maior predisposição para a aceleração do seu processo saúde-doença, seja por sua invisibilidade diante da sociedade, seja pela falta de perspectiva de uma boa qualidade de vida muitas vezes impostas pelos padrões atuais. Avaliamos ainda que as atividades educativas atuam como fator primordial na conscientização quanto ao preconceito existente com os indivíduos diagnosticados com a doença. Esta conscientização inclui também o quesito do machismo, que cedeu lugar a uma mínima resistência ao falar sobre sua sexualidade e aceitar a proposta de realização de testes diagnósticos, uma vez que estão providos de conhecimento sobre a importância da sua prevenção. Assim, é bem verdade, que colocando em prática nos sistemas de promoção em saúde estas ações envolvendo diálogo e esclarecimentos, certamente resultados satisfatórios de aprendizagem e prática serão alcançados e isto proporcionará o surgimento de novos padrões de envelhecimento e diminuição da potencialidade da AIDS nos idosos como também do estigma

Referências

1. Araujo VLB, Brito DMS, Gimeniz MT, Queiroz TA, Tavares CM. Características da AIDS na terceira idade em um hospital de referência do Estado do Ceará. Rev bras epidemio [internet]. 2007 [cited 2013 Mar 10];10(1):544-54. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415790X2007000400013&script=sci_arttext
2. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS – DST. Brasília [internet]. 2011 [cited 2013 Mar 11]. Available from: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2011>, Silva SFR, Pereira MRP, Neto RM, Ponte MP, Ribeiro IF, Costa TF et al. AIDS no Brasil uma epidemia em transformação. Rev bras anal clin [internet]. 2010 [cited 2013 Mar 12];42(3):209-12. Available from: http://www.sbac.org.br/pt/pdfs/rbac/rbac_42_03/rbac_42_v3_012.pdf
3. <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil> Acessado no dia 19/08/2014 no horário de 13:00 horas.
4. Szwarcwald CL, Bastos FI, Esteves MAP, Andrade CLT. A disseminação da epidemia da AIDS no Brasil, no período de 1987-1996: uma análise espacial. Cad saúde pública [internet]. 2000 [cited 2013 Mar 16];16(1):7-19

Agradecimentos

Os autores agradecem a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, na operacionalização deste trabalho, e de forma particular aos idosos que participaram das palestras e dinâmicas, pois a análise disto ocasionou a realização deste estudo.

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL VOLTADA AOS DIREITOS EM GRUPOS DE GESTANTES

Autor 1– Jéssica Edna Silveira Muniz – Assistente Social – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação Saúde da Família Visconde de Saboia – ESFVS – jesquinhmuniz@hotmail.com

Autor 2 – Erilene Alves de Sousa - Assistente Social- Preceptora de Categoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - EFSFVS

Autor 3 – Camila de Sousa Vidal - Assistente Social – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia - EFSFVS

Autor 4 – Erika Nayara Benicio Gonçalves Sales – Enfermeira – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS

Autor 5 – Marina Girão Lima de Queiroz – Terapeuta Ocupacional – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS

Autor 6 – Leidy Dayane Paiva de Abreu - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Palavras-chave. Gestação. Grupo. Promoção da Saúde. Serviço Social. Participação Social

Resumo

Esse estudo tem como objetivo ofertar ações de educação e promoção em saúde nos grupos de gestantes dos Centros de Saúde da Família Caic e Novo Recanto, Sobral/CE. Apoiados pelos profissionais de Serviço Social, enfocando os direitos e deveres na gestação. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A temática trabalhada surgiu do planejamento realizado entre os Profissionais de Serviço Social e Gestantes, diante dessa demanda optou-se por socializar esse tema e destrinchá-lo em uma abordagem coletiva, entendendo que uma responsabilidade de cada pessoa é fundamental em prol do autocuidado e qualidade de vida. No decorrer do encontro observou-se a participação ativa de todos os participantes envolvidos, tendo um diálogo constante entre facilitadores e público-alvo. Compreendendo que cada sujeito é munido de conhecimentos e experiência de vida, iniciamos o momento com distribuição de tarjetas, onde as gestantes nos trouxeram informações sobre Direitos e Deveres na gravidez. Diante de tamanha riqueza das informações os profissionais de Serviço Social complementaram as falas embasados em referenciais teóricos e constituintes, reafirmando a importância da informação, participação e socialização como promoção da saúde visando o completo bem estar da gestante e garantindo os direitos e deveres que ela assiste perante as políticas públicas.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se afirmando como estratégia de organização do sistema de saúde em forma de resposta às necessidades de saúde da população. Neste contexto, as ações de saúde da família, se configuram no bem estar e qualidade de vida de todos os membros familiares, passando a atenção básica adquirir centralidade na agenda do governo. Nesse modelo a atenção básica se firmou-se a porta de entrada da saúde no País. (BRASIL, 2013).

Como estratégia nacional para a atenção básica, denominada, a partir de 2006, Estratégia de Saúde da Família (ESF), passa a se contrapor ao modelo de atenção vigente, baseado na lógica curativa e preventiva propondo uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção, promoção, recuperação e assistência à saúde (BRASIL, 2012).

A política pública da Estratégia da Saúde da Família (ESF) aposta na transformação da atual realidade do sistema de saúde, através da ação da equipe multiprofissional, com destacado envolvimento da comunidade. Pode-se, dessa forma, oferecer uma assistência individual de qualidade, junto a uma assistência clínica resolutiva, bem como as atividades coletivas como os grupos, baseadas nos parâmetros da promoção da saúde. Estas ações, que buscam favorecer a atenção e o cuidado coletivo, pretendem colaborar com a transformação da realidade local, para superar desigualdades e iniquidades sociais. Em seus documentos de referência, a ESF aponta como seus objetivos: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) é o eixo central na organização do serviço na atenção primária no SUS, cujas práticas geram reflexões, bem como a formação de grupos comunitários, como uma das ações de promoção à saúde e educação em saúde, sendo estas suas expressões mais comuns. Mendes (2003) ressalta que o alcance dos objetivos da promoção da saúde tem como primeira condição que os participantes nela envolvidos assumam compartilhar de uma ação educativa. Em geral tais ações educativas são realizadas por meio da formação de grupos, organizados comumente a partir dos ciclos de vida das ações prioritárias da atenção básica.

A realização da assistência pré-natal é uma das práticas desenvolvidas por ambos os modelos de atenção primária e por uma equipe Multidisciplinar, sendo encontrado uma relação direta entre a assistência ao pré-natal adequada e o nascimento do recém-nascido saudável. Diante deste contexto os profissionais de saúde são corresponsáveis pelo bem estar da mulher e do recém-nascido, minimizando os medos e desconfortos, promovendo esclarecimentos, orientações básicas em prol da saúde de ambos.

A abordagem Grupal/ coletiva são metodologias utilizadas pelos profissionais da saúde e preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Para Teixeira (2009) “O grupo é um espaço social e temporal nos serviços de saúde.” Devem se configurar como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, juntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica e vivência prática das pessoas que fazem parte do processo saúde-doença.

A saúde materno-infantil está sendo o foco nos três níveis de governo, sendo muito discutido particularmente no município de Sobral. O Programa de Residência no qual os autores fazem parte está diretamente ligado a EFSFVS e a Secretaria de Saúde do município, onde os profissionais trabalham de forma multiprofissional, sendo distribuídos nos Centros de Saúde da Família, possibilitando-os desenvolver competências que respondam às necessidades da população e aos arranjos de serviços propostos pelas políticas de saúde. Criando oportunidades de formação pelo trabalho que possibilitem aos profissionais aprender a trabalhar em equipe no encontro com os usuários e com as outras profissões da saúde, estreitando os laços de campo e núcleo, sendo o Profissional de Serviço Social integrante desse movimento.

Diante disso nasce na década de 70 um conjunto de ações voltadas a Reforma Sanitária em consonância com o projeto ético político do Serviço Social na política de saúde, sendo estas ferramentas imprescindíveis para uma prática competente crítica, articulada com as demais categorias, gestores e usuários, visando à integralidade do cuidado e fortalecendo o Sistema Único de Saúde – SUS. Com olhar holístico, identificando os determinantes sociais através de sua atuação dentro da comunidade, observando os modos de vida desses sujeitos. Assim o objetivo do trabalho é relatar a atuação dos assistentes sociais nos grupos de gestantes/parturientes, facilitando o conhecimento e a informação sobre os direitos destas só vem afirmar mais uma vez o papel que lhes foi atribuído, de grande valia

dentro da política de saúde.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, tendo como cenário os CSF's CAIC e Novo Recanto no município de Sobral/CE. Participaram dessa experiência 05 Profissionais (03 Assistentes Sociais, 01 Enfermeira e 01 Agente Comunitária de Saúde) ambos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral. A vivência ocorreu durante os grupos de gestantes que acontece mensalmente nos territórios e todos os meses são facilitados por profissionais e temáticas distintas. O registro das informações ocorreu no livro do grupo de gestantes, bem como a frequência das doze participantes. A análise dos dados se enquadra como narrativa descritiva. O período do estudo compreendeu durante o mês de Junho de 2014.

Resultados e Discussão

Os resultados alcançados ocorreram através das falas das parturientes no decorrer de todo o processo de facilitação do grupo, no qual as mesmas relatavam satisfação diante do que apreenderam em relação aos direitos constituintes que lhes competem. Segundo (Góis, 2008, p.106):

O lócus é a comunidade como espaço de aprendizagens significativas e de expressão de valor pessoal e do poder pessoal e coletivo, seja em situação que envolva muita dor e sofrimento, mediante interações comunitárias pedagógicas e terapêuticas (recuperadoras; preventivas, de promoção e facilitadoras de desenvolvimento humano, mudança social e cuidado ambiental). Portanto, é preciso criar espaços de diálogo-vivência-ação visando a construção de um olhar coletivo e de uma prática coletiva em saúde.

As Gestantes tiveram o livre arbítrio de questionamentos e complementações acerca do tema. A participação social das gestantes nos grupos foram valiosas, no qual tivemos a percepção de seus valores de vida. Sendo nós facilitadores dos grupos embasados na construção de conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da mudança social, tendo como foco a ação do seu dia- a dia e em seu potencial de vida comunitária.

Durante o período da facilitação dos grupos foram escutadas e compartilhada experiências com doze gestantes, com idades gestacionais diversas. Tendo como foco as discussões sobre os seus direitos. Todas muito curiosas e cheias de dúvidas acerca do tema. Foi feito um ciclo de cultura para uma rodada prévia de apresentações e relato do que eles já sabiam sobre seus direitos. É importante destacar que a escuta qualificada das participantes do grupo norteava as abordagens realizadas pelos profissionais e a coparticipação deles no processo de cuidado era estimulada frequentemente.

A atuação dos profissionais de saúde não pode apoiar-se apenas em diagnósticos, ações prescritivas, levantamentos de dados, ou índices que demonstram apenas uma faceta da realidade a ser compreendida e transformada, no qual necessita também, ser fundamentada em uma prática de análise qualitativa.

Desse modo, optamos por elencar dois pontos na facilitação em grupos de gestantes para maiores discussões, considerados importantes para a promoção da saúde materno-infantil na integralidade do cuidado:

Escuta qualificada da gestante/ parturientes

Onde compreendemos que a gravidez é um momento que passa por muitos mitos, dúvidas e crenças e expectativas que podem estar ligada diretamente ligada ao contexto familiar e social. As percepções, saberes, sentimentos e experiências prévias das gestantes são fatores importantes para a promoção da saúde do binômio mãe-filho E a socialização dos seus direitos nessa sua fase de vida é essencial para compreendê-los e serem assegurados, bem como: O Salário Maternidade e Licença Maternidade que são designados para as gestantes que trabalham, a preferencia nas filas de bancos ou casas lotéricas, bem como assentos preferenciais e para aquela que recebem o benefício de transferência de renda bolsa família o aumento de RS32,00 pela gestação. A escuta qualificada, segundo Salci *et al.*, 2013, é uma habilidade fundamental a todo profissional de saúde e significa desenvolver a capacidade de ouvir atentamente as narrativas das pessoas. O Ministério da Saúde, através do HumanizaSUS (Brasil, 2009), defende que essa escuta faz diminuir a distância entre o que é “prescrito” pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários.

Co-participação do sujeito

Em todos os momentos do Grupos buscou-se viabilizar a autonomia e a responsabilidade das participantes.. O diálogo ocorria de modo a transparecer que mãe e o filho são os principais atores desse processo e que grande parte da efetividade das ações de cuidado só seria alcançada por meio da participação ativa dela. A Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010) tem entre seus objetivos “ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividade”. Entretanto, Góis (2008) defende que a autonomia do sujeito é plena quando se oportuniza a ele uma participação politizada, crítica e interventora de sua saúde e qualidade de vida.

Conclusão

Ao final desse estudo podemos perceber que a participação dos profissionais de Serviço Social em Grupos de Gestantes, tem que acontecer de forma continuada, no qual as trocas de saberes entre profissionais e participantes é um aprendizado mútuo e constante. Espaço esse de promoção de saúde, onde há um envolvimento multiprofissional, promovendo o cuidado integral e a troca de vínculos. Visto que tal encontro se deu através de trocas de conhecimentos sobre os direitos da gestante, concluímos que as informações trazidas para o grupo deverão ser conduzidas nos mais diversos espaços, promovendo educação em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde, na Estratégia em Saúde da Família, isto é, dentro das comunidades, no estar perto das pessoas, acompanhar o seu dia-dia, conhecendo suas culturas e modos de vida.

Contudo, conhecer o cotidiano das parturientes e promover saúde integral para estas mulheres e familiares requer um olhar e um cuidado especial de todos os atores responsáveis neste processo de promoção e prevenção a saúde.

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. 110 p. il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, DF:DAS: Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 2013

Brasil. 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Pichon, Riviére E. O Processo Grupal. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Reberte L, Hoga L. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal dos participantes. Rev Esc da Enferm. 2007.

Teixeira, Renata. Grupo Operativo: Um desafio para os profissionais da saúde da família. Trabalho
Hoga L, Reberte L. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção
de conclusão de Curso de Especialização Processos Educativos para Profissionais em Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

Agradecimentos

Às gestantes participantes do grupo, que contribuíram bastante para alcançarmos os objetivos do presente estudo e participaram ativamente de todo processo, desde seu planejamento até a execução. Aos profissionais de saúde das duas unidades básicas de Saúde, Caic e Novo Recanto, por ter proporcionado o espaço físico e mobilização das gestantes para realização dos grupos e pelo compartilhamento das vivências. E ao Sistema Saúde Escola de Sobral que proporcionou a implantação e efetivação do estudo.

A PRÁTICA PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL VOLTADAS AOS DIREITOS EM GRUPOS DE GESTANTES

Autor 1– Jéssica Edna Silveira Muniz – Assistente Social – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação Saúde da Família Visconde de Saboia – ESFVS – jesquinhmuniz@hotmail.com

Autor 2 – Erilene Alves de Sousa - Assistente Social- Preceptora de Categoria da Residência Multiprofissional em Saúde da Família - EFSFVS

Autor 3 – Camila de Sousa Vidal - Assistente Social – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia - EFSFVS

Autor 4 – Erika Nayara Benicio Gonçalves Sales – Enfermeira – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS

Autor 5 – Marina Girão Lima de Queiroz – Terapeuta Ocupacional – Residente em Saúde da Família pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Saboia – EFSFVS

Autor 6 – Leidy Dayane Paiva de Abreu - Acadêmica de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA

Palavras-chave. Gestação. Grupo. Promoção da Saúde. Serviço Social. Participação Social

Resumo

Esse estudo tem como objetivo ofertar ações de educação e promoção em saúde nos grupos de gestantes dos Centros de Saúde da Família Caic e Novo Recanto, Sobral/CE. Apoiados pelos profissionais de Serviço Social, enfocando os direitos e deveres na gestação. Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa. A temática trabalhada surgiu do planejamento realizado entre os Profissionais de Serviço Social e Gestantes, diante dessa demanda optou-se por socializar esse tema e destrinchá-lo em uma abordagem coletiva, entendendo que uma responsabilidade de cada pessoa é fundamental em prol do autocuidado e qualidade de vida. No decorrer do encontro observou-se a participação ativa de todos os participantes envolvidos, tendo um diálogo constante entre facilitadores e público-alvo. Compreendendo que cada sujeito é munido de conhecimentos e experiência de vida, iniciamos o momento com distribuição de tarjetas, onde as gestantes nos trouxeram informações sobre Direitos e Deveres na gravidez. Diante de tamanha riqueza das informações os profissionais de Serviço Social complementaram as falas embasados em referenciais teóricos e constituintes, reafirmando a importância da informação, participação e socialização como promoção da saúde visando o completo bem estar da gestante e garantindo os direitos e deveres que a assistem perante as políticas públicas.

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) vem se afirmando como estratégia de organização do sistema de saúde em forma de resposta às necessidades de saúde da população. Neste contexto, as ações de saúde da família, se configuram no bem estar e qualidade de vida de todos os membros familiares, passando a atenção básica a adquirir centralidade na agenda do governo. Nesse modelo a atenção básica se firmou-se a porta de entrada da saúde no País. (BRASIL, 2013).

Como estratégia nacional para a atenção básica, denominada, a partir de 2006, Estratégia de Saúde da Família (ESF), passa a se contrapor ao modelo de atenção vigente, baseado na lógica curativa e preventiva propondo uma atenção centrada na família e no território, baseando-se em ações de prevenção, promoção, recuperação e assistência à saúde (BRASIL, 2012).

A política pública da Estratégia da Saúde da Família (ESF) aposta na transformação da atual realidade do sistema de saúde, através da ação da equipe multiprofissional, com destacado envolvimento da comunidade. Pode-se, dessa forma, oferecer uma assistência individual de qualidade, junto a uma assistência clínica resolutiva, bem como as atividades coletivas como os grupos, baseadas nos parâmetros da promoção da saúde. Estas ações, que buscam favorecer a atenção e o cuidado coletivo, pretendem colaborar com a transformação da realidade local, para superar desigualdades e iniquidades sociais. Em seus documentos de referência, a ESF aponta como seus objetivos: a) humanização das práticas de saúde por meio do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais e a população; b) a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e da produção social da saúde; c) o desenvolvimento da cidadania, levando a população a reconhecer a saúde como direito; d) a estimulação da organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social (Brasil, 2006).

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS) é o eixo central na organização do serviço na atenção primária no SUS, cujas práticas geram reflexões, bem como a formação de grupos comunitários, como uma das ações de promoção à saúde e educação em saúde, sendo estas suas expressões mais comuns. Mendes (2003) ressalta que o alcance dos objetivos da promoção da saúde tem como primeira condição que os participantes nela envolvidos assumam compartilhar de uma ação educativa. Em geral tais ações educativas são realizadas por meio da formação de grupos, organizados comumente a partir dos ciclos de vida das ações prioritárias da atenção básica.

A realização da assistência pré-natal é uma das práticas desenvolvidas por ambos os modelos de atenção primária e por uma equipe Multidisciplinar, sendo encontrado uma relação direta entre a assistência ao pré-natal adequada e o nascimento do recém-nascido saudável. Diante deste contexto os profissionais de saúde são corresponsáveis pelo bem estar da mulher e do recém-nascido, minimizando os medos e desconfortos, promovendo esclarecimentos, orientações básicas em prol da saúde de ambos.

A abordagem Grupal/ coletiva são metodologias utilizadas pelos profissionais da saúde e preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS). Para Teixeira (2009) “O grupo é um espaço social e temporal nos serviços de saúde.” Devem se configurar como espaços onde as pessoas possam falar sobre seus problemas, e buscar soluções, juntamente com os profissionais, de forma que a informação circule, da experiência técnica e vivência prática das pessoas que fazem parte do processo saúde-doença.

A saúde materno-infantil está sendo o foco nos três níveis de governo, sendo muito discutido particularmente no município de Sobral. O Programa de Residência no qual os autores fazem parte está diretamente ligado a EFSFVS e a Secretaria de Saúde do município, onde os profissionais trabalham de forma multiprofissional, sendo distribuídos nos Centros de Saúde da Família, possibilitando-os desenvolver competências que respondam às necessidades da população e aos arranjos de serviços propostos pelas políticas de saúde. Criando oportunidades de formação pelo trabalho que possibilitem aos profissionais aprender a trabalhar em equipe no encontro com os usuários e com as outras profissões da saúde, estreitando os laços de campo e núcleo, sendo o Profissional de Serviço Social integrante desse movimento.

Diante disso nasce na década de 70 um conjunto de ações voltadas a Reforma Sanitária em consonância com o projeto ético político do Serviço Social na política de saúde, sendo estas ferramentas imprescindíveis para uma prática competente crítica, articulada com as demais categorias, gestores e usuários, visando à integralidade do cuidado e fortalecendo o Sistema Único de Saúde – SUS. Com olhar holístico, identificando os determinantes sociais através de sua atuação dentro da comunidade, observando os modos de vida desses sujeitos. Assim o objetivo do trabalho é relatar a atuação dos assistentes sociais nos grupos de gestantes/parturientes, facilitando o

conhecimento e a informação sobre os direitos destas só vem afirmar mais uma vez o papel que lhes foi atribuído, de grande valia dentro da política de saúde.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência, tendo como cenário os CSF's CAIC e Novo Recanto no município de Sobral/CE. Participaram dessa experiência 05 Profissionais (03 Assistentes Sociais, 01

Enfermeira e 01 Agente Comunitária de Saúde) ambos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Sobral. A vivência ocorreu durante os grupos de gestantes que acontece mensalmente nos territórios e todos os meses são facilitados por profissionais e temáticas distintas. O registro das informações ocorreu no livro do grupo de gestantes, bem como a frequência das doze participantes. A análise dos dados se enquadra como narrativa descritiva. O período do estudo compreendeu durante o mês de Junho de 2014.

Resultados e Discussão

Os resultados alcançados ocorreram através das falas das parturientes no decorrer de todo o processo de facilitação do grupo, no qual as mesmas relatavam satisfação diante do que apreenderam em relação aos direitos constituintes que lhes competem. Segundo (Góis, 2008, p.106):

O lócus é a comunidade como espaço de aprendizagens significativas e de expressão de valor pessoal e do poder pessoal e coletivo, seja em situação que envolva muita dor e sofrimento, mediante interações comunitárias pedagógicas e terapêuticas (recuperadoras; preventivas, de promoção e facilitadoras de desenvolvimento humano, mudança social e cuidado ambiental). Portanto, é preciso criar espaços de diálogo-vivência-ação visando a construção de um olhar coletivo e de uma prática coletiva em saúde.

As Gestantes tiveram o livre arbítrio de questionamentos e complementações acerca do tema. A participação social das gestantes nos grupos foram valiosas, no qual tivemos a percepção de seus valores de vida. Sendo nós facilitadores dos grupos embasados na construção de conhecimento crítico, do desenvolvimento humano, da mudança social, tendo como foco a ação do seu dia- a dia e em seu potencial de vida comunitária.

Durante o período da facilitação dos grupos foram escutadas e compartilhada experiências com doze gestantes, com idades gestacionais diversas. Tendo como foco as discussões sobre os seus direitos. Todas muito curiosas e cheias de dúvidas acerca do tema. Foi feito um ciclo de cultura para uma rodada prévia de apresentações e relato do que eles já sabiam sobre seus direitos. . É importante destacar que a escuta qualificada das participantes do grupo norteava as abordagens realizadas pelos profissionais e a coparticipação deles no processo de cuidado era estimulada frequentemente.

A atuação dos profissionais de saúde não pode apoiar-se apenas em diagnósticos, ações prescritivas, levantamentos de dados, ou índices que demonstram apenas uma faceta da realidade a ser compreendida e transformada, no qual necessita também, ser fundamentada em uma prática de análise qualitativa.

Desse modo, optamos por elencar dois pontos na facilitação em grupos de gestantes para maiores discussões, considerados importantes para a promoção da saúde materno-infantil na integralidade do cuidado:

Escuta qualificada da gestante/ parturientes

Onde compreendemos que a gravidez é um momento que passa por muitos mitos, dúvidas e crenças e expectativas que podem estar ligada diretamente ligada ao contexto familiar e social. As percepções, saberes, sentimentos e experiências prévias das gestantes são fatores importantes para a promoção da saúde do binômio mãe-filho E a socialização dos seus direitos nessa sua fase de vida é essencial para compreendê-los e serem assegurados, bem como: O Salário Maternidade e Licença Maternidade que são designados para as gestantes que trabalham, a preferencia nas filas de bancos ou casas lotéricas, bem como assentos preferenciais e para aquela que recebem o benefício de transferência de renda bolsa família o aumento de RS32,00 pela gestação. A escuta qualificada, segundo Salci *et al.*, 2013, é uma habilidade fundamental a todo profissional de saúde e significa desenvolver a capacidade de ouvir atentamente as narrativas das pessoas. O Ministério da Saúde, através do HumanizaSUS (Brasil, 2009), defende que essa escuta faz diminuir a distância entre o que é “prescrito” pelos profissionais e o que é realizado pelos usuários.

Co-participação do sujeito

Em todos os momentos do Grupos buscou-se viabilizar a autonomia e a responsabilidade das participantes.. O diálogo ocorria de modo a transparecer que mãe e o filho são os principais atores desse processo e que grande parte da efetividade das ações de cuidado só seria alcançada por meio da participação ativa dela. A Política Nacional de Promoção da Saúde (Brasil, 2010) tem entre seus objetivos “ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividade”. Entretanto, Góis (2008) defende que a autonomia do sujeito é plena quando se oportuniza a ele uma participação politizada, crítica e interventora de sua saúde e qualidade de vida.

Conclusão

Ao final desse estudo podemos perceber que a participação dos profissionais de Serviço Social em Grupos de Gestantes, tem que acontecer de forma continuada, no qual as trocas de saberes entre profissionais e participantes é um aprendizado mútuo e constante. Espaço esse de promoção de saúde, onde há um envolvimento multiprofissional, promovendo o cuidado integral e a troca de vínculos. Visto que tal encontro se deu através de trocas de conhecimentos sobre os direitos da gestante, concluímos que as informações trazidas para o grupo deverão ser conduzidas nos mais diversos espaços, promovendo educação em saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde, na Estratégia em Saúde da Família, isto é, dentro das comunidades, no estar perto das pessoas, acompanhar o seu dia-dia, conhecendo suas culturas e modos de vida.

Contudo, conhecer o cotidiano das parturientes e promover saúde integral para estas mulheres e familiares requer um olhar e um cuidado especial de todos os atores responsáveis neste processo de promoção e prevenção a saúde.

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. 110 p. il. – (Série E. Legislação em Saúde)

BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual para a organização da atenção básica. Brasília, DF:DAS: Coordenadoria de Desenvolvimento de Práticas de Atenção Básica, 2013

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Brasil. 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.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

Pichon, Riviére E. O Processo Grupal. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

Reberte L, Hoga L. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal dos participantes. Rev Esc da Enferm. 2007.

Teixeira, Renata. Grupo Operativo: Um desafio para os profissionais da saúde da família. Trabalho

Hoga L, Reberte L. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção

de conclusão de Curso de Especialização Processos Educativos para Profissionais em Saúde. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009.

Agradecimentos

Às gestantes participantes do grupo, que contribuíram bastante para alcançarmos os objetivos do presente estudo e participaram ativamente de todo processo, desde seu planejamento até a execução. Aos profissionais de saúde das duas unidades básicas de Saúde, Caic e Novo Recanto, por ter proporcionado o espaço físico e mobilização das gestantes para realização dos grupos e pelo compartilhamento das vivências. E ao Sistema Saúde Escola de Sobral que proporcionou a implantação e efetivação do estudo.

A PRODUÇÃO DE REDES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA: O PROTAGONISMO DO NÚCLEO DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF) DE PARNAÍBA-PI.

João Dutra de Araujo Neto (Apresentador) - Universidade Federal do Ceará; E-mail: joaodutrafisio@gmail.com

Marlos Ribeiro Araújo - Universidade Federal do Piauí

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Francisco Diogenes dos Santos - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Maria de Fátima Antero Sousa (Orientador) - Universidade Regional do Cariri

Jociane Lopes da Costa – Faculdade Mauricio de Nassau – FAP – Parnaíba.

Palavras-chave: Atenção Básica. Integralidade. Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

O presente trabalho constitui-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizado na rede de Atenção Primária do Município de Parnaíba-PI. Teve como objetivo compreender de que modo profissionais da ESF e NASF se articulam para produção de práticas de cuidado com foco na integralidade. Os dados foram levantados a partir de entrevistas bem como de pesquisa documental. Obteve-se nas falas dos entrevistados a existência de concepções de cuidado diversas para o NASF e para a ESF muito embora tenha ficado evidente que as práticas desenvolvidas tanto por um serviço como pelo outro se desenvolvem a partir da demanda espontânea dos usuários. Percebeu-se que a concepção de NASF e seu processo de implantação apresentaram falhas que não apenas influenciaram o modelo de atuação e parte das dificuldades encontradas na afirmação dos processos de trabalho da equipe, mas antes de tudo se apresentam como resultado da visão hegemônica de saúde que privilegia práticas de saúde eminentemente biologicistas conforme literatura discutida sobre o tema e apontado como desafio para a atenção básica.

Introdução

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado em 24 de Janeiro de 2008, através da Portaria nº 154/GM (BRASIL, 2008), sob o discurso de priorização e ampliação da Atenção Básica, a partir da qualificação da assistência e da gestão (BRASIL, 2008). Suas equipes devem estar comprometidas com o aperfeiçoamento das práticas desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), atuando de maneira interdisciplinar e intersetorial, de forma que cada profissional de saúde, a partir de seu conhecimento específico possa contribuir na resolutividade das problemáticas (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

A criação do NASF pelo Ministério da Saúde é resultado de um profundo processo de valorização da Atenção Primária estando relacionada com outras transformações maiores ocorridas no campo da saúde coletiva. A aposta na atenção primária, na promoção da saúde e na integralidade do cuidado está perfeitamente refletida no percurso histórico do SUS e de nossa Política Nacional de Atenção Básica.

Com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) por meio da Lei 8.808 em 29 de setembro de 1990, foi apresentada a sociedade um modo de organização dos serviços de saúde com diretrizes a serem seguidas, com vistas a um novo modo de fazer saúde e, por conseguinte, a mudança organizacional dos diferentes níveis de complexidade. (BRASIL, 1990; ALMEIDA, 2009).

Tais mudanças buscam organizar e estruturar as ações e serviços de saúde no Brasil com foco na integralidade do cuidado em saúde e na cooperação técnica e política frente às responsabilidades dos entes federativos (Municípios, Estados e União) na efetivação do SUS no país. Nesse arranjo organizativo, o SUS constitui-se em um conjunto de ações e serviços de promoção e recuperação da saúde, organizando-se de forma regionalizada e hierarquizada, com regiões de saúde instituídas, e estruturando suas ações e serviços nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2010).

Busca-se que o acesso às ações e serviços de saúde, se inicie pelas portas de entrada do SUS, e se complete na rede regionalizada. Nessa perspectiva os serviços de atenção primária e de atenção psicossocial se configuram como portas de entrada às ações e serviços de saúde nas RAS e devem ser considerados no processo de constituição de uma região de saúde (BRASIL, 2011).

Deste modo objetivou-se compreender de que modo profissionais da ESF e NASF se articulam para produção de práticas de cuidado com foco na integralidade.

Metodologia

Tratou-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa do tipo estudo de caso, realizado na rede de Atenção Primária do Município de Parnaíba-PI. O município de Parnaíba é considerado importante polo regional de saúde, sendo sede de macrorregião da planície litorânea formada por 11 municípios.

Os sujeitos da pesquisa foram profissionais de saúde que fizeram parte da equipe do NASF e das dez ESF's até o início do ano de 2013 constituindo o 1º Distrito Municipal de saúde do município de Parnaíba nos dois anos anteriores. Também fizeram parte da pesquisa os dois enfermeiros componentes da equipe que elaborou o projeto do programa e iniciou sua implantação no município em meados de 2009

Para coleta dos dados, foram utilizados a entrevista semiestruturada e o diário de campo. Os dados foram avaliados através da Análise de conteúdo temática de Bardin

O estudo foi desenvolvido em conformidade com a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde-CNS (BRASIL, 2012), que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos tendo sido submetido ao Comitê Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú - CEP-UVA via plataforma Brasil e aprovado sob o parecer Nº 420.457 no dia 09/10/2013. O projeto também foi encaminhado para avaliação da Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura de Parnaíba obtendo liberação para a pesquisa documental e entrevista com os profissionais.

A partir da análise dos dados emergiram as seguintes categorias: O cuidado na Atenção básica ESF-NASF: Um esforço de construção de práticas de cuidado e a garantia de continuidade; Redes de cuidado na atenção básica: NASF e ESF; Os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF apresentadas a seguir.

Categoria 1- O cuidado na Atenção básica ESF-NASF: Um esforço de construção de práticas de cuidado e a garantia de continuidade

As concepções de cuidado adotadas nesse estudo, possibilitaram uma apreensão das evidências suscitadas nas falas que se seguem acerca de como ESF e NASF entendem e desenvolvem suas práticas de cuidado. Assim, no sentido de aprofundar o foco do cuidado nestes cenários delineou-se subcategorias, a saber: Descrição das práticas de cuidado e como se dá a continuidade de cuidado.

Descrição das práticas de cuidado

Resultados e Discussão

A concepção de cuidado não deve ser apreendida apenas como um nível de atenção do sistema de saúde e nem como um simples procedimento técnico simplificado, mas sim como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito de ser. Na perspectiva de BOFF (1999) refere-se ao tratar, respeitar, acolher e atender o ser humano em seu sofrimento.

Então as práticas do cuidado se referem a dimensão do fazer desenvolvido por cada uma das equipes no cotidiano do serviço na tentativa de atender as necessidades do usuário que chega ao atendimento e se caracteriza por uma intensa relação entre trabalhadores de diversas categorias profissionais e usuários, na produção de atos onde estão presentes uma diversidade de pensamentos, sentidos e ações.

"O NASF atua sempre de acordo com a demanda apresentada pela Estratégia Saúde da Família...discutindo as possibilidades de diagnóstico... principalmente de atividades em grupo voltados pra população, que tem como principal objetivo a promoção de saúde". (NASF-P02)

Principalmente através dos atendimentos. Atendo os usuários que procuram a UBS para tentar resolver seu problema, buscando uma solução para eles.(ESF - P07)

Obteve-se nas falas dos entrevistados a existência de concepções de cuidado diversas para o NASF e para a ESF muito embora fique evidente que as práticas desenvolvidas tanto por um serviço como pelo outro se desenvolvem a partir da demanda espontânea dos usuários e dos profissionais das ESF's para o NASF e que essas diferentes concepções ainda funcionam como elemento que dificulta da relação NASF-ESF e principalmente das práticas de cuidado estabelecido entre os serviços.

É importante frisar que o texto atualizado da Política Nacional de Atenção Básica de 2012 reforça a importância da categoria cuidado enquanto diretriz de trabalho para atenção básica, onde se evidencia que "o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica"; (BRASIL, 2012) e as diretrizes do NASF apontam para além disso ao propor que:

"A constituição de uma rede de cuidados é uma das estratégias essenciais dentro da lógica de trabalho de um NASF...deve buscar superar a lógica fragmentada da saúde para a construção de redes de atenção e cuidado, de forma corresponsabilizada com a ESF". (BRASIL, 2010).

Nesse sentido, corrobora-se com BADUY (2010) ao dizer que a integração e articulação do trabalho entre NASF-ESF é um problema crítico para a produção de cuidado na atenção básica, pois muitas vezes o que se produz é uma multiplicidade de procedimentos desarticulados e de baixo impacto na qualidade de vida dos usuários.

A garantia da continuidade do cuidado

A atenção básica tem como uma de suas atribuições e características a longitudinalidade do cuidado o que significa acompanhar o usuário em todos os aspectos de seu processo de adoecimento e saúde. Percebe-se aqui a dificuldade dos profissionais e das equipes em exercer essa atribuição da atenção básica em garantir essa continuidade do cuidado.

"Dentro do NASF a continuidade do cuidado depende muito desse vínculo construído então a forma de buscar garantias dessa continuidade é fortalecer e nutrir esse vínculo... os grupos terapêuticos também é uma forma de manter essa continuidade do cuidado". (NASF-P02)

[...] Através de apazamentos, visitas domiciliares, informações provenientes dos ACS's e da criação de vínculo, de afeição entre comunidade e profissionais. (ESF P06)

É possível perceber que apesar das dificuldades expressas nas falas dos profissionais estas apontam na mesma direção dos achados de CUNHA & GIOVANELLA (2011) quanto aos elementos constitutivos da continuidade do cuidado como: a existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária, o estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local e, ainda, a continuidade informacional.

Percebe-se nas falas dos sujeitos que existe, ainda que, em medidas diferentes, clareza na importância do desenvolvimento de estratégias para a garantia da continuidade do cuidado ofertado pelas equipes de NASF e ESF não só através de procedimentos mas através do fortalecimento do vínculo e da corresponsabilização dos profissionais.

Categoria 2- Redes de cuidado na atenção básica: NASF e ESF

As falas deste bloco visam enfocar como atenção básica de Parnaíba consegue efetivar essa rede de cuidado assumindo esse lugar de elemento articulador e de gestão do cuidado dentro RAS.

[...] O importante no cuidado em rede é que não há apenas o encaminhamento mas sim o compartilhamento do cuidado ao indivíduo, sendo que o acolhimento possa ser realizado em qualquer um dos serviços sem a necessidade de um protocolo rígido de acompanhamento.(NASF P01)

[...] É a atenção em saúde de modo geral em todas as esferas municipal, estadual e da rede que se estabelece dentro da própria equipe, atendendo a necessidade do próprio paciente [...] (ESF P03)

Fica claro a partir das falas dos profissionais que a atenção básica deve cumprir algumas funções para contribuir com o ordenamento das Redes de Atenção à Saúde para que essas possam ser resolutivas e que as redes de cuidado vão pouco além do que a simples oferta de serviços no município.

Para que se consiga identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, faz-se necessário utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínica e sanitária Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS no município.

No entanto ainda percebe-se que assim como apontado por MERHY, (1998) e FRANCO (1999) que ainda prevalece a forma tradicional de produção da assistência tem como centro o saber médico e uma clínica baseada no biológico, onde os processos de trabalho estão centrados em atos prescritivos, agindo mais como "produtores de procedimentos" do que "do cuidado" propriamente dito, a inversão do modelo de assistência passa necessariamente por um processo de trabalho multiprofissional e mais do que isso, uma alteração nas tecnologias de trabalho usuais.

Categoria 3- Os desafios enfrentados para um trabalho integral em saúde pela ESF e NASF.

Os NASF's devem buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários.

"São exemplos de ações de apoio desenvolvidas pelos profissionais dos NASF: discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos

populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc." (BRASIL, 2012).

Nesse último bloco de falas buscou-se trazer a dimensão das dificuldades e desafios encontradas pelas equipes de NASF e ESF's para viabilização de uma atenção básica mais alinhada com o princípio da integralidade e de que o forma o NASF pôde contribuir nesse processo para o enfrentamento dessas dificuldades a partir de sua implantação no município.

[...] o NASF aparece como uma possibilidade de resgatar a essência do foi proposto no início do ESF como ordenador dessa rede de cuidado mas acabou que por conta da grande demanda de ambulatório... (NASF P04)

Nós estamos aqui pra realmente cuidar das pessoas nós trazemos ele para o posto para o médico nós fazemos acompanhamento então nós estamos fazendo essa continuidade, que não se acabe só entre chegar no posto recebeu o remédio e vai pra casa. (ESF P17)

As falas sugerem que as práticas sanitárias hegemônicas ainda são um grande empecilho no alcance da integralidade e no fortalecimento das redes de cuidado, uma vez que não favorecem o vínculo, a responsabilização e o compromisso na produção do cuidado em saúde e a necessidade real de romper com a fragmentação dos serviços com foco exclusivo nas práticas ambulatoriais faz-se necessário trabalhar de forma articulada dentro do município. Para isso é necessário investir em espaços de integração dos atores envolvidos na gestão e no cuidado.

Em linhas gerais pode-se perceber que a concepção de NASF e seu processo de implantação apresentaram falhas que não apenas influenciaram o modelo de atuação e parte das dificuldades encontradas na afirmação dos processos de trabalho da equipe, mas antes de tudo já eram resultado da visão hegemônica de saúde que privilegia práticas de saúde eminentemente biologicistas conforme literatura discutida sobre o tema e apontado como desafio para a atenção básica.

Percebe-se portanto que desenvolver mecanismos técnicos e estratégias organizacionais de qualificação da força de trabalho para gestão e atenção à saúde, valorizar os profissionais de saúde estimulando e viabilizando a formação e educação permanente dos profissionais das equipes não só das ESF mas também dos NASF, promovendo o intercâmbio de experiências, estimulando o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados à atenção básica são os caminhos que podem viabilizar resgate do papel da atenção básica como organizadora do cuidado e como fonte principal de contato com o território, como espaço privilegiado de ações em saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 154 de 24 de Janeiro de 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, Feb. 2007. Available from http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso. access on 07 Aug. 2012. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>.

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 à Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BOFF, Leonardo. Saber cuidar. 6 ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1999.

BADUY, Rossana S.; Gestão municipal e produção do cuidado: encontros e singularidades em permanente Movimento. Rio de Janeiro: UFRJ / Faculdade de Medicina, 2010.

Agradecimentos

À todas as forças do Astral superior por mostrarem todos os caminhos.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO PRÁTICA DE EDUCAÇÃO INFANTIL

Maria Danielly Lemos de Sousa – Universidade Federal do Piauí. Email: danielly.lemos@hotmail.com
Paulo James de Freitas Amorim – Universidade Federal do Piauí
Brenda Kelly da Silva Monte – Universidade Federal do Piauí
Tâmara Ravena Gonçalves Ferreira - Universidade Federal do Piauí
Glícia Cardoso Nascimento – Universidade Federal do Piauí
Ms. Francisco Braz Milanez Oliveira – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Ensino. Doenças parasitárias. Enfermagem.

Resumo

As doenças parasitárias estão intimamente associadas à precariedade das condições médico-sanitárias, daí serem problemas de saúde pública nas regiões subdesenvolvidas. Dentre as parasitoses mais comuns, destaca-se a pediculose pela fácil disseminação do inseto, empirismo no tratamento e escassez de estudos mais aprofundados na área. Medidas educacionais usadas com os recursos apropriados podem colaborar para o sucesso da promoção da saúde nesses espaços menos favorecidos, mostrando a prevenção e correto tratamento deste problema. O presente trabalho é um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado pelos graduandos do curso de enfermagem numa unidade escolar infantil da periferia da cidade de Teresina-PI no segundo semestre de 2013. As visitas ocorreram no turno manhã e tarde, com 250 alunos ao todo, na faixa etária de 6 a 12 anos de idade. Objetiva-se discorrer o contato dos acadêmicos com a educação em saúde abrangendo o público infantil. As atividades realizadas foram muito bem recebidas pelas crianças, assim como pela equipe gestora e docente da instituição. Essa experiência foi de grande valia para os graduandos, pois gerou um enriquecimento pessoal, acadêmico e profissional ímpar, uma vez que proporcionou a aplicação e desenvolvimento de competências e habilidades dos discentes, bem como promoveu a discussão, planejamento e desenvolvimento de um trabalho que atingiu de forma direta a comunidade.

Introdução

Grandes diferenças socioeconômicas são evidentes na realidade capitalista mundial, e no Brasil não é diferente. A saúde pública está intimamente associada a tais discrepâncias, pois algumas doenças parasitárias que não têm expressividade em grupos mais favorecidos, mas que estão atreladas a grupos mais carentes e que se não prevenidas, levam a graves consequências. Dentre essas parasitoses mais comuns, evidencia-se a pediculose, principalmente nos Centros de Educação Infantil (CEI) e conglomerados urbanos e, pela precariedade de instrumentos sistemáticos implementados, a fim de interromper sua cadeia de infestação (GABANI; MAEBARA; FERRARI; 2010).

A pediculose pode ser causada por duas espécies: *Pediculus humanus* Linnaeus (piolho do corpo) e *Pediculus capitis* De Geer (piolho da cabeça). São ectoparasitos do Homem, sendo que o *P. capitis* ocorre preferencialmente em crianças e jovens em idade escolar e vem sendo combatida há muitos anos, através de medicamentos e outras medidas, como o uso do pente fino, por outro lado o *P. humanus* ocorre em pessoas de idade mais avançada e é menos frequente (LINARDI, *et. al.*, 1998). Segundo Gabani, Maebara e Ferrari (2010), esse parasitismo frequentemente acarreta em lesões pruriginosas, podendo levar a complicações como infecções bacterianas, fúngicas, ou mesmo propiciar ambientes mais suscetíveis à miíases. Magalhães e Silva (2012), afirmam que pode haver, também, reações de hipersensibilidade à saliva e às dejeções dos insetos.

Os efeitos dessas parasitoses juntamente com a má nutrição, em crianças com idade escolar, prejudicam o desenvolvimento físico, psicossomático e social (PUPULIN, 2004). Diante desta realidade, a Educação em Saúde é um instrumento útil para atingir objetivos mais amplos, pois o seu conceito está relacionado com a promoção da saúde (OLIVEIRA, 2005). É na infância e adolescência que há a assimilação e construção de pensamentos e comportamentos que se refletirão na idade adulta. Isso evidencia a importância da realização de condutas de promoção, prevenção e assistência em saúde nessa faixa-etária, usando estratégias que englobem a coletividade e fazendo o elo entre o saber popular e o saber científico (MACHADO, *et. al.*, 2011).

Os médicos prescrevem muitos medicamentos para o controle da pediculose, mas as crianças continuam apresentando a presença desses parasitas. Esta resistência aparente é encontrada por causa da elevada reinfestação no ambiente escolar e domiciliar com o parasita. Dessa forma, para que a população consiga controlar, as medidas educacionais devem ser iniciadas no ambiente escolar, os professores realizam atividade brincantes em que os alunos aprendam novas soluções. Essas medidas vêm na esperança de conseguir um maior esclarecimento de alunos e familiares, com consequente diminuição dos índices de infestação dos escolares (CUNHA *et al.*, 2008).

A promoção da saúde dentro do ambiente escolar deve levar em consideração uma visão integralista do ser humano, considerando-o num contexto histórico, familiar, social e ambiental, permitindo o autocuidado após a introjeção de conhecimentos e de habilidades (GOLDSCHMIDT; LORETO; 2012). Esse trabalho tem como objetivo descrever uma experiência de acadêmicos da graduação em Enfermagem em uma prática onde foram desenvolvidas ações educativas de promoção do cuidado em saúde, visando seu crescimento saudável, voltadas ao público infantil.

Palavras-chave: Pediculose; transmissão; educação em saúde.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado pelos graduandos do curso de enfermagem numa unidade escolar da periferia de Teresina-PI no segundo semestre de 2013. As visitas ocorreram no turno manhã e tarde, com 250 alunos ao todo, na faixa etária de 6 a 12 anos de idade. A prática desenvolveu-se em três etapas, de maneira lúdica, a fim de facilitar a absorção do conhecimento por parte do público alvo.

Primeiramente, houve uma dramatização para mostrar como a população mais leiga lidava ao se deparar com o problema da pediculose em seus filhos. Em seguida, foi realizada uma encenação com teatro de bonecos evidenciando o que era pediculose, as formas de transmissão e tratamento, adaptando a linguagem à realidade cultural e intelectual das crianças. Por fim, foram feitas breves explicações sobre a higiene de maneira mais global, como a importância da lavagem das mãos.

Tal atividade foi estruturada e debatida anteriormente em reuniões com o corpo docente e os discentes, com o intuito de procurar as melhores ferramentas de trabalho bem como aprofundar e contextualizar os conhecimentos teóricos sobre a temática.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A educação em saúde quando relacionada ao controle e prevenção das mais diversas parasitoses que acometem as crianças e outros problemas inerentes a essa fase, tem se evidenciado uma estratégia de baixo custo e capaz de atingir resultados significativos e duradouros (MAGALHÃES, 2012).

Nessa perspectiva, houve uma organização por parte dos acadêmicos de enfermagem para aplicar na prática a teoria já estudada de maneira desafiadora, foi quando surgiu a oportunidade de atuar numa escola infantil durante uma semana educativa promovida pela direção da escola onde seriam abordados vários temas relacionados tanto à educação e aprendizado, quanto a saúde. Então se delimitou o tema higiene pessoal com foco na pediculose, visto a frequência e suscetibilidade delas a este agravo.

Para um primeiro contato, foi feita uma encenação buscando evidenciar práticas mais comuns realizadas, em sua maior parte, pelos pais quando deparados com os filhos com pediculose. Tal recurso propiciou uma aproximação do público-alvo com o tema abordado e permitiu às crianças ficarem mais a vontade com a presença dos acadêmicos, que eram “estranhos” em seu espaço de convívio. A receptividade foi percebida, através dos risos e comentários feitos pelas crianças, onde relatavam que muitas das práticas demonstradas aconteciam no dia a dia.

Segundo CUNHA *et al.* (2008), o grau de escolaridade das mães, o aumento da renda familiar e a melhoria das condições de moradia podem ser apontados como fatores que contribuem para o declínio da prevalência de parasitoses. Dessa forma, a identificação dessas crianças com o repassado na encenação, advém do oposto, já que se trata de uma localidade da periferia e pouco assistida.

No segundo momento, foi realizada uma exposição dialogada com intermédio de um teatro de fantoches em que foram realizadas perguntas buscando conhecer o que para elas seriam as práticas corretas ou equivocadas em questão, tendo em vista fazer uma breve sondagem acerca do que eles já conheciam sobre o tema. Concomitantemente foi se colocando as principais parasitoses e as maneiras corretas de preveni-las e combatê-las.

Através de músicas educativas foi finalizada a intervenção, apontando a importância da higiene pessoal, desde a escovação dos dentes, o banho e a lavagem das mãos, sendo estes também medidas de suma importância para o controle não só de parasitoses, mas também de doenças bacterianas e virais.

As crianças demonstraram ter compreendido a mensagem educativa, transmitida em linguagem acessível à idade, sobre o que são parasitoses e quais os cuidados higiênicos e preventivos. Isso pode ser constatado pela participação delas ao responder as indagações referentes à temática que foi anteriormente explanada. Houve uma resposta bem positiva também por parte da equipe docente e dos gestores da escola, os quais se mostraram bastante agradecidos a nossa intervenção e convidativos à retornos da equipe acadêmica em outros momentos.

Conclusão

Essa experiência foi de grande valia para os graduandos, pois gerou um enriquecimento pessoal, acadêmico e profissional ímpar, uma vez que proporcionou a aplicação e desenvolvimento de competências e habilidades dos discentes, bem como promoveu a discussão, planejamento e desenvolvimento de um trabalho que atingiu de forma direta a comunidade. Foi feita a aplicação da teoria na prática, respeitando a realidade local, e toda a conjuntura que permeia um exercício em campo: condições culturais, ambientais, econômicas e educacionais do público alvo.

As atividades lúdicas se mostraram eficazes na passagem do conhecimento de forma clara e objetiva para as crianças, sem que elas perdessem o foco na apresentação. Os acadêmicos puderam vivenciar a efetividade dessas estratégias, corroborando a ideia de que para uma ação bem sucedida, se faz necessário sistematizar a sua conduta: ter embasamento teórico, além de realizar planejamento prévio, sem perder a empatia e a sensibilidade de reconhecer as condições em que o outro se encontra, acarretando numa assistência mais humana, integrada e holística.

Referências

CUNHA, P. V. S.; PINTO, Z. T.; LIBERAL, E. F.; BARBOSA, J. V.. O discurso dos professores sobre a transmissão da pediculose antes de uma atividade educativa. *Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.*; v.18; nn.3; pp.298-307; 2008.

FERREIRA, U. M. ; FERREIRA, C. S. , MONTEIRO, C.A. Tendência secular das parasitoses intestinais na infância na cidade de São Paulo. *Rev Saude Publica.* 2000;34(6 Supl):73- 82.

GABANI, F. L., MAEBARA C. M. L., FERRARI, R.A.P. Pediculose nos centros de educação infantil: conhecimentos e práticas dos trabalhadores. *Esc. Anna Nery [online].* 2010, vol.14, n.2, pp. 309-317.

GOLDSCHMIDT, A., I., LORETO, E. Investigação das concepções espontâneas sobre pediculose entre pais, professores, direção e alunos de educação infantil e anos iniciais. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias.* 2012, Vol. 11, Nº 2, 455-470.

LINARDI, Pedro Marcos et al. Infestação por *Pediculus humanus* (Anoplura: Pediculidae) no Município de São Paulo, SP, Brasil. *Rev. Saúde Pública [online].* 1998, vol.32, n.1, pp. 77-81.

MAGALHÃES, K.P.P, SILVA, J.B. A Infestação Por Pediculose E O Ensino De Saúde Nas Escolas. *Revista Saúde e Pesquisa*, v. 5, n. 2, p. 408-416, maio/ago. 2012

MACHADO A.L., MACHADO A.L, RESENDE, S.E.C.; ALBINO S.C., Condições de saúde de escolares e intervenção de enfermagem: relato de experiência. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, vol. 12, núm. 4, outubro-dezembro, 2011, pp. 841-848

OLIVEIRA, D. L. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Latinoam Enferm.* 2005;13(3):423-31.

PUPULIN, A. R.T. *Et al.* Giardíase em creches do município de Maringá, PR. *RBAC.* 2004;36(3):147-9.

Agradecimentos

A equipe envolvida no trabalho fica extremamente grata pela receptividade da equipe gestora da escola que nos recebeu, bem como todo o corpo docente e discente que acolheram a ideia e mostraram-se bem receptivos às atividades lúdicas realizadas.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR NO BRASIL: EVIDÊNCIAS NA LITERATURA

Davylla Virgínia Martins Costa – Universidade de Fortaleza – davylla9@hotmail.com

Klávdia Francelino de Castro – Universidade de Fortaleza

Hanna Maria Rebouças Bezerra de Menezes – Universidade de Fortaleza

Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza

Palavras chaves: Promoção da saúde. Trabalhador. Enfermagem.

Resumo

O presente estudo objetivou analisar as publicações científicas relacionadas à promoção da saúde do trabalhador no Brasil. Trata-se de uma revisão da literatura acerca das ações realizadas para a promoção da saúde do trabalhador, realizada nos meses de junho e julho de 2014, na qual foram utilizadas as bases de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), mediante os seguintes descritores: “promoção da saúde”, “saúde do trabalhador” e “enfermagem”. Foram utilizados ao todo 10 artigos para desenvolver o estudo, pois esses focavam na história das políticas de atenção ao trabalhador, nas determinadas funções, atuação do SUS, atuação da enfermagem e na promoção da saúde. Após análise da amostra, emergiram as seguintes categorias temáticas: A atuação do SUS e a política integral a saúde do trabalhador; Promoção da Saúde: trabalhador como instrumento principal; Enfermagem e as ações de assistência básica. Dentre os principais assuntos retratados nos artigos, tiveram destaque os desafios das Políticas Públicas para a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador e a promoção da saúde. Após a análise dos artigos percebe-se que a saúde do trabalhador é um tema ainda pouco estudado e que a política integral a saúde desse público muitas vezes deixa a desejar, por isso, é necessário que os enfermeiros e outros profissionais busquem novos conhecimentos e especializações para atuar de forma efetiva para um atendimento de qualidade, sabendo cuidar tanto à nível individual como coletivo.

Introdução

O trabalho pode ser considerado além de uma atividade ou esforços realizados por um indivíduo, é uma possibilidade do cumprimento de metas, objetivos e concretização de sonhos, que contribui para a autoestima, satisfação pessoal e realização profissional. O trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar inserido no mercado formal ou informal. Porém entende-se que parte do princípio de que a forma de inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer pois essas atividades acarretam determinados fatores de risco, que podem gerar comprometimentos físicos e mentais. Nessa realidade, a importância de ações em saúde destinadas ao trabalhador ganham destaque (BRASIL, 2002).

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (BRASIL, 2012).

No início dos anos 90 com a formulação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/199017), a qual inclui ações voltadas a saúde do trabalhador, que tem como objetivos o de contribuir para a proteção e a promoção da saúde dos trabalhadores, através do desenvolvimento ou do reforço, a nível nacional, dos programas de saúde cuja cobertura e conteúdo permitam a identificação, a avaliação e o controle eficiente de fatores e condições relacionadas ao trabalho e que sejam responsáveis por efeitos adversos sobre a saúde (LEÃO, 2013).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), cerca de 2/3 da população economicamente ativa tem desenvolvido suas atividades de trabalho no mercado informal. O Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2014) revela que em 2011 foram registrados aproximadamente 700 mil acidentes e doenças do trabalho, entre os trabalhadores assegurados da Previdência Social. Estes eventos provocam enorme impacto social e econômico sobre a saúde pública no Brasil. Entre esses registros contabilizou-se 15 mil doenças relacionadas ao trabalho, e parte destes acidentes e doenças tiveram como consequência o afastamento das atividades de aproximadamente 600 mil trabalhadores devido à incapacidade temporária, 15 mil por incapacidade permanente e óbito de 3 mil cidadãos.

No presente estudo o objetivo foi analisar as publicações científicas relacionadas à promoção da saúde do trabalhador no Brasil.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura acerca das ações realizadas para a promoção da saúde do trabalhador. Foram utilizadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

A busca ocorreu nos meses de junho e julho de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “promoção da saúde”, “saúde do trabalhador” e “enfermagem”. Os seguintes critérios de inclusão foram adotados: artigos online disponíveis na íntegra, que abordassem a temática e publicados a partir do ano 2000. Outras publicações foram utilizadas, como dados do Ministério da Saúde, do Ministério da Previdência Social e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, visto que eram de extrema relevância para a realização do trabalho.

Foram encontrados na primeira base de dados o total de 113 artigos e na segunda 132 artigos formando o total de 245 artigos, onde 235 não corresponderam aos critérios de inclusão, restando uma amostra de 10 artigos.

Resultados e Discussão

Foram utilizados ao todo 10 artigos para desenvolver o estudo, pois esses focavam na história das políticas de atenção ao trabalhador, nas determinadas funções, atuação do SUS, atuação da enfermagem e na promoção da saúde. Dentre os principais assuntos retratados nos artigos, tiveram destaque os desafios das Políticas Públicas para a Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, que envolve assistência, promoção, vigilância e prevenção de agravos. A promoção da saúde também foi bem retratada, pois é instrumento importante de capacitação do próprio trabalhador frente ao processo saúde-doença.

A busca de aprender os conteúdos estudados acerca do tema retratado, resultou na estruturação de quatro categorias de análise que versaram sobre: A atuação do SUS e a política integral a saúde do trabalhador; Promoção da Saúde: trabalhador como instrumento principal; Enfermagem e as ações de assistência básica.

A atuação do SUS e a política integral a saúde do trabalhador

Segundo Costa et al (2013), a Saúde do Trabalhador, constitui-se como espaço interdisciplinar e pluri-institucional que apreende o trabalho como um dos principais determinantes sociais da saúde. Considerando a complexidade de seu objeto, o campo preconiza um modo de agir integrador que inclui a promoção, a prevenção e a assistência, tendo o trabalhador, individual e coletivo, como sujeito de um processo de mudanças.

Soares, Cezar-Vaz e Sant'Anna (2011) reforça que enquanto incumbência da saúde pública brasileira, a saúde do trabalhador necessita adentrar em todos os ambientes de trabalho para atingir a universalidade das ações, conforme preconizam os princípios do SUS. No que se refere às ações, alguns dispositivos assumem relevância e notoriedade, como os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST), principalmente após a criação da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST) (LEÃO; CASTRO, 2013).

Os CEREST focam e trabalham com ações diretas de vigilância em caráter complementar ou suplementar para situações “em que o Município não tenha condições técnicas e operacionais, ou para aquelas definidas como de maior complexidade”. (COSTA et al, 2013). Leão e Castro (2013), reforça que a RENAST atualmente é a principal estratégia política da área de saúde do trabalhador no Brasil, no contexto do Sistema Único de Saúde.

A compreensão do processo saúde/doença dos trabalhadores que norteia a RENAST, está baseada no enfoque das relações trabalho/saúde/doença e da centralidade do trabalho desenvolvido pela epidemiologia social. Esta integra e articula as linhas de cuidado da atenção básica, da média e alta complexidade ambulatorial, pré-hospitalar e hospitalar, sob o controle social, nos três níveis de gestão: nacional, estadual e municipal, tendo como eixo os CEREST (DIAS; HOEFEL, 2005).

Promoção da Saúde: trabalhador como instrumento principal

As intervenções se pautam na concepção da saúde do trabalhador não apenas a ausência de doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, mas como a transformação dos processos de trabalho em seus diversos aspectos, na direção de buscar não apenas a eliminação de riscos pontuais que podem ocasionar agravos à saúde, mas também uma outra inserção do trabalhador no processo produtivo que seja potencializadora de saúde e de vida (ALVES, 2003).

Considera-se que o trabalhador, quando consciente das exposições a que está submetido no ambiente de trabalho, não só atua na prevenção de doenças e acidentes, como também pode assumir a sua responsabilidade para a promoção da saúde nos espaços em que o SUS ainda não possui ações efetivas (SOARES; CEZAR-VAZ; SANT'ANNA, 2011).

Dias e Hoefel (2005) revela que a participação dos trabalhadores é considerada essencial para a identificação dos fatores de risco presentes no trabalho e das repercussões destes sobre o processo saúde-doença, bem como é fundamental para a transformação das condições geradoras de acidentes e doenças, reforçando o trabalhador como instrumento para execução da promoção da saúde de forma eficaz.

Neste contexto, a participação em saúde relaciona-se intimamente com a promoção à saúde, pois se constitui em um instrumento de capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre suas vidas e consequentemente sobre os determinantes do processo saúde-doença (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007).

Embora a promoção da saúde seja um conceito ampliado, onde as ações estão direcionadas também ao próprio sujeito enquanto responsável pela própria saúde foi constatado que essa promoção muitas vezes está voltada para o outro (SOARES; ZEITOUNE, 2012). Sendo assim, o conhecimento de tais instâncias por parte do trabalhador remete ao foco pretendido que identifica a relação entre o conhecer e o atuar no ambiente de trabalho, com vistas a promover condições saudáveis (SOARES; CEZAR-VAZ; SANT'ANNA, 2011).

Estudos ainda revelam que ainda existem lacunas na produção de informações sobre o impacto na saúde, considerando a grande quantidade de agravos à saúde, visto que ainda é presente uma dissociação de ações e programas de investimentos visando à melhoria de condições de trabalho e à saúde dos trabalhadores. A participação dos trabalhadores não ocorre de forma constante, o que revela certa ambiguidade na sua atuação (COSTA, 2013; SOARES; CEZAR-VAZ; SANT'ANNA, 2011; ALVES, 2003).

A conciliação entre o enfoque da promoção da saúde e a proposta da vigilância da saúde se configuram como um instrumento poderoso para a Saúde do Trabalhador, visando integrar-se às demais políticas públicas de saúde, revelando que os problemas de saúde pontuados não são particularmente referentes aos trabalhadores, mas também à população como um todo (ALVES, 2003).

Sabe-se que a Saúde do Trabalhador, enquanto incumbência da Saúde Pública brasileira, necessita englobar todos os ambientes de trabalho para atingir a universalidade das ações, conforme preconizam os princípios do SUS (SOARES; CEZAR-VAZ; SANT'ANNA, 2011).

Portanto a promoção da saúde propõe uma participação do trabalhador na busca pela saúde, a prevenção de acidentes e doenças orienta-se por um enfoque unidirecional. Entretanto, as duas abordagens são necessárias e complementares para um bom programa de saúde do trabalhador, pois cada uma possui especificidades e resultados diferentes (REINHARDT; FISCHER, 2009).

Enfermagem e as ações de assistência básica

No âmbito da saúde do trabalhador uma das possibilidades de aplicação do conhecimento clínico das enfermeiras, é focar na prevenção de doenças com o intuito de adotar comportamentos mais saudáveis. Nesse escopo, o conhecimento dos trabalhadores sobre as possibilidades de prevenção de doenças e de promoção da saúde por meio de mecanismos organizacionais instituídos, pode se transformar em instrumentos de trabalho para a enfermagem (SOARES; CEZAR-VAZ; SANT'ANNA, 2011).

MARZIELE (2012) afirma que frente à realidade de uma baixa adesão dos trabalhadores às medidas de segurança, as ações precisam ir além da educação em saúde, partindo também para a compreensão dos comportamentos e dos fatores de grupo organizacionais e sociais que o influenciam, sendo necessária uma abordagem ainda mais completa por parte da enfermagem e de outros profissionais.

O reconhecimento da crise deste modelo médico clínico tem fomentado a busca por propostas em direção a um novo modelo que alcance a complexidade do processo saúde/doença incluindo, as várias dimensões: individual, social, econômica e cultural que o permeiam (CAMPOS; WENDHAUSEN, 2007). A produção do conhecimento em enfermagem do trabalho tem subsidiado melhores práticas, a promoção da saúde dos trabalhadores e auxiliado a expansão do mercado de trabalho para esses profissionais (MARZIAELE, 2010).

Entende-se que um programa desenvolvido com foco na promoção da saúde produz resultados há longo prazo, sendo mais demorado em comparação à um programa com foco na prevenção de acidentes e doenças, porém é mais abrangente e seus resultados são mais duradouros. Dessa forma, ao se considerar a saúde como algo amplo e não apenas a ausência de doenças, as estratégias de intervenção deslocam-se do eixo individualizado para a atuação sobre esses diferentes elementos, o que demanda interdisciplinaridade e intersetorialidade, além de integrar serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas específicos (ALVES, 2003; REINHARD, 2009).

Conclusão

Após a análise dos artigos percebe-se que a saúde do trabalhador é um tema ainda pouco estudado e que a política integral a saúde desse público muitas vezes deixa a desejar, por isso, é necessário que os enfermeiros e outros profissionais busquem novos conhecimentos e especializações para atuar de forma efetiva para um atendimento de qualidade, sabendo cuidar tanto à nível individual como coletivo.

Assim sendo, a Saúde do trabalhador bem como conjunto de atividades de ações tanto de vigilância, promoção e proteção a saúde dos trabalhadores, se faz cada vez mais necessária. Portanto é necessário uma maior efetividade das ações de promoção da saúde para os trabalhadores. Deve-se buscar estratégias, bem como capacitações e definição correta das diversas instâncias prestadoras de serviços, além de fortalecer cada vez mais os programas, as produções de normas e realização das mesmas corretamente.

Referências

- ALVES, R.B. Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. Cad. saúde pública, Rio de Janeiro, v.19, n.1, p.319-322, 2003.
- BRASIL. Ministério da Previdência. Informações estatísticas relativas à segurança e saúde ocupacional. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 11 ago. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde do trabalhador: cadernos de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- CAMPOS, L.; WENDHAUSEN, A. Participação em saúde: concepções e práticas de trabalhadores de uma equipe da estratégia de saúde da família. Texto contexto-enferm., Florianópolis, v.16, n.2, p.271-279, 2007.
- COSTA, D. et al. Saúde do trabalhador no SUS: desafios para uma política pública. Rev. bras. saúde ocup., São Paulo, v.38, n.127, p.11-30, 2013.
- DIAS, E.C.; HOEFEL, M.G. O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia RENAST. Ciência & saúde coletiva, v.10, n.4, p.817-828, 2005.
- LEÃO, L.H.C.; CASTRO, A.C. Políticas públicas de saúde do trabalhador: análise da implantação de dispositivos de institucionalização em uma cidade brasileira. Ciência & saúde coletiva, v.18, n.3, p.769-778, 2013.
- REINHARDT, E.L.; FISCHER, F.M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. Rev. panam. salud publica, v.25, n.5, 2009.
- 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-enferm., Florianópolis, v.20, n.3, p.425-434, 2011.
- SOARES, R.J.O.; ZEITOUNE, R.C.G. A promoção da saúde na percepção do docente de enfermagem: perspectivas para a saúde do trabalhador. Rev. pesq. cuid. fundam., v.4, n.1, p.37-40, 2012.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por estar sempre presente em nossas vidas. A querida Mestranda Camila Couto pelo carinho, amizade, dedicação, e por nos impulsionar sempre na construção de novos conhecimentos.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO CEARÁ: ANÁLISE DAS PROPOSTAS NO PLANO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO PERMANENTE

Autor 1 - Fabíola de Lima Gonçalves. Apresentador. e-mail: emaildafabiolalima@gmail.com

Autor 2 - José Maria Ximenes Guimarães. Orientador – Coordenador de Gestão do trabalho e Educação na Saúde. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Autor 3 – Hosana Mônica Tabosa - Secretaria de Saúde do Estado do Ceará

Palavras-chave: Políticas de Saúde. Educação Permanente. Promoção da Saúde .

Resumo

Este trabalho tem o objetivo de analisar a relação entre a demanda por necessidade de formação procedente das regiões de saúde do estado do Ceará e a Promoção da Saúde, considerando as áreas organizadas no Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde no período 2014 a 2017. O documento pode ser compreendido como uma proposta de orientação das ações de Educação Permanente e Educação Profissional no âmbito do SUS no Ceará, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional, com a finalidade de atender as necessidades de saúde da população. Neste trabalho nos propomos a revisitar este documento e identificar as demandas regionais voltadas à Promoção da Saúde, entendendo a Educação Permanente em Saúde como atividade meio a Promoção, visto que os profissionais devem estar aptos a atuar vislumbrando a perspectiva de proporcionar serviços e ações que promovam a saúde dos usuários. Trata-se de uma pesquisa documental realizada no período de julho a agosto de 2014, na Secretaria de Saúde do Estado. Observamos que há uma necessidade de maior compreensão por parte dos profissionais e gestores para a formação que tenha foco na Promoção da Saúde, não apenas na reabilitação e assistência, e ainda que, a maior área que apresentou demandas por formação foi a atenção primária.

Introdução

O Plano Estadual de Educação Permanente em Saúde (PEEPS), foi elaborado pela Coordenadoria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), por meio do Núcleo de Valorização, Negociação e Educação na Saúde (NUVEN), com apoio das Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES) Regionais, Estadual e Comissão Intergestora Regional. Este documento está previsto pela Portaria nº 1.996/2007 que redefiniu a Política Nacional de Educação Permanente no âmbito do SUS. A elaboração deste plano ocorreu por meio das demandas regionais, pelos Planos de Ação Regional de Educação Permanente em Saúde (PAREPS).

O documento foi construído de forma ascendente, a partir de demandas regionais, com objetivo de atender as necessidades de saúde da população. Pode ser compreendido como uma proposta de orientação das ações de educação permanente e educação profissional no âmbito do SUS no Ceará, alinhadas com as necessidades de formação e qualificação profissional, com o objetivo de atender as necessidades de saúde da população.

O plano tem a proposta de ser permanentemente avaliado e atualizado, conforme as novas necessidades que emergem do processo de gestão administrativa e financeira da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, bem como do monitoramento e avaliação da situação de saúde da população e da estruturação das redes de atenção à saúde. A perspectiva é a transformação da realidade da educação para os profissionais no estado e consequentemente colaborar para o enfrentamento de problemas que possam ser eliminados ou minimizados por meio do investimento na formação de profissionais para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, o objetivo da pesquisa foi a partir da análise sobre as diversas demandas oriundas dos municípios elencando as que estão relacionadas a promoção da saúde e que demandas podem colaborar para promover a saúde dos usuários a partir da formação em serviço e para o serviço.

Propomos-nos a elencar essas propostas que foram transformadas em cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização contemplando todas as macrorregiões de saúde do Ceará.

Metodologia

Este estudo utilizou-se de documentos como fonte de informações, consequentemente, é caracterizado como uma pesquisa documental com uma abordagem qualitativa. A pesquisa documental segundo Cellard (2008) favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.

O cenário da pesquisa foi a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, com sede na cidade de Fortaleza, localizada na Avenida Almirante Barroso Nº 600, Bairro Praia de Iracema, instituição diretamente responsável pela elaboração do plano.

A análise dos dados consistiu na análise de conteúdo que: consiste num conjunto de instrumentos metodológicos utilizado no estudo das interpretações, podendo ser utilizado na análise de quaisquer comunicações que ocorram entre emissor e receptor (COOPER; SAYD, 2000).

A leitura dos documentos analisados foi orientada pelo método de análise de conteúdo segundo Bardin(2004). Para a autora, a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Na análise documental toma-se em consideração a totalidade de um texto, classificando-o segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido. Busca-se introduzir certa ordem, segundo certos determinados, na desordem aparente. Os resultados foram organizados especificando as necessidades por área de formação que foram: gestão, atenção primária, secundária e terciária, participação social, sistemas de apoio, vigilância à saúde e formação.

Resultados

e

Discussão

A Promoção da Saúde definida pela Organização mundial de Saúde(OMS, 1978), como um processo que busca possibilitar que indivíduos e comunidades ampliem o controle sobre os determinantes da saúde e, por sua vez, consigam manter melhores indicadores de saúde, sendo, portanto a Promoção da Saúde uma estratégia de medicação, nesta ,mediação, os profissionais de saúde inseridos no Sistema Único de Saúde, precisam ter conhecimentos e desenvolver habilidades para que consigam dar um suporte para que cada vez mais os indivíduos tenham empoderamento sobre a sua saúde. Neste sentido, o Plano Estadual de Educação Permanente, traz as necessidades de formação dessas equipes e a partir dessas necessidades elencamos por área, o encontro entre a demanda colocada e a Promoção da Saúde.

Na área de gestão encontramos de demandas elencadas que totalizara 14 temas e cursos para os profissionais de toda a rede de serviços do estado, destes, apenas a Atualização - Qualificação em Humanização em Saúde tinha alinhamento específico com a Promoção da Saúde. Na área de Atenção Primária foram descritos 12 projetos educacionais, porém elencamos enquanto formações que tenham uma sinergia coma Promoção da Saúde apenas o aperfeiçoamento - Formação em Terapias Alternativas, Complementares

e Comunitárias; o aperfeiçoamento - Introdutório em Saúde da Família, com ênfase no NASF; a especialização em Atenção Primária; a Formação para o ACS (Etapas II e III); a atualização em Cuidado em Saúde Mental e Atenção aos Usuários de Crack, Álcool e outras drogas; a atualização em saúde mental com ênfase na criança e adolescente. Nas redes de atenção secundária e terciária não foram encontrados cursos com afinidade com a Promoção da Saúde, dos 14 cursos. Sobre os sistemas de apoio ao SUS encontramos: Atualização em fitoterapia e Atualização - Primeiros socorros e direção defensiva para motoristas. Na área de Vigilância dos 17 cursos descritos encontramos: a atualização em Vigilância alimentar e nutricional; a Atualização - em Imunização; o Aperfeiçoamento - Vigilância em Saúde do Trabalhador e o Técnico em Vigilância à Saúde. E, com relação à participação Social foi descrito apenas a Atualização em Educação em Saúde e Mobilização Social.

Percebemos pelo levantamento dos dados que a área de maior demanda foi a atenção à saúde pela própria essência de seu contexto: o cuidado, tanto individual como coletivo. Nas estratégias da Promoção da Saúde há a indicação da reorientação dos serviços de saúde (Carvalho, 2013), lembrando que os serviços são feitos por pessoas e para pessoas, este fortalecimento, certamente, passa pela Educação Permanente em Saúde.

Considerações

finais

A análise do Plano Estadual de Educação Permanente do estado do Ceará, evidenciou a intencionalidade de uma política a ser implementada em todo o território cearense, com ampla oferta de formação e qualificação dos trabalhadores do SUS.

Nesses termos, há proposta de desenvolvimento de cursos tanto para o pessoal de nível médio quanto superior. Assim, há oferta de formação técnica, além de cursos de atualização, aperfeiçoamento e especialização.

Contudo, há que se destacar que a demanda por processos formativos que possibilitem o fortalecimento da Promoção da Saúde, considerando as propostas da regiões de saúde, foi relativamente pequena.(aqui, você ver a possibilidade de melhorar).

Por fim, torna-se necessário problematizar os processos de construção desta demanda a qual deve considerar o contexto social, histórico, político e sanitário. Portanto, no contexto de mudanças do modelo de atenção, é pertinente no processo de avaliação e monitoramento do plano analisado rediscutir os atores envolvidos as necessidades de formação com vistas ao fortalecimento do Promoção da Saúde no Ceará.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.

CARVALHO, S. R., Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: sujeito e mudança. 3 ed. São Paulo, Hucitec, 2013.

CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.

COOPER, C. L. F.; SAYD, J. D. Concepções de Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da UERJ, 2000.

BARDIN, L. Análise de conteúdo. 3.ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

O.M.S., Organização Mundial de Saúde, Declaração de Alma Ata, 1978.

Agradecimentos

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

A PROMOÇÃO DO CUIDADO NA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: A VIVÊNCIA DE UMA ENFERMEIRA

Jane Carla Maurício - Universidade Federal de Alagoas (UFAL) – jc192008@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)
Sheyla Christine Pinheiro Barbosa– Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC)
Vívian Marcella dos Santos Silva – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Palavras-chave: Cuidado. Enfermagem. Assistência.

Resumo

A atuação do serviço de vigilância sanitária tem como finalidade proteger a saúde da população e manter o ambiente em adequadas condições, mediante identificação de riscos e adoção de medidas visando controlá-los, quando não for possível eliminá-los. Sabendo-se que a promoção da saúde para um ambiente sustentável necessita da reflexão sobre a comunhão entre o cuidado de enfermagem e o meio ambiente, resolveu-se fazer um levantamento bibliográfico acerca do assunto além de teve-se interesse em realizar uma pesquisa com uma Enfermeira da Vigilância Sanitária, do nível regional da Secretaria de municipal de Saúde do município de Arapiraca-AL, objetivando conhecer as atitudes que podem ser vistas como “cuidados” prestados a um paciente durante uma vistoria da Vigilância Sanitária. Percebeu-se então uma relação formada entre a vigilância sanitária e os cuidados de enfermagem, já que reconheceu-se a vigilância sanitária como mais um campo de atuação onde se abrem novas expectativas na área de enfermagem, uma vez que esta formação sempre foi orientada pelos perfis epidemiológicos do coletivo, práticas educativas e cuidado. O enfermeiro da Vigilância Sanitária pode sim ser um agente promotor de cuidado enquanto fiscal Sanitário, isto provém da ideia de que o acolhimento e a escuta podem ser formas de cuidado durante uma inspeção sanitária. Diante disso a formação de vínculo e a valorização do projeto de felicidade do usuário podem acontecer paralelamente à identificação de riscos sanitários.

Introdução

A atuação do serviço de vigilância sanitária tem como finalidade proteger a saúde da população e manter o ambiente em adequadas condições, mediante identificação de riscos e adoção de medidas visando controlá-los, quando não for possível eliminá-los. Este serviço concentra-se em quatro grandes áreas: produtos, serviços de interesse da saúde, meio ambiente e saúde do trabalhador. Atuando prioritariamente nas práticas preventivas com destaque na promoção e proteção da saúde.

Percebe-se uma enorme relação entre o cuidado em enfermagem e o serviço de vigilância sanitária e vigilância em saúde ambiental, que se manifesta no objeto de cuidado de ambos - a saúde humana-, o que nos leva a considerar ser de grande relevância a contribuição do enfermeiro para este serviço. O enfermeiro tem fundamental importância em diversas áreas porém algumas delas são pouco exploradas ou até mesmo desconhecida pela maioria dos profissionais.

Para Almeida e Rocha (1997) “a função peculiar de enfermagem é prestar assistência ao indivíduo sadio ou doente, família ou comunidade, no desempenho de atividades para promover, manter ou recuperar a saúde”.

A promoção da saúde para um ambiente sustentável necessita da reflexão sobre a comunhão entre o cuidado de enfermagem e o meio ambiente. Essa aproximação tem como resultado a valorização do ambiente como fator determinante de agravos à saúde e bem-estar. O conceito de saneamento compreende os sistemas de abastecimento de água e esgotamento sanitário, a coleta e disposição de resíduos sólidos, a drenagem urbana e o controle de vetores, saneamento de residências (CERVO & RAMOS, 2006). A população necessita de melhorias no serviço de vigilância, isso com certeza causará menos custos ao governo se a primeira etapa de saúde que é a profilaxia (prevenção e orientação) através da Atenção Básica desenvolver um trabalho de qualidade. O Enfermeiro tem que avaliar o paciente como um todo, tratar não só a doença, mas também a sua causa informando sempre a população como e por que as doenças surgem para que possam atuar juntos com os profissionais de saúde em busca de uma vida digna e com saúde.

Segundo ANTONIO (2009) a falta de uma infra-estrutura voltada para a melhoria da qualidade de vida da população, a falta de condições financeiras, baixo rendimento familiar e até mesmo o baixo nível de escolaridade tem refletido de uma forma bastante visível nas pequenas comunidades em relação ao saneamento básico e até nas próprias condições sanitárias, consequentemente reflete no processo saúde-doença.

O estudo tem como objetivo relacionar a atuação do enfermeiro na promoção do cuidado na Vigilância Sanitária, bem como, seu perfil diante dos demais profissionais, suas responsabilidades, sua inserção na estrutura dos serviços pontuando a importância do trabalho desenvolvido que muitas vezes é desconhecido pelo próprio colega da categoria profissional em questão.

Metodologia

Orientada pelos objetivos objetivando conhecer as atitudes que podem ser vistas como “cuidados” prestados a um paciente durante uma vistoria da Vigilância Sanitária e através do relato de experiências a presente revisão bibliográfica buscou artigos relevantes ao assunto nas seguintes bases de dados: SCIELO - Scientific Electronic Library Online e Biblioteca Virtual da Saúde (LILACS – Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), no período de 1997 a 2012, publicados em português. Foram utilizados os descritores: promoção à saúde, vigilância sanitária, cuidado de enfermagem. As seguintes etapas foram realizadas: a) leitura, b) seleção e c) sistematização dos tópicos de interesse.

Numa revisão de literatura foram examinadas as bases: SCIELO e BVS (LILACS) no intuito de identificar os descritores mais utilizados e próprios ao tema de interesse. Os descritores “promoção à saúde”, “vigilância sanitária” e “cuidado de enfermagem” foram definidos após avaliação abrangente do acervo encontrado.

Uma vez selecionados 11 artigos potencialmente relevantes, o passo seguinte foi a leitura analítica de todos os resumos. Foram excluídos 4 artigos que focalizavam assuntos alheios ao tema de interesse ou por trazerem resultados obtidos de outras fontes. Na etapa seguinte, procedeu-se à leitura do texto completo de 7 artigos. Ao final da leitura, foram excluídos 2 artigos. Sendo que os dados coletados se deram a partir da leitura de 5 artigos específicos para o estudo que focalizou os seguintes componentes: a) acolhimento b) escuta c) vistoria da vigilância sanitária.

A partir daí foi realizada uma pesquisa exploratória com uma enfermeira da vigilância sanitária, do nível regional da Secretaria de municipal de Saúde do município de Arapiraca-AL, objetivando conhecer os cuidados que devem ser tomados para a realização da vigilância sanitária. Na SMS-Arapiraca/AL, a vigilância sanitária é desenvolvida em três níveis: o central, de competência do Centro de Vigilância Sanitária – CVS; o regional, representado pela Direção Regional de Saúde – DIR, e o local, representado pelos Grupos Técnicos de Vigilância Sanitária lotados nos Núcleos Regionais de Saúde. Além disso, também foi possível entender, a partir da pesquisa exploratória, alguns aspectos organizacionais que orientavam a dinâmica de funcionamento dos Núcleos Regionais e da

própria DIR. Essa entrevista não foi analisada pela técnica de análise de discurso, apenas apoiou a explicação de determinadas formas de atuação da vigilância sanitária, sendo possível entender, por meio delas, por exemplo, o motivo de as enfermeiras estarem inseridas, basicamente, na vigilância dos serviços de saúde. Ou ainda, para se entender o papel dos agentes de saneamento nas equipes de vigilância sanitária. Como o objetivo era identificar as ações dos Enfermeiros focado no cuidado, o estudo foi realizado a partir da análise de discurso das entrevistas realizadas com a vivência de uma enfermeira que compunham as equipes de vigilância sanitária da Direção Regional de Saúde I- DIR I (que abrange o Município de Arapiraca), realizadas no período de julho a agosto de 2014. O universo de entrevistadas compunha-se de 1 enfermeira. O depoimento desta foi obtido por meio da aplicação de um roteiro semi-estruturado, que pedia sua visão sobre saúde; ecologia e trabalho em saúde; ecologia e trabalho da enfermagem; ecologia e vigilância sanitária. E, finalizando, foi solicitado que ela descrevesse, com pormenores, uma ação realizada na vigilância sanitária (da qual ela tinham participado). A presente apresentação se refere à análise da categoria promoção a saúde na vigilância sanitária. As demais categorias foram objeto de outras publicações, tendo em vista a extensão do tema e a justa limitação do número de páginas para apresentação no Congresso.

Resultados e Discussão

Segundo ANDRADE (2008) e WALDOW (1998), as escolas de enfermagem tradicionalistas têm prescrito alguns comportamentos e posturas consideradas adequadas e muitas, ainda, enfatizam um comportamento ou atitude caracterizada como postura profissional. Embora não definida precisamente, a postura profissional parece querer significar uma atitude de discrição, respeito, interesse pelo paciente, porém mantendo certa distância. De preferência essa atitude deveria ser também em relação aos membros da equipe de enfermagem, acrescida de atitude que demonstrasse autoridade e imparcialidade. Porém, o campo da enfermagem vem mudando e o foco de atenção também. Além de uma visão holística com relação ao paciente, o enfermeiro desenvolveu habilidades da relação interpessoal, além de outras habilidades para o manejo de situações extra-setor. E a enfermagem, se apegando na definição das necessidades sociais. Oliveira 2011, refere que a essa questão, as necessidades vêm sendo concebidas como importantes indicadores de avaliação da qualidade das tecnologias de trabalho de saúde.

O enfermeiro atuante no setor da vigilância sanitária ocupa mais um cargo contribuindo com sua competência técnica e legal para o desenvolvimento de uma área ainda pouco explorada pela enfermagem. Percebeu-se então que como enfermeira da vigilância sanitária, esta pode sim prestar um cuidado diferenciado durante uma vistoria. O termo cuidar é polissêmico, ou seja, tem diferentes significados. O cuidado é uma atitude que atravessa todas as dimensões da realidade humana. Para Pellegrino (1985), cuidar é, compadecer-se de alguém, ajudá-lo a ser autônomo, convidar a compartilhar sua responsabilidade, sua angústia.

Desde sua formação o enfermeiro está voltado para atendimento e cuidado a população e a vigilância sanitária por sua vez, tem como finalidade proteger a saúde da população e manter o ambiente em adequadas condições, mediante identificação de riscos e adoção de medidas visando controlá-los, se não for possível eliminá-los. Assim, podemos perceber a relação formada entre a vigilância sanitária e os cuidados de enfermagem. De acordo com Rosello (2009), cuidar de alguém não é confundir-se com ele, e, sim, estabelecer uma relação muito próxima, o que não supõe a dissolução do eu no tu. Cuidar de alguém significa integrar em si mesmo a vida interior do outro, participar de seus pensamentos, até o extremo de alguém se perguntar quem é, afinal, o agente ativo e o agente passivo na função de cuidar. A função do enfermeiro como fiscal sanitário, não é propriamente dita prestar a assistência ao paciente ali, mas sim seguir suas funções de identificar os riscos sanitários, mas isto não o impede de “escutar” como forma de cuidar, nem de o acolher também como forma de cuidar, assim também de repente além de “ser um com ele”, acaba identificando riscos na formação de vínculo com o paciente. A prática do acolhimento busca transformar o processo de trabalho em saúde. O enfermeiro, por sua vez, tem papel imprescindível na realização desta prática. De acordo com Cardoso (2004), escutar não se limita apenas ao ouvir enquanto captação de sons (sensações), mas se refere à busca de apreensão do sentido do dizer. Sugere aproximação (auscultare), ouvir de perto, ouvir o que está dentro do outro; também é compreendido como atender e recolher o que foi dito. Para escutar é necessário haver uma doação, no sentido de se dispor inteiramente da escuta do que está sendo dito, é escutando que nos abrimos para o mundo e para os outros, pois se trata de um dizer que nos remete a um mundo, e não apenas a um mero falar. Logo, o projeto de felicidade do paciente também será levado em conta para o fiscal relacionar com o ambiente em que o usuário está inserido.

Sendo a vigilância sanitária mais um campo de atuação onde se abrem novas expectativas na área de enfermagem, uma vez que a formação de enfermagem sempre foi orientada pelos perfis epidemiológicos do coletivo, práticas educativas e cuidado. Nos tempos atuais, chegamos a uma conclusão desafiadora: inovar ou não? Todavia, sabemos da tarefa difícil essa ação. Inovar, participar de ações pouco exploradas exige do profissional uma infinita força de vontade, capacidade de se auto construir efetivamente e constantemente, sendo a vigilância sanitária parte deste desafio há também a necessidade de que se permita essa inovação, haja introdução de mais profissionais da enfermagem.

Conclusão

Sabemos de nossa história. Conhecemos como poucos as transformações pelas quais a enfermagem passou e continua passando, uma vez que não é algo inanimado, estático é uma ciência em constante transformação. Porém, nestas últimas décadas, as transformações nos impulsionaram a tomar decisões muito além de nossa profissão.

Há algum tempo atrás, éramos poucos, estávamos envolvidos com todas atividades principalmente as burocráticas, desta forma, colocamos muitos de nossos trabalhos nas mãos dos técnicos e auxiliares. Trevizan et AL, (2003, p.24), Chega ao questionamento sobre o distanciamento das atividades práticas do cuidar, e os motivos que estavam relacionados era a escassez de enfermeiros, a crescente complexidade burocratização dos hospitais, as instituições de saúde desejavam o gerenciamento da assistência de enfermagem, controlando a equipe e os gastos de forma que os serviços fossem eficientes, econômicos e práticos. No entanto, hoje não podemos fazer esta mesma comparação, o número imenso de enfermeiros que surgiram nas últimas décadas, nos impulsionaram a colocar “a mão na massa”, e correr atrás de novas oportunidades e vislumbrar novos horizontes de conhecimento.

A vigilância sanitária, possui equipes multidisciplinares especializadas, geralmente ligadas ao centro de referência, que nos coloca mais uma vez na estrada que nos liga ao novo e também ao desafio de exercer a função com domínio de causa e expertise. A vigilância sanitária, como política pública de saúde, é um instrumento entre outros, de garantia do direito humano da saúde. É no cotidiano de sua prática, na ação de seus profissionais e na garantia igualitária de seu acesso que o valor ético é garantido. Colocando a enfermagem, no encontro mais uma vez com a qualidade e valorização do serviço que é exercido, aproximando cada vez mais do papel norteador da V.S, o que nos leva a acreditar ser de grande relevância o papel do enfermeiro para este serviço.

O enfermeiro da Vigilância Sanitária pode sim ser um agente promotor de cuidado enquanto fiscal Sanitário, isto provém da ideia de que o acolhimento e a escuta podem ser formas de cuidado durante uma inspeção sanitária. Diante disso a formação de vínculo e a valorização do projeto de felicidade do usuário podem acontecer paralelamente à identificação de riscos sanitários.

Referências

ANDRADE, B. B., BELLINI, E. F., SANTOS, M. E. S. WAIDMAN, M. A. P., Ontologia e epistemologia do cuidado de enfermagem. Arq.Ciênc. Saúde Unipar, Umuarama, v. 12, n. 1, p. 77-82, jan./abr. 2008.

ANTONIO, J. F.; AYACH, L. R. Diagnóstico das condições de saneamento básico. [Internet]. 2009. Disponível em: <<http://www.rededesaberes.org/3seminario/anais/textos/ARTIGOS%20PDF/Artigo%20GT%203-05%20%20Jane%20FRancisco%20Ant%F4nio%20e%20Lucy%20Ribeiro%20Ayach.pdf>> acesso em: 23 de julho de 2010.

CERVO, M. C.; RAMOS, H. A. C. Conhecimento do enfermeiro sobre sua atuação no saneamento básico no PSF em Guarapuava PR. Espaço para a saúde. Londrina. V7, n.2, jun.2006. p.17-23.

NETO, G.V. et al. A construção da política de vigilância sanitária: do Conceito, da abrangência e do campo de atuação. Tratado de Saúde Coletiva. Editora Fiocruz. Ed.2. p.689-712. 2012.

OLIVEIRA,DC,ET AL.CONSTRUÇÃO DE UM PARADIGMA DE CUIDADO DE ENFERMAGEM PAUTADO NAS NECESSIDADES HUMANAS E DE SAÚDE Esc Anna Nery,2011 out-dez; 15 (4):838-844

PELLEGRINO E. D., **The caring ethics**, The University of Alabama Press, Alabama, 1985

ROCHA S.M.M. ;ALMEIDA, M.C.P.; Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: Almeida MCP, Rocha SMM. O trabalho de enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. p.15-24.

ROSELLÓ, Francesc Torralba i, Antropología del cuidar. Barcelona: Institut Borja de Bioética, 1998.

TREVIZAN, M.A. et al. Transformações Históricas Na Assistência De Enfermagem. Revista Enfermagem Atual, São Paulo, n.16, p.24.2003.

Agradecimentos

*Em forma de uma prece
Queremos lembrar e agradecer
Aqueles que merecem
Que nós venhamos reconhecer
Toda sustentação e carinho
Todo apoio e compreensão
Que nos foi promovido.
Em primeiríssimo lugar, a Deus
Que nos permitiu, o dom da vida,
Na escolha de uma carreira,
Entre outras vitórias conseguidas,
Ter a formação de Enfermeiras.
Ao nosso Anjo Guardião
Incontinente ao nosso lado
Promovendo intuição
Imantando nossa mente.
Agradeçemos a cada colega de profissão
E a todos da equipe de enfermagem
Pois, alicerçaram a nossa bagagem
Estando inclusos nesta apresentação.
A Mestranda e professora Vivian Marcella pelo incentivo
No papel de orientadora
Muito mais que uma presença
Muito além de professora...
As autoras deste trabalho
Laçadas pelo Projeto à Promoção do Cuidado
Mesmo assim, sobretudo
Investindo em formação
Ampliaram o estudo.
Meu muito obrigado e carinho.
Tenhamos na vida, a certeza
Que todo sonho é possível
Na busca do conhecimento
Todo esforço é cabível
Para vivenciar este momento.
Que Deus permaneça nos abençoando!*

A PROMOÇÃO DO PARTO HUMANIZADO EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA: um relato de acadêmicas de enfermagem.

Ingrid de Moura Abreu – Universidade Federal do Piauí-UFPI / ingridmabreu@outlook.com
Nalma Alexandra Rocha de Carvalho – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Raisa Leocadio de Oliveira – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Maria dos Remédios Farias dos Santos – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Jéssica Loureiro Mendes Silva – Universidade Federal do Piauí-UFPI
Inez Sampaio Nery – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Parto humanizado. Rede pública. Enfermagem.

Resumo

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que anualmente 20 milhões de mulheres apresentam complicações agudas no ciclo gravídico- puerperal, com ocorrência de 529 mil óbitos maternos. O objetivo do trabalho é relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem Maternidade onde estava sendo implementada a prática de parto humanizado. Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem do 6º período acerca da sua vivência e realizações durante os estágios, no Centro de Obstétrico, no decorrer da Disciplina saúde da mulher que transcorreu no primeiro semestre de 2014. A descrita experiência foi vivenciada de uma forma global, enquadrando o pré-parto, parto e puerpério imediato de uma maternidade. Local onde para alguns profissionais a permanência é percebida como um "sofrimento" para outros é visto como momento de alegria e contemplação. Durante o período as enfermeiras usavam de diversas estratégias para que a equipe multidisciplinar tivesse mais conhecimento da política de humanização do parto, eram folders, cartazes, blusas com estampas referentes à alegria da gestante no momento do seu parto, além de rodas de conversa. Os alunos perceberam ainda que já havia uma diferença em relação a equipe comparando com o início dos estágios, esta já reconhecia a importância dessas intervenções durante o trabalho de parto e da melhor recuperação da mulher. Conclui-se que a experiência foi de grande proveito para os graduandos, pois a partir dela puderam perceber como a promoção da saúde pode ser exercida não só na atenção básica mas também dentro de uma instituição hospitalar.

Introdução

A assistência ao parto, historicamente, foi desenvolvida por parteiras tradicionais (leigas), que tinham o domínio de técnicas, mas não do saber científico. Com o passar dos tempos e com a necessidade de qualificar essa ação, médicos e enfermeiros assumiram essa responsabilidade, fato que fomentou certa inovação tecnológica. Tais mudanças levaram a várias modificações nos cuidados às parturientes no período perinatal. O cuidado materno e infantil deixou de ser uma atividade assistencial desenvolvida em qualquer espaço do território da comunidade e passa a ser desenvolvido no espaço de uma maternidade sob uma lógica de atenção à saúde, com forte componente tecnológico (FERREIRA *et al.* 2014).

Estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) apontam que anualmente 20 milhões de mulheres apresentam complicações agudas no ciclo gravídico- puerperal, com ocorrência de 529 mil óbitos maternos. A morte materna ultrapassa as repercussões de uma tragédia individual ou familiar, constituindo um dos grandes indicadores do desenvolvimento humano de uma população, podendo refletir em informações sobre a qualidade da assistência à saúde, bem como o nível socioeconômico (MORAES, 2001).

A partir da década de 80, no campo obstétrico brasileiro, os reflexos desta luta foram percebidos quando o modelo medicalizado, que considera a gravidez um risco e o parto um ato médico, começou a ser questionado por uma corrente opositora. Esta corrente defende a autonomia da mulher no processo de gestar e parir e concebe o parto como um fenômeno prazeroso e libertador na vida da mulher. Esta concepção opositora, por sua vez, foi denominada de modelo humanizado (DINIZ, 2005).

A humanização da assistência é de extrema importância para garantir que um momento especial como o parto seja vivenciado de forma positiva e enriquecedora. Resgatar o contato humano, ouvir, acolher, explicar, criar vínculo são quesitos indispensáveis no cuidado. Tão importante quanto o cuidado físico, a realização de procedimentos comprovadamente benéficos, a redução de medidas intervencionistas, a privacidade, a autonomia e o respeito à parturiente, aspectos defendidos no Programa de Humanização no Pré-Natal, Parto e Nascimento (PHPN) instituído pelo Ministério da Saúde, em 2000. Apesar de passados mais de 10 anos, essa realidade está longe da aproximação entre o que foi teorizado e institucionalizado (FERREIRA *et al.* 2014).

Entretanto, apesar dos avanços no que se refere à assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal ainda se observa que a mesma é marcada por intensa medicalização, procedimentos/intervenções abusivos e iatrogênicos, cesarianas desnecessárias, além de falta de privacidade e desrespeito à autonomia da mulher (BRASIL, 2011).

Diante disso esse trabalho tem como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem Maternidade onde estava sendo implementada a prática de parto humanizado.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de acadêmicos de enfermagem do 6º período acerca da sua vivência e realizações durante os estágios, no Centro Obstétrico de uma Maternidade de referência do estado do Piauí, no decorrer da disciplina Saúde da Mulher que transcorreu no primeiro semestre de 2014.

As práticas ocorriam semanalmente, com cerca de 6 horas diárias cada período, os grupos eram compostos por 5 pessoas e o professor direcionava os graduandos a suas atividades dentro do Centro Obstétrico, buscando mantê-los com certa independência, pois já tinham conhecimento teórico anterior.

O desafio da disciplina tem sido estabelecer conexões com a teoria e a prática formando um elo entre a humanização da saúde e o cuidado as gestantes, parturientes e puérperas. Buscando também, na disciplina, apontar a educação em saúde enquanto um dispositivo para a promoção da saúde e qualidade de vida e, assim, um indicador de qualidade baseando-se nas políticas públicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Resultados e Discussão

As maternidades públicas no Brasil por vezes atendem a mulheres que não têm condições de consumir os serviços oferecidos pelas instituições privadas de saúde. A assistência ao parto nessas instituições é desumana porque anula de diversas formas a possibilidade de a mulher e de a família vivenciarem os aspectos subjetivos desse momento (DIAS; DOMINGUES, 2005).

A descrita experiência foi vivenciada de uma forma global, enquadrando o pré-parto, parto e puerpério imediato de uma maternidade. Local onde para alguns profissionais a permanência é percebida como um "sofrimento" para outros é visto como momento de alegria e contemplação.

É assim que as enfermeiras obstétricas vêem o parto e seus momentos circundantes. A residência obstétrica dentro dessa maternidade veio com o intuito de melhorar essa situação, nela estão inseridas cerca de 18 enfermeiras cursando a residência e 7 perceptoras que se dividem em turnos de plantão.

A cada dia, elas tentam implementar medidas de humanização do parto à equipe multidisciplinar. Equipe esta que não tem conhecimento acerca dessas estratégias, que vivencia a cada dia *modelo medicalocêntrico*, no qual estratégias medicamentosas ou cirúrgicas são as únicas que dão resultado.

Este o cenário que os acadêmicos de enfermagem se depararam ao chegar, logo se agregando as residentes de obstetrícia e as enfermeiras obstetras com o intuito de contribuir para propagar essa assistência humanizada.

As enfermeiras usavam de diversas estratégias para que a equipe multidisciplinar obtivesse mais conhecimento da política de humanização do parto, eram folders, cartazes, blusas com estampas referenciando a alegria da gestante no momento do seu parto.

A atuação do enfermeiro na assistência ao parto normal ganha força em nosso meio a partir da discussão dos resultados do modelo médico de atenção e do exemplo da atuação das enfermeiras obstetras em países europeus, como Inglaterra e Holanda. Nesses locais, o modelo de atenção ao parto inclui a importante atuação dessas profissionais, apresenta resultados perinatais muito bons e alta satisfação das usuárias com a assistência prestada (WIEGERS, 1996, TURNBULL, 1996).

Além disso, uma vez por semana as enfermeiras fazem uma atividade de conscientização no intervalo de alguns profissionais, semanalmente, em horários distintos para que todos tenham a oportunidade de ouvir o que elas tem a dizer sobre parto humanizado.

O principal foco das enfermeiras era transformar o momento do parto no mais natural possível, com a participação ativa da paciente, utilizado estratégias para alívio da dor, como banho quente, exercícios na bola, no cavalinho, massagens na região lombar, mudanças de posição, além de o apoio do acompanhante, tudo isso de acordo com sua escolha e consentimento.

Foi perceptível por parte dos graduandos a diferença de um parto com e sem essas intervenções. Os alunos perceberam ainda que já havia uma diferença em relação a equipe, que já reconhecia a importância dessas intervenções durante o trabalho de parto e da melhor recuperação dessa mulher.

Conclusão

Conclui-se que a experiência foi de grande proveito para os graduandos, pois a partir dela puderam perceber como a promoção da saúde pode ser exercida não só na atenção básica, mas também dentro de uma instituição hospitalar. Pôde-se observar que essas estratégias exercem efeito significado quando aplicadas, se instituídas de forma sistemática, rotineira, projetada e integrada. Os acadêmicos puderam vivenciar a efetividade dessas ações, impulsionando-os a propagá-las tanto na vida acadêmica quando profissional, em prol de uma assistência individualizada, integralizada e holística.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>

FERREIRA, A. G. N. *et al.* Humanização do parto e nascimento: acolher a parturiente na Perspectiva dialógica de Paulo Freire. Rev enferm UFPE on line., Recife, v.7, n.5, p:1398-405, 2013.

DINIZ, C. S. G. A humanização de assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. Revista Ciência e Saúde Coletiva /Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. v.10, n.3, p:627-37. 2005;

MORAES, A. P. P. Morbidade materna grave em São Luís-Maranhão. [tese de doutorado]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 2011. Disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/BUOS-8R5PG5/tese_final_ana_paula_pierre.pdf?sequence=1>. Acesso em 9 de agosto de 2014.

WIEGERS, T. A. *et al.* Outcome of planned home and planned birth in low risk pregnancies: prospective study in midwifery practices in The Netherlands. BMJ. v.313, n.7068, p: 1276-1277. 1996

TURNBULL, D. *et al.* Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. Lancet. V. 348, n. 9022, p: 213-218, 1996.

Agradecimentos

Os agradecimentos vão primeiramente para as enfermeiras obstétricas que lutam a cada dia para instituir o parto humanizado na instituição dedicando-se as pacientes de forma integral e humana.

A PSICOMOTRICIDADE COMO FERRAMENTA INTERDISCIPLINAR PARA A PROMOÇÃO DE SAÚDE NO ENVELHECIMENTO

Ariadne Messalina Batista Meira – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) – ariadne.meira@hotmail.com

Marcelo Italiano Peixoto – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Monalisa Peixoto Soares – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Emerson Araújo Do Bú – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Prof.^a Dr.^a Cristina Ruan Ferreira de Araújo – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Palavras-chave: Psicomotricidade. Envelhecimento. Retrogênese.

Resumo

O Brasil vive atualmente o período de envelhecimento da população, consequência dos avanços nas políticas de saúde e de assistência social. Frente à esses avanços, medidas têm sido buscadas como estratégias para melhoria da qualidade de vida e do bem estar dos indivíduos que enfrentam as dificuldades do envelhecimento, que implica perdas em diferentes níveis. Como proposta para essa situação, a partir de uma revisão da literatura, o presente trabalho se ancora na psicomotricidade como alternativa que amplia os campos de possibilidade da atuação interdisciplinar na promoção de saúde no envelhecimento, na medida em que pensa o sujeito que experiência a retrogênese no nível biológico, psicológico e social.).

Introdução

Diante das mudanças socioeconômicas e dos avanços tecnológicos e científicos, o Brasil vem passando por um processo de envelhecimento da população, com alta expectativa de longevidade, o que tem suscitado medidas para assegurar vida saudável e tranquila para a população da terceira idade (PONTES, 2004). Pensar o envelhecimento implica refletir acerca da visão social que se faz desse momento, uma vez que se atribui à velhice o estigma da improdutividade, o que frustra e, muitas vezes, retira o idoso da cena social (LOUREIRO, 2004), e implica, simultaneamente, considerar que é uma fase de retrogênese, na qual a pessoa começa a passar por um processo de “involução” da marcha, assumindo características iniciais do desenvolvimento (BORGES, et al. 2010). Portanto, o envelhecimento implica questões de ordem social, biológicas e também psíquicas, na medida em que as formas de encarar a velhice com os temores e perdas que esta acarreta, estão atreladas a limitações e angústias (VOLL, 2002), acarretando em um baixo conceito de si e em estresse emocional (PONTES, 2004).

Frente a todas essas questões que estão implicadas no envelhecimento, as políticas que buscam pensar estratégias de promoção de saúde ao Idoso são orientadas a pensar no bem estar biopsicossocial (VOLL, 2002). A psicomotricidade aparece como estratégia para essas problemáticas, na medida em que pensa a promoção de saúde atrelada a socialização e a manutenção da autonomia dos indivíduos, envolvendo práticas interdisciplinares que possibilitam ao idoso uma melhor forma de lidar com as perdas e limitações físicas que aparecem ao longo do envelhecimento (MELO, 2013).

O presente trabalho tem por objetivo, portanto, através de uma revisão na bibliografia acerca dos temas em questão, ensaiar a utilização da psicomotricidade enquanto estratégia interdisciplinar de promoção à saúde no envelhecimento.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sistematizada, exploratória, de natureza aplicada e de abordagem qualitativa (GIL, 2008), desenvolvida a partir de artigos e livros. Realizou-se uma revisão da literatura através das bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), IndexPsi e Períodos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), com os descritores os termos “Psicomotricidade”, “Retrogênese”, “Psicomotricidade AND Idoso”. Foram encontrados diversos trabalhos, mas para refinamento, utilizou-se como critério de exclusão textos que não fizessem referência direta ao tema, ou diretamente no título, ou no resumo. Diante disso, obteve-se um total de 09 publicações em artigos e 1 livro, a serem utilizados para os objetivos do presente trabalho. Foi feita uma leitura sistemática e integral dos artigos, confrontados e contrapostos de modo a ser possível ensaiar suas coordenadas para construção do trabalho proposto.

Resultados e Discussão

O Brasil passa por notáveis mudanças nas projeções de sua pirâmide etária, cujas indicações são de que, no ano de 2025, 15% da população brasileira será composta por pessoas com 60 anos ou mais (OVANDO & COUTO, 2010). Numa perspectiva social, o envelhecimento implica o encerramento de atividades econômicas e a retirada da autonomia e consciência para guiar a própria vida (GONÇALVES, 2011); biologicamente, por sua vez, o corpo passa pelo processo de retrogênese, qual seja, o processo de involução humana, que revela manifestações regressivas motoras, perceptivas, cognitivas ou socioemocionais, ou seja, acontece um mecanismo inverso ao da aquisição do desenvolvimento normal (BORGES et al, 2010); a modificação das relações do indivíduo consigo mesmo, com o outro, o mundo e o tempo, além das alterações na memória, na cognição e nos laços sociais, demonstram o processo psicológico do envelhecimento, repleto de angústias e contradições (BORGES et al, 2010). O comprometimento de certas funções dos idosos afetam o desempenho das atividades de vida diária (AVDs), chegando a atrapalhar inclusive a realização das atividades básicas da vida diária (ABVDs), atingindo a independência pessoal (OVANDO & COUTO, 2010).

Apesar de toda essa carga negativa que é construída culturalmente em torno do envelhecimento, Gonçalves (2011) aponta mudanças nesse patamar, ao levantar a teoria que considera possibilidades de uma velhice normal e bem sucedida, que respeita os limites de plasticidade de cada um, preservando seus potenciais de desenvolvimento (Néri, 1995 *apud* GONÇALVES, 2011). Buscando à melhoria da qualidade de vida do idoso, pensando no campo do bem-estar biopsicossocial, a psicomotricidade, numa abordagem educativa e reeducativa, contribui para a promoção de saúde do idoso, a manutenção de sua autonomia e na sua socialização (VOLL, 2002).

De acordo com Wallon (1963, 1970 *apud* FONSECA, 2008), o movimento está relacionado ao afeto, à emoção, ao meio ambiente e aos hábitos de cada indivíduo, sendo, pois, um meio de expressão do psiquismo. Nesse sentido, as formas de movimento expressam aspectos internos aos sujeitos e externos, imbuídos de cultura, de modo que, de acordo com a Sociedade Brasileira de Psicomotricidade, a psicomotricidade tem por objetivo o estudo do homem por meio do seu corpo em movimento, em integração entre movimento, intelecto e afeto; suas finalidades, dessa forma, são a comunicação, a criação, através da expressão de emoções e o pensamento operante, através da modelagem – aprendizagem.

No campo do envelhecimento, a psicomotricidade age na retrogênese enquanto alternativa para evitar que se tenha perdas de habilidades psicomotoras ou evitar o seu agravamento, visando ampliar seu campo relacional e social, tonificar o seu corpo biológico, além de organizar a visão que tem de si mesmo e o seu emocional (VOLL, 2002), na medida em que se faz presente, nessa fase, a desorganização do esquema corporal, dificuldade de reconhecimento do corpo, alterações do equilíbrio e dificuldades de orientação

temporal e espacial (MELO, 2013). Desse modo, a intervenção psicomotora em idosos busca o estímulo das interações e aumento do círculo social, na medida em que o envelhecimento traz consigo, muitas vezes, a necessidade de uma ressignificação da vida, através da estimulação cognitiva, dos treinos de memória, treinos de atenção, desenvolvimento de novas aprendizagens e da reeducação proprioceptiva e sensoperceptiva; busca também benefícios motores nas dispraxias, distúrbios de postura, prevenção de quedas, manutenção das atividades diárias e da amplitude de movimento das articulações, além do treino de equilíbrio e coordenação (VOLL, 2002; GONÇALVES, 2011).

Para alcançar tais resultados, a psicomotricidade trabalha de forma interdisciplinar, pensando tanto individualmente quanto em grupo (MELO, 2013). Trabalha, pois, com alguns elementos: a tonicidade, que diz respeito a quantidade adequada de tensão muscular para realizar um gesto, que diz também da personalidade, na medida em que se relaciona a estados emocionais, afetivos, conscientes ou inconscientes e, ao ser trabalhada, implica na melhoria da estrutura espaço-temporal, do ritmo, do esquema corporal e da noção de lateralidade; esta é outro elemento trabalhado, dizendo respeito a capacidade de situar o corpo no tempo e no espaço, com noções de distância, direção, sequência e subtração; outro elemento é o equilíbrio, a capacidade de manter o corpo em um eixo e que está ligada ao tônus muscular; a coordenação motora ou a praxia global, que é a utilização harmoniosa do corpo no espaço e implica coordenação óculo-manual, óculo-pedal e capacidade de dissociação, implicando ainda a interação entre equilíbrio, tonicidade e lateralidade; a coordenação motora fina, que é a utilização precisa dos segmentos corporais na execução motora, a interrelação de campo visual e motricidade fina de pés e mãos; e como último elemento, o ritmo, individual e espontâneo, que é reflexo da personalidade e dos ritmos corporais, como a respiração e o movimento cardíaco (ALVES, 2013).

Tendo em vista as possibilidades diversas que a psicomotricidade permite trabalhar, que envolvem diversos campos profissionais, se faz uma alternativa para a promoção de saúde no envelhecimento, principalmente no campo da atenção básica, na medida que implica uma perspectiva de educação e reeducação, além de ações de prevenção, permitindo ao idoso mais possibilidades de adaptação às mudanças que o envelhecimento acarreta (OVANDO & COUTO, 2010).

Conclusão

O envelhecimento é um processo que, embora natural, implica em uma série de questões e perdas para o indivíduo que a vivência, seja na ordem do social, do biológico ou do psicológico. As políticas de promoção de saúde nessa fase tão delicada da vida devem estar amparadas em estratégias que considerem e abarquem os três eixos, como é o exemplo da psicomotricidade, que permite trabalhar de maneira interdisciplinar no campo da reeducação e da prevenção, possibilitando ao indivíduo envolvido no processo de retrogênese, ou seja, de envelhecimento, maior capacidade de adaptar-se às mudanças acerbadas nessa fase.

Referências

ALVES, F. A psicomotricidade e o idoso: uma educação para a saúde. Wak, 2013, 148 pp.

BORGES, S. M. et al. Psicomotricidade e retrogênese: considerações sobre o envelhecimento e a doença de Alzheimer. Rev. Psiquiatria Clínica. V. 37, n. 3, 131-137 pp., 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n3/v37n3a07>>. Acesso em 21 de agosto de 2014.

FONSECA, V. **Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, A. L. A psicomotricidade aplicada à terceira idade. 2011. 43f. Monografia (Pós-Graduação em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Disponível em: < http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/t206745.pdf>. Acesso em 21 de agosto de 2014.

LOUREIRO, D. F. A. Psicomotricidade e qualidade de vida na terceira idade. Rio de Janeiro, 2004. 37f. Monografia (Pós-Graduação em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Disponível em: < <http://www.avm.edu.br/monopdf/7/DEISE%20FRAGOSO%20DE%20ALMEIDA%20LOUREIRO.pdf>>. Acesso em 21 de agosto de 2014.

MELO, S. I. P. Psicomotricidade na promoção de competências pessoais e sociais. 2013. Disponível em: < <http://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/6240/1/Relat%C3%B3rio%20Definitivo.pdf>>. Acesso em 22 de agosto de 2014.

OVANDO, L. M. K.; COUTO, T. V. Atividades psicomotoras como intervenção no desempenho funcional de idosos hospitalizados. O Mundo da Saúde. São Paulo, v. 34, n.2, 176-182 pp., 2010.

PONTES, S. S. Psicomotricidade na terceira idade. 2004. 51f. Monografia (Pós-Graduação em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Disponível em: < <http://www.avm.edu.br/monopdf/7/SHIRLEI%20SILVA%20PONTES.pdf>>. Acesso em 21 de agosto de 2014.

VOLL, M. S. S. M. A importância da psicomotricidade na 3ª idade. 2002. 34f. Monografia (Pós-Graduação em Psicomotricidade) – Universidade Cândido Mendes. Disponível em: < <http://www.avm.edu.br/monopdf/7/MIRENA%20SILVIA%20DOS%20SANTOS%20MONTEIRO%20VOLL.pdf>>. Acesso em 22 de agosto de 2014.

A RELEVÂNCIA DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO ÂMBITO HOSPITALAR: REVISÃO INTEGRATIVA

Annyelly Aires Leal Braga¹ - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos (annyellyaires@gmail.com)

Patrícia Alencar Dutra² - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos

Allana Mirella Alves³ - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos

Nayara Costa Lima⁴ - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos

Carmen Rachel Alves de Paula Flôr⁵ – Enfermeira do Hospital São Carlos

Anna Paula Landim Pequeno⁶ – Orientadora; Coordenadora da Educação Permanente do Hospital São Carlos e Mestranda na Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Descritores: Enfermagem. SAE.

Resumo

O processo de enfermagem é uma das ferramentas por meio da qual a estrutura teórica da enfermagem pode ser aplicada a prática assistencial de maneira humanizada, tornando-se método facilitador do cuidado e capaz de solucionar os problemas do cliente (TANNURE E GONÇALES, 2009). Selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura. Foi realizada uma busca na literatura na base de dados a Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e a Bases de Dados em Enfermagem (BDENF), utilizando-se os descritores - Enfermagem *and* SAE, foram encontradas um total de 52 publicações. Adotou o seguinte critério de inclusão: publicações disponibilizadas em artigos científicos online na íntegra em português no período de 2009 a 2013. A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio de 2014. A SAE contribui com a qualidade da assistência, logo a enfermagem alcança visibilidade no processo de trabalho e reconhecimento social. Trata-se de um instrumento do enfermeiro que garante a legitimidade sobre o direito de decidir a respeito do cuidado do ser humano, com independência intelectual e científica e com segurança para executar a técnica (CASAFUS, 2013). Entendemos que a SAE é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por permitir uma aproximação do enfermeiro junto ao paciente, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado, sua maior competência; por exigir conhecimento científico, responsabilidade profissional e compromisso com o exercício profissional.

Introdução

Segundo a lei do Exercício Profissional da Enfermagem, art.11 da Lei nº7.498 de 25 de junho de 1986, confere ao enfermeiro a prescrição e a implementação das ações de assistência de enfermagem, de forma a contribuir para a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, da família e da comunidade. Logo a utilização da SAE subsidia e sustenta as ações apresentadas no exercício profissional já que permite realizar a identificação das situações de saúde e doença.

A idealização deste estudo surgiu da experiência como acadêmica de enfermagem no campo da educação permanente atuando na implementação da SAE assim como a vivência em setor de internamento a pacientes clínicos de um hospital privado de Fortaleza, onde foi observada a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem como instrumento de trabalho no âmbito hospitalar.

Neste contexto justifica-se a utilização da revisão integrativa com o objetivo de identificar a relevância da SAE bem como suas vantagens enquanto instrumento de trabalho da enfermagem em âmbito hospitalar.

Metodologia

Selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura. Foi realizada uma busca na literatura na base de dados a Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS) e a Bases de Dados em Enfermagem (BDENF). A partir do levantamento realizado nas referidas bases de dados, utilizando-se os descritores —Enfermagem *and* SAE, foram encontradas um total de 52 publicações.

Adotou-se o seguinte critério de inclusão: publicações estiverem disponibilizadas em artigos científicos online na íntegra no idioma português no período de 2009 a 2013. A coleta de dados ocorreu durante o mês de maio de 2014.

Após a leitura minuciosa, 38 estudos responderam aos critérios de inclusão estabelecidos, destes selecionados, 17 foram excluídos. Os dez artigos selecionados foram lidos na íntegra e analisados. A síntese dos dados extraídos dos artigos foi apresentada de forma descritiva em quadros. Identificaram-se três categorias temáticas que foram elaboradas a partir dos temas abordados nos artigos analisados.

Resultados e Discussão

Quadro 1: Estudos publicados acerca da relevância da sistematização da assistência de enfermagem, segundo o periódico, ano de publicação, base de dados e modalidades de pesquisa – 2009 a 2013.

Título do Artigo	Bases de Dados	Ano de Publicação / Periódico	Modalidades de Estudo
O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática (SILVA et al, 2011)	BDENF/ LILACS	2011 Rev Esc Enferm USP	Artigo Original
Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros (Santos, 2012).	BDENF/ LILACS	2012 Rev Mineira de Enfermagem	Pesquisa
Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário (OLIVEIRA et al 2012).	BDENF/ LILACS	2012 Rev Mineira de Enfermagem	Pesquisa
Entre o êxito e a frustração com a sistematização da assistência de enfermagem (CASAFUS, 2013)	LILACS	2013 Escola Anna Nery	Pesquisa

Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros (SILVA, 2011)	LILACS	Acta Paul Enferm 2011	Artigo de Revisão
Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (TRUPPEL, 2009)	BDENF/ LILACS	2009 Rev Bras Enfermagem B	Pesquisa
Sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta da gerência do cuidado: estudo de caso (TORRES et al, 2011).	BDENF/ LILACS	2011 Esc Anna Nery	Pesquisa
Sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamenta (MEDEIROS, 2012).	BDENF/ LILACS	Rev Gaúcha Enferm. 2012;	Artigo Original
Desafios encontrados na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento (FÉLIX, 2009)	LILACS	Arq Ciênc Saúde 2009	Artigo Original
Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela teoria de Wanda Horta (AMANTE, 2009)	BDENF/ LILACS	2009 Rev esc enferm usp	Artigo Original

No Quadro 1, verificou-se que 8 estudos foram selecionados simultaneamente nas bases de dados LILACS e BDENF. Apenas duas publicações estavam somente na base de dados LILACS.

Quadro 2: Caracterização dos artigos quanto ao local do estudo no ambiente hospitalar.

Unidade	Nº de trabalhos	Porcentagem (%)
Internação clínica médica	5	50,00
Terapia Intensiva (UTI)	2	20,00
Urgência e emergência	1	10,00
Internação infecto-parasitária	1	10,00
Unidade oncológica	1	10,00
Total	10	100,00

Todos os estudos presentes foram desenvolvidos no ambiente hospitalar, no entanto as pesquisas foram realizadas em diversas unidades e setores hospitalares (QUADRO 1). Nesse sentido, o método de análise da temática possibilitou categorizar, interpretar e agrupar os dados semelhantes. Desse agrupamento emergiram duas categorias temáticas: Categoria I composta por artigos que apresentam a importância da SAE como ferramenta fundamental para a consolidação da enfermagem como ciência. Categoria II composta por artigos que apontam os benefícios associados à prática da SAE para o paciente.

Categoria I: A importância da SAE como ferramenta fundamental para a consolidação da enfermagem como ciência

Título do Artigo	Objetivos
Autonomia profissional e sistematização da assistência de enfermagem: percepção de enfermeiros	Verificar a percepção dos enfermeiros sobre a autonomia profissional e a utilização da Sistematização da Assistência de Enfermagem(SAE) em uma instituição hospitalar.
Percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem em uma unidade de um hospital universitário	Identifica a percepção da equipe de enfermagem sobre a implementação do processo de enfermagem.
Entre o êxito e a frustração com a SAE	Compreender o processo interacional planejamento-execução da SAE de um hospital universitário do interior Paulista, na perspectiva de dois grupos amostrais: enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, e desenvolver uma síntese dos modelos teóricos representativos dessas experiências.
Sistematização da assistência de enfermagem em unidade de terapia	Reestruturar a SAE em uma UTI; elencar os diagnósticos e as prescrições de enfermagem; validar as etapas da SAE e subsidiar a estruturação de um

intensiva (UTI)	protocolo para a operacionalização da SAE.
SAE em UTI sustentada pela teoria de Wanda Horta: profissional.	Implementar a sistematização da assistência de enfermagem tendo como referencial a teorias das necessidades humanas básicas de Wanda Horta e o diagnóstico de enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), partindo da avaliação do conhecimento as equipe de enfermagem sobre SAE.

Quadro 3: Distribuição dos artigos do Tema I, segundo o título e os objetivos das publicações selecionadas para o estudo.

A prática profissional da equipe de enfermagem, muitas vezes emergi dividida entre o saber e o fazer, por isso a utilização da SAE, um instrumento científico, é essencial para planejar, estruturar, otimizar e organizar o ambiente de trabalho, além de definir atribuições aos membros da equipe de enfermagem. Logo a SAE se caracteriza como uma ferramenta essencial para a organização da assistência assim como para a gerencia do cuidado. (OLIVEIRA et al 2012) (Santos, 2012).

A SAE contribui com a qualidade da assistência, logo a enfermagem alcança visibilidade no processo de trabalho e reconhecimento social. Trata-se de um instrumento do enfermeiro que garanti a legitimidade sobre o direito de decidir a respeito do cuidado do ser humano, com independência intelectual e científica e com segurança para executar a técnica (CASAFUS, 2013).

A SAE permite aos enfermeiros aplicar os conhecimentos teóricos de enfermagem na vivência prática cuidado, fortalecendo a enfermagem enquanto ciência e atendendo com mais precisão e eficiência as necessidades humanas do cliente. Dessa forma as vantagens conquistadas para a categoria profissional são inúmeras, como direcionamento das ações de enfermagem, maior facilidade na passagem de plantão e vantagens principalmente para o paciente por tornar o atendimento de enfermagem personalizado, individualizado, eficiente e eficaz (AMANTE, 2009).

Categoria II: Benefícios associados à prática da SAE para o paciente

Título do Artigo	Objetivos
SAE como ferramenta da gerência de trabalho: estudo de caso.	Verificar se os enfermeiros do Serviço de Infectologia de um hospital universitário consideram a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) uma ferramenta da gerência do cuidado e analisar se a SAE, enquanto ferramenta gerencial, serve de base para suas ações de cuidar.
Ação da assistência de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros: uma abordagem metodológica na teoria fundamentada	Compreender, a partir da perspectiva dos enfermeiros, a experiência de vivenciar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um serviço de obstetrícia.
Assistência de Enfermagem (SAE) em unidade de pronto atendimento	Levantar as dificuldades encontradas pelo enfermeiro na realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) na unidade de pronto atendimento.
O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática	Analisar o conhecimento dos enfermeiros sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um hospital de grande porte em Recife, Pernambuco.
Sistematização da assistência de enfermagem em cuidados paliativos na oncologia: visão dos enfermeiros	Descrever a visão dos enfermeiros a respeito da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) a clientes com câncer avançado em cuidados paliativos; analisar os fatores intervenientes na implantação da SAE na visão dos enfermeiros e discutir possíveis estratégias propostas pelos enfermeiros que favoreçam sua implantação nesse cenário.

Quadro 4: Distribuição dos artigos do Tema II, segundo o título e os objetivos das publicações selecionadas para o estudo.

Os enfermeiros reconhecem que a utilização da SAE direciona uma assistência voltada para as necessidades integrais do indivíduo levantadas por meio de avaliação clínica realizada pelo enfermeiro, assim como, documenta suas ações de forma organizada, direcionando a execução e permitindo controle e avaliação das ações de cuidado direto e indireto aos clientes (TORRES et al, 2011) (MEDEIROS, 2012).

O cliente é um ser autônomo dotado de particularidades que devem ser avaliadas no contexto no qual está inserido considerando que o meio interfere no modo de vida dos indivíduos. Portanto, o enfermeiro deve aplicar o processo de enfermagem de maneira contínua, dinâmica e individualizada, abrangendo a coleta de dados, o diagnóstico, o planejamento, a implementação e a avaliação na assistência de enfermagem (MEDEIROS, 2012).

Esse processo é possibilita maior integração e interação da enfermeira com o paciente, família, com a comunidade e com a própria equipe multidisciplinar, aumentando a qualidade dessa assistência prestada. Sendo imprescindível para continuidade do cuidado sistematizado bem como para uma assistência de excelência para o paciente (FÉLIX, 2009) (SILVA, 2011)

O planejamento da assistência de enfermagem garante a responsabilidade junto ao cliente assistido, uma vez que este processo nos permite diagnosticar as necessidades do cliente, fazer a prescrição adequada dos cuidados e, além de ser aplicado à assistência, pode nortear tomada de decisões em diversas situações vivenciadas pelo enfermeiro enquanto gerenciador da equipe de enfermagem, promovendo a autonomia da profissão (SILVA et al, 2011).

Conclusão

Sistematizar é tornar algo coerente a uma linha de pensamento. Logo a SAE é uma metodologia embasada cientificamente, pois desenvolveu-se a partir das teorias de enfermagem que por sua vez foram criadas por meio da vivência prática dos enfermeiros. O

cuidado de qualidade proporcionado pela SAE garante a visibilidade positiva da enfermagem. A visão do enfermeiro sobre seus clientes vai além de processo de cura de uma patologia, o enfoque maior é no indivíduo, na família e na comunidade, sempre pelo olhar holístico que visa não só o bem-estar físico, mas também o psicológico.

Diante dos resultados do presente estudo, entendemos que a SAE é um caminho de autonomia para a profissão por representar uma metodologia de assistência reconhecida pelos enfermeiros, por permitir uma aproximação do enfermeiro junto ao paciente, tanto no momento da sua elaboração quanto na prestação do cuidado, sua maior competência; por exigir conhecimento científico, responsabilidade profissional e compromisso com o exercício profissional.

Referências

HORTA, Vanda de Aguiar. H811p Processo de enfermagem / Wanda de Aguiar Horta, com a colaboração de Brigitta E. P. Castellanos. - São Paulo: EPU 1979.

TANNURE, Meire Chucre; GONÇALVES, Ana Maria Pinheiro. SAE, Sistematização da Assistência de Enfermagem: Guia prático. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2009.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília (DF) 1986; 26 jun. Seção 1:1

Conselho Federal de Enfermagem (BR). Resolução nº 272/ 2002, Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde Brasileiras.

FONSECA, R.M.P. Revisão integrativa da pesquisa em enfermagem em centro cirúrgico no Brasil: trinta anos após o SAEP. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, 2008.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., v. 17, n. 4, p.758-64, 2008.

Agradecimentos

Agradecimento especial ao Hospital São Carlos por favorecer a Educação Permanente em sua Instituição, subsidiando produções como o presente trabalho.

RELIGIOSIDADE COMO SUBSÍDIO PARA O ENFRENTAMENTO DO HIV: ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS DO ENFERMEIRO

Aline Silva de Oliveira (apresentador) – Faculdade Integrada da Grande Fortaleza, ninis312@hotmail.com

Fatima Dayanne Wirtzbiki Ferreira – Universidade Estadual do Ceará

Ana Irys Bezerra de Sousa – Universidade Estadual do Ceará

Priscila de Vasconcelos Monteiro – Universidade Estadual do Ceará

Nardyla Maria da Silva Peixoto – Faculdade Integrada da Grande Fortaleza

Maria Lúcia Duarte Pereira (Orientadora) – Universidade Estadual do Ceará

Enfermagem. Religiosidade. HIV.

Resumo

A religiosidade pode interferir de maneira positiva no processo saúde-doença dos indivíduos. Nesse panorama, o enfermeiro pode atuar de maneira substancial no acompanhamento dos indivíduos que convivem com o vírus HIV/AIDS. O estudo objetivou a identificação das intervenções de enfermagem mediante a influência da religiosidade no enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS dos indivíduos. Trata-se de uma revisão integrativa, realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a base de dados LILACS durante o período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Segundo Souza, Silva & Carvalho³, a revisão integrativa deve seguir o mesmo rigor científico de estudos primários, desta forma, optou-se por realizá-la em seis etapas, como defende Ganong⁴. Os estudos apontam que as incidências de transtornos depressivos após o diagnóstico e durante todo o curso da doença ainda estão muito presentes no cotidiano das pessoas acometidas pelo HIV/AIDS, constituindo assim, um aspecto bastante preocupante no que se diz respeito à saúde mental desses indivíduos. É importante que o enfermeiro esteja atento e observe se o paciente está sofrendo angústia religiosa, para que assim seja planejado as intervenções necessárias visando implementação da assistência de enfermagem individualizada e integral. É necessário enfatizar que o enfermeiro deve ser um participante ativo e transformador; atuar com ética e conhecimentos específicos da área; contribuir para desmistificar o estigma que representa o HIV/AIDS para os acometidos e para a população em geral e, portanto, atuar em prol de um bom prognóstico e melhor qualidade de vida desses indivíduos.

Introdução

Após quase 35 anos da descrição dos primeiros casos, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) ainda permanece como uma das doenças infecciosas que mais assolam o planeta. Dentre as características que têm marcado a epidemia na atualidade, destacam-se a feminização, a pauperização, a interiorização e o envelhecimento.

Nos contextos da atenção à saúde, podemos identificar as relações existentes entre as influências de aspectos religiosos como agentes auxiliares na cura e no tratamento de enfermidades. Religiosidade pode ser definida como práticas alicerçadas em crenças e práticas religiosas específicas. Podemos considerar que a religiosidade pode interferir de maneira positiva no processo saúde-doença dos indivíduos. A contaminação pelo HIV ainda se constitui em um sério problema de saúde pública, que acarreta não só prejuízos físicos para os indivíduos, mas prejuízos sociais, emocionais e familiares. No ano 2000, tinham sido notificados 3.361 casos de AIDS entre indivíduos de 15 a 24 anos, com taxa de incidência de 9,9. Dez anos depois, foram registrados 3.238 casos, com incidência de 9,5 casos por 100 mil habitantes, apresentando variação de 4% na taxa de incidência da última década¹. Nesse contexto, a religiosidade pode atuar de maneira substancial nos aspectos relativos ao enfrentamento da doença. Constituído por conjunto de esforços para lidar com as demandas geradas por situação de estresse, como as ocasionadas a partir do diagnóstico de uma doença, o enfrentamento se assemelha ao conceito de resiliência, que implica a superação da dificuldade vivenciada, possibilitando uma ressignificação ou a construção de novos caminhos em face das adversidades². Algumas estratégias de enfrentamento se fazem importantes para a construção de novos caminhos, alternativas e soluções, particularmente quando se vivenciam as peculiaridades de uma infecção como o HIV, doença ainda estigmatizada. Nesse panorama, o enfermeiro pode atuar de maneira substancial no acompanhamento dos indivíduos que convivem com o vírus HIV/AIDS. Ele deve estar atento na identificação das principais necessidades dos indivíduos, e planejar as intervenções necessárias visando à assistência holística aos pacientes. Deve levar em consideração aspectos culturais, sociais e individuais, para implementar de maneira totalitária a assistência de enfermagem qualificada. Diante do contexto presente, o estudo objetivou a identificação das intervenções de enfermagem mediante a influência da religiosidade no enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS dos indivíduos.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa, realizada por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), utilizando a base de dados LILACS durante o período de novembro de 2013 a janeiro de 2014. Segundo Souza, Silva & Carvalho³, a revisão integrativa deve seguir o mesmo rigor científico de estudos primários, desta forma, optou-se por realizá-la em seis etapas, como defende Ganong⁴. A primeira etapa faz referência à elaboração da pergunta norteadora do estudo. Neste trabalho questionou-se quais as intervenções de enfermagem que podem ser implementadas mediante a influência da religiosidade no enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS. A segunda explicita a busca ou amostragem na literatura da temática abordada. No caso, utilizou-se a base de dados LILACS disponível na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) realizando buscas através dos seguintes descritores: “HIV”, “enfermagem” e “religiosidade”. Notou-se uma escassez de estudos sobre a temática. Foram encontrados 06 artigos, constituindo assim o quantitativo utilizado para a elaboração da presente revisão. Todos se apresentavam em Português, eram artigos completos, e encontravam-se entre os anos de 2005 a 2012. A terceira etapa extrai os dados dos artigos selecionados, fazendo-se necessária a utilização de um instrumento previamente elaborado. Neste estudo elaborou-se um formulário para guiar a coleta e análise dos dados, contendo perguntas simples referentes aos objetivos, metodologia aplicada e resultados obtidos nos estudos. A quarta analisa criticamente os estudos incluídos. A quinta etapa aborda a discussão dos resultados, além de identificar possíveis lacunas do conhecimento acerca da temática. A sexta e última etapa faz referência à apresentação da revisão de maneira clara e precisa para permitir que o leitor possa ter a total compreensão acerca do estudo.

Resultados e Discussão

Os estudos apontam que as incidências de transtornos depressivos após o diagnóstico e durante todo o curso da doença ainda estão

muito presentes no cotidiano das pessoas acometidas pelo HIV/AIDS, constituindo assim, um aspecto bastante preocupante no que se diz respeito à saúde mental desses indivíduos. Aspectos psicológicos positivos também têm sido associados à soropositividade, como a descoberta da vontade de viver, a percepção de sentido na vida, a redefinição de relações pessoais, a reavaliação da opinião sobre a morte, e a descoberta de novas relações com a natureza, com Deus e com poderes tidos como superiores⁵. As associações existentes entre a saúde e a religiosidade tem sido alvo de estudos que apontam para uma relação de melhora nos índices de bem-estar entre os indivíduos que possuem alguma tendência religiosa. A religiosidade pode atuar como agente favorecedora de bem-estar psicológico e apoio social e estrutural a pessoas acometidas por doenças e outras condições clínicas. Nesse sentido, o incentivo à religiosidade aliada à assistência técnica-científica do enfermeiro, deve acima de tudo, fazer com que o paciente sinta-se bem consigo mesmo, e com os indivíduos que o rodeiam. Não se pode esquecer os valores fundamentais para a prestação do serviço de enfermagem eficiente, como a ética e o respeito ao próximo. É importante que o enfermeiro esteja atento e observe se o paciente está sofrendo angústia religiosa, para que assim seja planejado as intervenções necessárias visando implementação da assistência de enfermagem individualizada e integral. Deve-se acima de tudo, respeitar os fatores culturais, sócio demográficos e individuais dos indivíduos, deixando de lado conceitos pré-estabelecidos acerca de possíveis manifestações religiosas desconhecidas, ou ausência de religiosidade por parte dos pacientes. A atuação do enfermeiro pode se dar por meio de conversas individuais ou coletivas, visando sempre à desmistificação da doença, a quebra de paradigmas e a empatia com o próximo. A humanização do cuidado em enfermagem para com esses indivíduos também deve ser levada em consideração, pois uma relação horizontalizada interfere diretamente no acatamento das informações por parte dos pacientes acometidos.

Conclusão

A religiosidade deve ser encarada como aspecto relevante para os processos saúde-doença dos indivíduos, contribuindo de maneira substancial para a interferência no enfrentamento da infecção pelo HIV/AIDS, sendo explicitada pela aceitação do diagnóstico, desmistificação de paradigmas, suporte emocional e aumento da qualidade de vida das pessoas. A Enfermagem deve conhecer todos esses fatores que culminarão na prestação da assistência, guiando-se pela compreensão para as decisões e ações humanizadoras de cuidados para com essa população especificada. Assim, é necessário enfatizar que o enfermeiro deve ser um participante ativo e transformador; atuar com ética e conhecimentos específicos da área; contribuir para desmistificar o estigma que representa o HIV/AIDS para os acometidos e para a população em geral e, portanto, atuar em prol de um bom prognóstico e melhor qualidade de vida desses indivíduos.

Referências

- ¹ Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS e DST. (Versão preliminar). Semanas epidemiológicas de julho de 2010 a junho de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011c.
- ²Carvalho FT, Moraes NA, Koller SH, Piccinini CA. Fatores de proteção relacionados a promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Cad. Saúde Pública 2007; 23(9):2023-33.
- ³ SOUZA, M. T. ; SILVA, M. D. ; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer? Einstein, São Paulo, v.8, n.1, p. 102-6, 2010.
- ⁴ GANONG L. H. Integrative reviews of nursing research. Res. Nurs. Health, Rochester, v.10, n.1, p.1-11, Feb. 1987.
- ⁵ Dunbar, H. T., Muller, C. W., Medina, C. & Wolf, T. (1998). Psychological and spiritual growth in women living with HIV. *Social Work*, 43, 144-154.

Agradecimentos

Agradeço aos autores colaboradores e à professora orientadora, pela disponibilidade e interesse em colaborar para o desenvolvimento de pesquisas sobre a temática. Agradeço também a atenção e a participação de colegas que estimulam e encorajam a participação de eventos científicos, visando sempre o engrandecimento profissional e a qualificação da formação acadêmica e social.

A SAÚDE DO HOMEM NA ATENÇÃO BÁSICA: UMA QUESTÃO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autores:

Autor 1 (apresentador) – MARIA DA CONSOLAÇÃO PITANGA DE SOUSA – CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI –Email: mpitanga@uninovafapi.edu.br

Autor 2 – LAYS NARA OLIVEIRA CRUZ – Centro Universitário UNINOVAFAPI

Autor 3 – TATIANA BATISTA DA SILVA – Centro Universitário UNINOVAFAPI

Autor 4 – PAULO CESAR CARDOSO DE SOUSA – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO PIAUI

Autor 5 – TÂNIA MARIA BASÍLIO Q DE CASTRO – CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI (Orientadora)

Autor 6 – MOISÉS LOPES DE CARVALHO – CENTRO UNIVERSITÁRIO – UNINOVAFAPI –

Palavras-chave: Saúde do Homem. Atenção à Saúde. Atenção Básica. Enfermagem.

RESUMO

Reconhecendo a falta de adesão masculina aos serviços de saúde, em 2008, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH), pelo Ministério da Saúde. Os homens não são usuários habituais dos serviços básicos. Procurar cuidados médicos nem sempre é prioridade do grupo masculino, pois para alguns a doença é vista como demonstração de fraqueza, o que faz com que parte dessa população não procure informações ou auxílio sobre cuidados com a saúde. Para tanto o estudo teve como objetivo analisar na literatura a saúde do homem na atenção básica, no período de 2007 a 2013. Os resultados foram analisados pelas categorias: dificuldades no atendimento relacionadas à saúde do homem na unidade básica e os aspectos epidemiológicos sobre a saúde homem no Brasil. Quanto as dificuldade no atendimento, destaca-se o modo de atendimento e do acesso as Unidades Básicas de Saúde fortalecem o distanciamento masculino. Outro fator se dá pela ausência de programas ou estratégias direcionadas aos homens. No que tange aos aspectos epidemiológicos, a população masculina tem se mostrado mais vulnerável às doenças, como as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Há um índice de mortalidade precoce 40% maior que nas mulheres. Há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência. Conclui-se que são muitos os desafios para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). É preciso uma boa estrutura física, profissionais capacitados, estratégias e horários adequados para o acolhimento dos homens.

INTRODUÇÃO

Reconhecendo a falta de adesão masculina aos serviços de saúde, a qual representa um problema de saúde pública, em 2008, após 20 anos do SUS, destaca-se o lançamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, pelo Ministério da Saúde. Os homens não são usuários habituais dos serviços básicos e, quando necessitam desses serviços, recorrem à atenção terciária, sendo via de regra levados pela mãe, esposa, companheira, irmã etc., ou seja, levados por uma mulher, geralmente mais familiarizada com os cuidados com a saúde. Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (BRASIL, 2008). Soma-se a esse afastamento, a ausência de programas ou estratégias direcionadas aos homens, favorecendo a maior dificuldade de interação entre a população masculina e os serviços de saúde (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

A não procura pelos serviços de atenção primária faz com que o indivíduo fique privado da proteção necessária à preservação de sua saúde e continue a fazer uso de procedimentos desnecessários se a procura pela atenção houvesse ocorrido em momento anterior. Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária. A resistência masculina à atenção primária aumenta não somente a sobrecarga financeira da sociedade, mas também, e, sobretudo, o sofrimento físico e emocional do paciente e de sua família, na luta pela conservação da saúde e da qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2008).

A ausência de um programa específico para o homem e a identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, pode ser uns dos principais fatores que nos levam aos indicadores atuais da Saúde, tendo como principais causas de morte masculina, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas (JUNIOR; LIMA, 2009).

Para tanto o estudo teve como objetivo analisar na literatura a saúde do homem na atenção básica, no período de 2007 a 2013

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de literatura, portanto pesquisa exploratória, que teve a finalidade analisar a atenção à saúde do homem na unidade básica, no período de 2007 a 2013. Os dados foram localizados em fontes variadas tais como: bibliotecas virtuais do SCIELO, BVS Enfermagem, por meio dos descritores: Saúde do Homem; Atenção à Saúde; Atenção Básica; Enfermagem.

Na busca, foram encontrados 12 artigos relacionados à saúde do homem na Atenção Básica nestas bases de dados. Após acessar o banco de dados citado, as produções científicas estes foram organizadas por: autor e ano da publicação, título, periódico, tipo de estudo, cenário/local de realização. Os dados foram analisados em duas categorias, sendo elas: dificuldades no atendimento relacionadas à saúde do homem na Unidade Básica; aspectos epidemiológicos sobre a saúde do homem no Brasil.

A pesquisa foi cadastrada na Coordenação de Pesquisa e Mestrado em Saúde da Família, do Centro Universitário – UNINOVAFAPI com processo de nº 014/2013

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dificuldades no Atendimento Relacionadas à Saúde do Homem na Unidade Básica

O próprio modo de atendimento e a dificuldade de acesso as Unidades Básicas de Saúde (UBS) fortalecem o distanciamento masculino do serviço básico de saúde, uma vez que o tempo de espera pela consulta surge como incompatível à realidade masculina (MENDONÇA; ANDRADE, 2010).

Observou-se que existe incompatibilidade do horário de atendimento da UBS em relação ao atendimento do homem, pois sua jornada de trabalho é um fator que contribui para a ausência destes nos serviços de saúde. Schraiber et al (2010), ressalta a necessidade de discussão acerca do acesso dos homens, pois no que se refere ao trabalho, os depoimentos reforçam a falta de tempo para procurarem os serviços e receios da perda do emprego, o que não acontece às mulheres, que teriam sempre mais tempo disponível.

Outro aspecto relevante diz respeito ao bom atendimento nas UBS, o que deve ser estruturado em um serviço humanizado e que esteja pautado na comunicação entre profissional-usuário, a fim de estabelecer uma relação de troca entre ambos. A essa concepção, soma-

se a necessidade de despendar menor tempo em filas de espera, com vistas à efetivação do atendimento (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010).

De acordo com Couto et al. (2010), muitos usuários masculinos reclamam de não encontrar nos serviços uma escuta de suas demandas, especialmente se essas forem expressas de formas diferentes daquelas já consagradas no contexto da assistência, que são tradicionalmente femininas.

O ser homem está associado à invulnerabilidade, força e virilidade. Características essas, incompatíveis com a demonstração de sinais de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, representada pela procura aos serviços de saúde, o que colocaria em risco a masculinidade e aproximaria o homem das representações de feminilidade (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007).

Os homens percebem as UBS como espaços feminilizados, freqüentados basicamente por mulheres, com equipes compostas fundamentalmente por profissionais do sexo feminino, que não desenvolvem programas direcionados especificamente a eles (VIEIRA, et al 2013)

Quanto ao atendimento ao público masculino, os profissionais devem buscar meios de atrair a população masculina aos serviços de saúde, para que o homem seja visto como ser singular e dotado de particularidades próprias que exigem uma atenção especializada por parte de todos os profissionais.

Aspectos Epidemiológicos da Saúde do Homem no Brasil

Ferreira (2013), afirma que a população masculina tem se mostrado mais vulnerável às doenças, principalmente as patologias crônicas degenerativas como as doenças cardiovasculares e as neoplasias. Esses possuem um índice de mortalidade precoce 40% maior que nas mulheres, considerando todas as idades. Porém há um maior número de homens internados em situações graves, como também à procura por serviços de emergência e a taxa de mortalidade por causas patológicas graves é maior entre os homens. A grande diferença pode está relacionada com a prevenção, uma prática não muito adotada pelo sexo masculino e que é muito utilizada por grande parte das mulheres (LAURENTI, et al., 2009).

As principais causas de internações do gênero masculino com faixa etária entre 25-59 anos em 2007 foram por: doenças do aparelho digestivo; doenças do aparelho circulatório; doenças do aparelho respiratório; tumores; outras causas (Asma, DPOC, Pneumonia, Hipertensão arterial, coronariopatias, etc) e causas externas (acidentes e violência) Brasil (2008). Os acidentes coronarianos representaram 40,5% e hipertensão arterial 18,7%, são as principais doenças do aparelho circulatório que motivaram internações masculinas. De acordo com os percentuais de internações por doenças do aparelho digestivo destacaram-se as doenças ácido-pépticas, doenças do fígado, coledolitíase e colecistite (BRASIL, 2010).

Os homens vivem, em média, sete anos menos do que as mulheres e têm mais doenças do coração, câncer, diabetes, colesterol e pressão arterial mais elevada. Eles representam quase 60% das mortes no país. Das 1.003.350 mortes ocorridas em 2005, 582.311 foram de pessoas do sexo masculino 57,8% do total. Dentre as situações que mais matam o homem, até os 40 anos, estão às causas externas (violência, agressões e acidentes de trânsito/trabalho). Depois dos 40 anos, em primeiro lugar estão as doenças do coração, e em segundo os cânceres, principalmente do aparelho respiratório e da próstata. Estes fatos se devem a falta de cuidados preventivos para evitar tais complicações. Sabe-se que o diagnóstico e o tratamento precoce de tais patologias, quase sempre prolongam a vida, possibilitando a pessoa viver normalmente por mais tempo (BRASIL, 2010).

Esses dados demonstram o quanto à política de saúde do homem ainda está longe de alcançar seus objetivos, e que há a necessidade de fazer mudanças urgentes e importantes para evitar que os homens só procurem os serviços de saúde em casos de urgência e emergência. É preciso que as Unidades Básicas de Saúde da Família criem estratégias que alcance o público masculino, da mesma forma que vem atendendo as mulheres.

CONCLUSÃO

São muitos os desafios para a implementação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Não basta apenas ter uma boa estrutura física e os profissionais não serem capacitados para colocar em ação a Política. Pode-se perceber que além dos fatores sócio-culturais, os serviços de saúde não direcionam suas atividades para o ser masculino, com isso há uma grande deficiência em por em prática os princípios e diretrizes da PNAISH.

Nesse contexto, percebe-se a importância de um novo olhar por parte dos profissionais da saúde, especificamente do (a) enfermeiro(a), em problematizar suas ações traçando metas que venham a atrair o ser masculino aos serviços oferecidos na atenção básica.

O estudo revelou que ainda há uma escassez de produção científica a cerca do tema. Portanto, considera-se importante a necessidade de estudos que busquem conhecer e compreender o universo masculino mais profundamente e dessa forma contribuir com a implementação da PNAISH, com ações que favoreçam a equidade e integralidade do cuidado aos homens.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Homem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, M. S. Portal da Saúde. Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33679&janela=1>. Acesso em: 20. 10.12.

BRITO, R. S; SANTOS, D.L.A; MACIEL, O.S.O. O olhar masculino acerca do atendimento da Estratégia Saúde da Família. Rev. RENE: 11(4): 135-142, out-dez 2010.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária á saúde: discutindo (in) visibilidade a partir da perspectiva de gênero. Interface-Comunic., Saúde, Educ., v. 14, n. 33, p. 257-70, abr./jun. 2010.

FERREIRA, M.C. Desafios da Política de Atenção à Saúde do Homem: análises de barreiras enfrentadas para sua consolidação. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 01, 2013.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23 (3): 565-574,

mar, 2007.

JUNIOR, E. A. L; LIMA, H. S. Promoção da saúde masculina na atenção básica. Pesquisa em Foco, v. 17, n.2, p. 32-41, 2009.

LAURENTI, R.; MELO, J.; PRADO, M. H.; GOTLIEB, S. L. D. Perfil epidemiológico da morbi-mortalidade masculina. Ciência e Saúde Coletiva, v.10, n 1, p.35-46, 2005.(Pesquisa em Foco, v. 17, n.2, p. 32-41, 2009).

MENDONÇA, V. S; ANDRADE, A. N. A Política Nacional de Saúde do Homem: necessidade ou ilusão? Psicologia Política, 10(20), 215-226. Jul. – Dez. 2010.

SCHRAIBER, L., SANTOS, W, GOMES, R., COUTO, M., PINHEIRO, T., MACHIN, R., NOGUEIRA DA SILVA, G., VALENÇA, O. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad. Saúde Pública, 26(5), 961-970, 2010.

VIEIRA, ET AL. Atendimento da população masculina em Unidade Básica de Saúde da Família: motivos para a não procura. Esc. Anna Nery vol.17 no.1 Rio de Janeiro Jan./Mar. 2013.

A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE HUMANIZADA: DESAFIOS E CONQUISTAS

Ires Lopes Custódio (apresentadora) – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Email: iresl.custodio@gmail.com
Maria Socorro Pequeno Leite Alves – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Ana Carmem Almeida Ribeiro Maranhão – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Fátima Maria Barroso Sampaio – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne (Orientadora) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. Política de Saúde. Humanização dos serviços.

Resumo

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de qualificação da atenção e da gestão do trabalho em saúde, que possui como característica intrínseca a humanização das práticas em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de saúde humanizada, seus desafios e conquistas, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e atenção à saúde da PNH. Trata-se de um estudo de caráter intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido em um hospital público na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, no período de dezembro de 2013 a março de 2014, com 40 funcionários que atenderam os critérios de inclusão. Para coletar os dados quantitativos aplicou-se um questionário semi-estruturado. Já os qualitativos foram a partir de três questões norteadoras: Que competências você conseguiu desenvolver durante estas oficinas? A que você atribui estas competências? Com que este aprendizado irá contribuir para o seu desempenho no Hospital? Os resultados quantitativos foram apresentados de forma descritiva e de percentual. Os qualitativos foram analisados utilizando análise de conteúdo de Bardin (2009). Este estudo possibilitou uma reflexão do processo do cuidar fundamentado nas premissas da humanização e da ética na PNH, ressaltando o respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, conciliar um atendimento técnico com uma visão humana.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS), objetivando mudar o cenário da necessidade de muitos através de intenções em construir uma sociedade onde as condições de vida da população possam ser consideradas “dignas”, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como resultado de lutas sociais. Apesar de ser considerado um grande avanço, não conseguiu, até o momento, responder ao que preconiza. A saúde pública no Brasil ainda tem sido protagonista de cenas inaceitáveis, considerando-se as condições técnicas e econômicas atuais. Como forma de melhoria para as condições necessárias nos hospitais, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que põe em cena uma discussão extremamente necessária. É preciso refletir sobre a humanização da assistência hospitalar. Porém, se mostrou limitado diante do problema que, por sua vez, ultrapassa a assistência hospitalar, atingindo o SUS em si (GARCIA, et al., 2010).

Isso implicou a necessidade de se pensar algo para além de um programa. Nasce, então, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), cujos princípios, diretrizes, dispositivos e métodos indicam um novo olhar sobre a necessária humanização da saúde (GOMES, et al., 2008). O PNHAH estimulou a criação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) nas unidades hospitalares de todo o país, para que se pudesse discutir sobre o tema e avançar nos projetos de melhoria contínua referente ao atendimento hospitalar de forma humanizada nos hospitais públicos, considerando tudo e todos neste processo (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011). O seu objetivo principal é a melhoria da qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS, efetivando a integralidade da atenção, um dos princípios do sistema, bem como a modernização das relações de trabalho nos hospitais públicos. É sabido que para humanizar a assistência não basta investir em equipamentos e tecnologias, e que o tratamento é mais eficaz quando a pessoa doente é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde.

O atendimento no ambiente hospitalar apresenta um diferencial decorrente de fatores oriundos da carga de sentimentos que acompanha o cliente ao buscar a instituição hospitalar. O nível de expectativa quanto a atenção e consequentemente ao atendimento humanizado está evidenciado na pesquisa de satisfação do usuário, aplicada mensalmente no Hospital de Messejana, apontando para a necessidade de se trabalhar o “cuidar”, nos seus amplos aspectos. Conforme previsto, a humanização, entendida como “melhoria da qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais” é um dos valores organizacionais perseguidos para o alcance da excelência no atendimento. Atender de forma humanizada e ágil com qualidade e resolutividade é, portanto, um dos objetivos estratégicos a ser atingido. Para isso, é necessário um conjunto de ações articuladas para o alcance dos objetivos e fatores de sustentação à missão.

Nesse sentido, esse estudo destina-se ao desenvolvimento de um Programa de Educação Continuada com foco no aperfeiçoamento dos profissionais que lidam diretamente com os usuários do hospital. O Programa propõe-se a investir no desenvolvimento de competências comportamentais que amenizem os impactos da internação, trabalhando a postura dos funcionários envolvidos em uma dinâmica de trabalho diferente, numa nova consciência e visão do que significa trabalhar sua humanidade.

A origem deste estudo baseou-se na inquietação como profissional da saúde quanto ao atendimento mais humanizado nos serviços de atenção à saúde pública despertando assim o interesse de aprofundar a temática que permeia a atenção e gestão.

Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de saúde humanizada, seus desafios e conquistas, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e atenção à saúde da PNH.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo de intervenção caracteriza-se pela manipulação do fator de exposição, proporcionando modificação em algum aspecto do estado de saúde, a qual resultará em achados objetivos e precisos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). O estudo foi realizado no período de dezembro de 2013 a março de 2014, em um hospital público, na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. O referido hospital há 80 anos dedica-se ao ensino e assistência à saúde, é um hospital terciário de alta complexidade e reconhecido pelo Ministério da Saúde.

A população do estudo foram funcionários que diariamente estão em contato com usuários, tais como: atendentes dos ambulatórios, SAMI, emergência, seguranças, auxiliar de transporte de pacientes (maqueiros) e motoristas, que totalizam aproximadamente 200 pessoas. A amostra estimada foi de aproximadamente 35% destes funcionários, entre gestores e funcionários. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, independente do gênero, e que aceitassem em participar do estudo. Foram excluídos os que faltaram mais de um dos quatro encontros iniciais.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através da aplicação de um questionário semi-estruturado, para diagnóstico e

identificação de temas importantes e de interesse para serem abordados com o funcionário, e com o gestor imediato do mesmo. Este questionário foi aplicado no último dia, ao término de todos os encontros. E continha questões fechadas que abordavam temas como competências desenvolvidas durante as oficinas, participação individual e proposta as oficinas, como metodologia utilizada, material disponibilizado dentre outras. Nestas perguntas os participantes tinham 5 opções de resposta: ótimo, bom, regular, insuficiente ou sem capacidade para responder (omissão).

Na parte qualitativa foram realizadas 3 perguntas norteadoras: 1) que competências você conseguiu desenvolver durante estas oficinas?; 2) a que você atribui estas competências?; 3) com que este aprendizado irá contribuir para o seu desempenho no Hospital?

Inicialmente foi realizada a “oficina para humanização no atendimento hospitalar com metodologia psicodramática” que privilegia a reflexão e ação, com atividades interativas, dinâmicas de grupo, discussão de filmes e textos para reflexão. Este módulo foi abordado a importância da humanização participativa no trabalho em equipe, articulando novo formato de atendimento propondo-se a otimizar os resultados do atendimento através do aprendizado prático de novas posturas, transformando o que antes era ocasional e inconsciente em técnicas comportamentais, deliberadamente colocadas em prática, tendo como conteúdo: o ciclo do crescimento e a dinâmica psico-emocional do sentir, pensar e agir; a consciência dos valores da humanização e significado do servir, do cuidar; as dimensões humanas física, social, psicológica-emocional, espiritual; a competência interpessoal; posturas técnicas de comunicação assertiva no atendimento humanizado.

Os resultados quantitativos foram analisados utilizando análise descritiva e foram apresentados na forma de percentual. Os dados qualitativos foram analisados utilizando análise de conteúdo de Bardin (2009). Após leitura e releitura detalhada do material, chegou-se a construção das categorias de interesse, nominadas de “a importância do facilitador”, “a humanização para toda a vida”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes seguindo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Inscreveram-se no programa 68 funcionários, destes 10 desistiram antes do primeiro encontro e 12 desistiram ao longo do programa, restando 46 concluintes. Destes, 40 responderam o questionário. Com relação a avaliação dos funcionários quanto a sua própria atuação no programa, a grande maioria relatou um ótimo desempenho quanto ao interesse (n= 33, 82,5%), participação nas atividades (n=21, 52,5%), relacionamento com o grupo (n=26, 65%), relacionamento com o facilitador (n=34, 85%), conhecimentos adquiridos (n=32, 80%), assiduidade (n=26, 65%) e pontualidade (n=26, 65%).

Tabela I: Avaliação dos participantes da oficina de atendimento humanizado quanto a sua atuação. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=40)

	O		B		R		I		Omissão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse	33	82,5	07	17,5						
Participação nas atividades	21	52,5	16	40					03	7,5
Relacionamento com o grupo	26	65	12	30					02	5
Relacionamento com o facilitador	34	85	05	12,5					01	2,5
Conhecimentos adquiridos	32	80	08	20						
Assiduidade	26	65	13	32,5	01	2,5				
Pontualidade	26	65	13	32,5	01	2,5				

O: ótimo; B: bom; R: regular; I: Insuficiente; n: número de participantes

Quando questionados sobre quais competências os mesmos conseguiram desenvolver durante a oficina, 100% (n=40) relataram compreender o que significa trabalhar com atendimento humanizado, 100% (n=40) relataram a capacidade de relacionar-se com as pessoas de forma empática e respeitosa e a compreender posturas e técnicas de comunicação no atendimento humanizado. Ao serem abordados para saber se se sentem seguros para colocar em prática que aprenderam na oficina, 95% (n=38) relataram que sim e somente 5% (n=2) disseram que somente em parte. Na avaliação geral do programa, a grande maioria relatou ótima a metodologia utilizada (n=36, 90%), a postura profissional do facilitador (n=40, 100%), a clareza na comunicação do facilitador (n=38, 95%), o material instrucional (n=28, 70%), os equipamentos e instrumentos (n=25, 62,5%), a carga horária (n=26, 65%), o local de realização da oficina (n=20, 50%) e nas condições físicas das instalações (n=22, 55%).

Tabela II: Avaliação geral dos participantes da oficina de atendimento humanizado. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=40)

	O		B		R		I		Omissão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metodologia utilizada	36	90	04	10						
Postura profissional do facilitador	40	100								
Clareza na comunicação do facilitador	38	95	02	5						
Material instrucional	28	70	11	27,5					01	2,5
Local de realização da oficina	20	50	14	35	05	12,5			01	2,5
Condições físicas das instalações	22	55	15	37,5	01	2,5			02	5
Equipamentos e instrumentos	25		13		02	5				

	62,5	32,5			
Carga horária	26	65	05	07	01
			12,5	17,5	2,5

O: ótimo; B: bom; R: regular; I: Insuficiente; n: número de participantes

Quando questionamos sobre como eles conceituariam a oficina, 100% (n=40) relataram ótima. A seguir serão apresentadas as categorias temáticas que emergiram do estudo: “a importância do facilitador”, “a humanização para toda a vida”.

A importância do facilitador

O profissional da saúde trabalha continuamente com situações de tensão, como o contato direto e frequente com a dor e o sofrimento dos pacientes, podendo acarretar a ele o desenvolvimento de mecanismos de defesa que poderão prejudica-lo como ser humano. Desta forma, é imprescindível cuidar de quem cuida, para que haja projetos e ações em prol da assistência humanizada (SANTANA et al, 2012).

Desta forma, segundo Silva Júnior; Vilela; Rosa (2013), pensar na melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais implica em mudanças da infraestrutura e no fortalecimento do compromisso da equipe de profissionais. Esta importância pode ser verificada pelas falas abaixo:

“Devemos este resultado a equipe que nos presenteou com este curso”. (A-10)

“..... pelas palavras, atos e ações da facilitadora.” (A-2)

“..... foi tudo muito claro e direto”. (A-13)

“O programa foi muito bem elaborado e com atividades satisfatórias”. (A-34)

A humanização para toda a vida

O ambiente de trabalho deve favorecer o equilíbrio físico e emocional dos funcionários, bem como representar um local que venha ao encontro da prestação de uma assistência de qualidade. Para isso é necessário o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade, abertura para escuta e o diálogo, com vistas a acolher o usuário dos serviços de saúde (BECK et al., 2007).

“Humanizar é acolher a necessidade de resgate e articulação de aspectos indissociáveis: o sentimento e o conhecimento.” Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento (SILVA JÚNIOR; VILELA; ROSA, 2013). Este fato pode ser verificado pelas falas abaixo:

“Um resultado maravilhoso para mim. Agora sei como é necessário mudar alguns hábitos e valorizar ainda mais o meu trabalho, a minha vida e ao meu próximo” (A-27)

“Essa oficina foi muito importante, porque eu aprendi a ouvir.” (A-5)

“Aprendi a capacidade de entender melhor as coisas que vem para mim.” (A-11)

“..em tudo será meu novo alicerce, para que eu possa construir um novo ser” (A-29)

“Trouxe-me de volta valores que eu havia deixado de prática.” (A-37)

Conclusão

Este estudo possibilitou uma reflexão do processo do cuidar fundamentado nas premissas da humanização e da ética na PNH, ressaltando o respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, conciliar um atendimento técnico com uma visão humana.

A humanização é um processo complexo, amplo e requer tempo; oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Contudo, se não for um processo singular, não será de humanização.

Referências

- BARAÚNA, T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. 2003. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2013.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
- BECCARIA, L.M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. Arq Ciênc Saúde. v. 15, n. 2, p. 65-9, 2008.
- BECK, Carmem L. C., et al. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Santa Maria, RS. v. 16, n. 3, p. 503-10, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- _____. Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.
- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista latino-americana de Enfermagem. v. 13, n. 1, p. 105 – 111, 2005.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2003.
- CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/373/226>. Acesso em: 04 mar. 2014.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos. Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese (Doutorado), Departamento Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.
- GARCIA et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-34, 2010.
- GOMES et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 635-42, 2008.
- LIMA, G.C. Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras. João Pessoa, UFPB, 2004.

MORAES, J.C., GARCIA, V.G.L., FONSECA, A.S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: visão dos clientes. Revista Nursing. São Paulo, 2004.

PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca; SOUSA, Anete Araújo; SALLES, Raquel Kuerten de. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. Ciência & Saúde Coletiva, Florianópolis, v.16, n. 1, p. 1155-62, 2011.

PESSIONI L., BERTACHINI L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SALLES, Raquel Kuerten de. Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizada: sua influência no comportamento alimentar. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SANTANA, et al. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Online. Rio de Janeiro. v.4, n.4, p. 2744-54, 2012.

SILVA JUNIOR, M. D.,VILLELA, A.S., ROSA, T.P. Humanização da assistência de enfermagem: A percepção dos internos de enfermagem do último ano de uma universidade privada. Rev. Saúde, Corpo, Ambiente e Cuidado. v. 1, n. 1, p. 165-176, 2013.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, abril/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos aos funcionários do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes que participaram deste estudo

A SUPERLOTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E AS CONSEQUÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA HUMANIZADA.

Raymari Dias Almeida – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) marydiasubr@hitmail.com

Bruna Alda Colares Botelho – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Giovana Melo Rodrigues - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Rebeca Chaves Cruz - Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Renata Ribeiro – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Superlotação. Atendimento. Saúde. Assistência Humanizada..

Resumo

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. O trabalho teve como objetivo conhecer e analisar a assistência prestada nos serviços hospitalares de emergência em estado de superlotação, procurando entender suas causas e consequências, e medidas para erradicar esta situação.

Introdução

A superlotação nos Serviços de Emergência Hospitalar (SEH) é um fenômeno mundial, caracteriza-se por: todos os leitos do SEH ocupados; pacientes acamados nos corredores; tempo de espera para atendimento acima de uma hora; alta tensão na equipe assistencial; grande pressão para novos atendimentos. (Bittencourt, R.J. ; Hortale, V.A; 2009)

No Brasil, a Política Nacional de Atenção às Urgências, instituída em 2006 e atualizada em 2011, determina que o atendimento aos usuários com quadros agudos deve ser prestado por todas as portas de entrada dos serviços do Sistema Único de Saúde, possibilitando a resolução integral dos problemas ou transferindo essa clientela, responsavelmente, a um serviço de maior complexidade. (Santos, J.L.G.; et al; 2013)

Mas Bittencourt, R.J. ; Hortale, V.A; (2009) concluíram que o aumento do tempo de permanência no SEH é o principal marcador da superlotação; a falta de leitos para internação a principal causa; e o atraso no diagnóstico e tratamento, a principal consequência, levando ao aumento da mortalidade. No Brasil, entre 2002 e 2003, o Ministério da Saúde regulamentou esse tipo de atendimento com prioridade na implantação do Serviço de Atendimento Móvel às Urgências (SAMU).

Ramos et al (2000) afirmam também que a superlotação nos serviços de emergência acontece, na maioria dos casos, porque os usuários sabem que vão ter acesso e resolutividade de suas enfermidades nesses locais, mesmo tendo conhecimento que o conceito de emergência não se aplica aos casos deles. Também acontece, segundo as autoras, devido à falta de acesso à rede básica e à falta de informação sobre cada tipo de serviço que a rede de atenção à saúde dispõe.

E como consequência a essa superlotação observa-se que a utilização caótica, a superlotação dos serviços de emergência e a falta de leitos hospitalares acarretam inúmeras dificuldades de atendimento, tanto aos pacientes como à equipe de saúde, como mostra os autores Santos, J.L.G.; et al (2013). Especificamente em relação à atuação dos enfermeiros na gerência do cuidado em um serviço de emergência, destaca-se a necessidade da busca constante pelo desenvolvimento de melhores estratégias que lhes permitam superar os desafios impostos por um ambiente de trabalho marcado pela procura constante por atendimento.

O trabalho teve como objetivo conhecer e analisar a assistência prestada nos serviços hospitalares de emergência em estado de superlotação, procurando entender suas causas e consequências, e medidas para erradicar esta situação.

Metodologia

A pesquisa aqui apresentada é uma revisão bibliográfica com abordagem qualitativa, produzida no período de agosto de 2014 em Fortaleza-CE. O método utilizado para a coleta de dados foi por meio da busca eletrônica de artigos, revistas e revisões de literatura disponíveis, a partir do cruzamento das palavras chave: superlotação, atendimento, saúde e assistência humanizada . Os artigos são da Scientific Electronic Library Online (Scielo), Ciências saúde coletiva, Acta Paulista de Enfermagem- Unifesp, Cadernos de Saúde Pública, no período de 2009 a 2014. O projeto foi desenvolvido com participação de todos os autores.

Resultados e Discussão

Durante as últimas décadas, houve um aumento constante na utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência. São utilizados indevidamente no nosso meio, pois cerca de 65% dos pacientes atendidos poderiam ter sido atendidos em ambulatórios. O grande acúmulo de doentes nos serviços de emergência ocorre tanto no setor público como no privado, tanto no Brasil como no exterior, em países em desenvolvimento ou em grandes potências. (O'DWYER, G.O.; OLIVERIA, S.P.; SETA, M.H.;2009)

Em decorrência da superlotação, surge como desafio a manutenção da qualidade do cuidado prestado aos pacientes no serviço de emergência. Muitos pacientes, após o primeiro atendimento e estabilização de suas condições clínicas, permanecem no serviço de emergência e necessitam de uma atenção que nem sempre a equipe de enfermagem consegue corresponder em função das características do trabalho da unidade. (Santos, J.L.G.; et al;2013).

Bittencourt, R.J. ; Hortale, V.A (2009) afirma que o desempenho dos serviços de saúde está sob permanente crítica e questionamento; em especial, os serviços de urgência e emergência. Afirmando com mais exatidão O'DWYER, G.O.; Oliveira, S.P.; Seta, M.H. (2009) mostram que atualmente, no nosso país, os serviços de emergência funcionam acima de sua capacidade máxima, com taxa de ocupação de leitos acima de 100%, com número insuficiente de profissionais, com profissionais sem treinamento ou reciclagem, com excesso de demanda, com demanda inadequada, com verba insuficiente, com gerenciamento precário de recursos, sem leitos de retaguarda e sem planejamento efetivo.

O gerenciamento da superlotação é um desafio aos enfermeiros, à medida que eles necessitam planejar a realização do cuidado e organizar o trabalho, adequando às condições de atendimento disponíveis à quantidade e gravidade do quadro clínico dos pacientes, visando à realização da melhor assistência possível, diante do cenário marcado pela procura constante por atendimento. (Santos. J.L.G, et al, são Paulo,2013)

Conclui-se que as questões centrais para a avaliação da emergência são a resolutividade e a integralidade. A atuação deve ser conjunta a um sistema de regulação com referência e contra referência, voltada ao atendimento ambulatorial e à triagem intra-hospitalar e que proporcione locais de seguimento após o atendimento emergencial. (O'DWYER, G.O.; OLIVERIA, S.P.; SETA, M.H.;2009)

A existência de vários tipos de vínculos profissionais, alguns temporários, dificulta a fixação do profissional dentro unidade e aumenta a necessidade de investir na qualificação dos mesmos. Provavelmente os vínculos são justificados por contratos emergenciais mas precarizam a relação de trabalho, não resolvem a carência quantitativa de recursos humanos diminuem o padrão qualitativo da equipe e não contribuem para a integração do corpo clínico da emergência com o do hospital. (O'Dwyer. G.O et all, 2009)

A insatisfação com a carga de trabalho e remuneração apontada por muitos relaciona-se com o tamanho e qualificação da equipe, mas também com o estresse inerente ao trabalho em emergência, agravado pelas condições insatisfatórias dos serviços e pela pressão das condições de saúde da população com as quais esses profissionais lidam. (O'Dwyer. G.O et all, 2009)

A superlotação está atrelada à concepção dos usuários que procuram por atendimento nos serviços de emergência sobre o que é uma necessidade urgente. Ao contrário do que esperam os profissionais de saúde, os usuários buscam atendimento ao apresentarem alterações de saúde que consideram importantes. Na verdade, existe um desencontro entre o que pensam os usuários e os profissionais de saúde em relação à finalidade do trabalho no serviço de emergência. (Santos. J.L.G, et all, são Paulo,2013)

Além do investimento do Ministério da Saúde na atenção hospitalar, grande empenho foi concentrado na reorganização da atenção básica, através da estratégia Saúde da Família. Espera-se que a atenção básica se transforme na principal porta de entrada do sistema de saúde e que garanta acesso universal à saúde básica para a população brasileira. A melhora no acesso ao sistema e o aumento da resolutividade da assistência pretendido pelo Programa Saúde da Família (PSF) deve amenizar a busca de atendimento na emergência, especialmente por problemas de alcance da atenção básica. (O'Dwyer. G.O et all, 2009)

Conclusão

Constatou-se que os principais desafios com os quais os profissionais defrontam-se na gerência do cuidado humanizado em um serviço hospitalar de emergência são o gerenciamento da superlotação, a manutenção da qualidade do cuidado e a utilização da liderança como instrumento gerencial. Como sugestões para superá-los, os enfermeiros sinalizam a necessidade de reorganização do sistema de saúde para a atenção às urgências, alteração no fluxo de atendimento dos pacientes, ampliação da estrutura física da unidade para adaptar-se ao aumento da expectativa de vida da população, abertura de um maior número de Unidades de Pronto Atendimento (UPAS) o que em parte deveria amenizar a superlotação destas emergências, a mudança do padrão e tratamento das doenças, como exemplo a introdução de novos medicamentos e realização de uma capacitação para os profissionais, pois novas modalidades de assistência vão ganhando relevância. Somando essas soluções assim devemos colocar em relevo que ainda é grande desafio a premência da integração dos serviços de saúde para obtenção da integralidade da assistência humanizada prestada a população.

Referências

BITTENCOURT, R.J. ; HORTALE, V.A. Intervenções para solucionar a superlotação nos serviços de emergência hospitalar: uma revisão sistemática. Cadernos de Saúde Pública. Vol. 25 no.7, pag.1439-1454,2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/02.pdf> > Acesso em: agosto de 2014.

FRAGA, M.M. As implicações da superlotação do serviço de emergência no trabalho do técnico de enfermagem. Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul – IFRS: Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde – Escola GHC. Porto Alegre, 2013. Acesso em 2014 O'DWYER, G.O.; OLIVERIA, S.P.; SETA, M.H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. Ciências saúde coletiva vol.14 no.5 ,2009. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n5/30.pdf> > Acesso em: agosto de 2014

Santos,J.L.G; Lima, M.A.D.S; Pestana, A.L; Garlet, E.R.; Erdmann, A.L. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. Acta Paulista de Enfermagem- Unifesp. Vol. 26,no.2, pag.136-43,2013.Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n2/v26n2a06.pdf> >Acesso em 2014.

GOIS ,Y.D.F. INTERVENÇÕES PARA SOLUCIONAR A SUPERLOTAÇÃO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DA UNIDADE MISTA ELIZABETH BARBOSA DO MUNICÍPIO DE CUSTÓDIA – PE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ ,CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, ESPECIALIZAÇÃO EM GESTÃO DE SISTEMAS E SERVIÇOS EM SAÚDE, 2011. Disponível em: < <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011-gois-ydf.pdf> > Acesso em 2014.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade de Fortaleza pela oportunidade que nos foi dada, e a nossa orientadora Renata Carneiro pelas orientações para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, nos disponibilizando seu tempo e paciência para que o mesmo fosse construído de acordo com as normas pré-estabelecidas desse evento.

TÍTULO: A TERAPIA COMUNITÁRIA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

AUTOR: Ivanilda dos Santos Roseno – UFC; e-mail: ivanilda.roseno@yahoo.com

Resumo

Esta pesquisa enfatiza o papel da Terapia Comunitária desenvolvida no Projeto 4 Varas, situado no bairro Pirambu, em Fortaleza. É um método terapêutico que visa a promoção da saúde na comunidade sob-risco de vulnerabilidade social e tem como objetivo fortalecer os laços individuais e sociais da família e da comunidade. Está voltada principalmente ao auxílio e recuperação da saúde do sujeito em estado de sofrimento mental causado pelo estresse da vida cotidiana. A pesquisa tem como objetivo demonstrar as aplicações terapêuticas da Terapia Comunitária no Projeto 4 Varas e investigar seus possíveis benefícios de ordem individual e social gerados à comunidade 4 Varas. A população local é formada por famílias

Introdução

Por todos os tempos, a vida humana é afetada por transformações que permeiam as condições sociais, econômicas e culturais que se apresentam para cada povo em qualquer sociedade. Estamos falando das relações sociais de cada povo, dos seus modos de vida e de como o homem em cada lugar e momento da vida percebe a saúde, a doença, o meio ambiente e tudo que o cerca. É esperado que ao longo dos tempos essas mudanças ocorram à medida em que a cultura é dinâmica e transformações possam incorporar novos sentidos e significados aos modos de vida das sociedades existentes. A Antropologia Cultural nos chama atenção para a importância que tem as realizações humanas agrupadas como referenciais de um povo. Entretanto estas mudanças podem ser benéficas ao homem se assimiladas a seu tempo ou prejudiciais, uma vez que podem sobrecarregá-lo na sua capacidade de enfrentamento às adversidades geradas pelos agentes transformadores.

O trabalho realizado pela Terapia Comunitária identifica esta sobrecarga de afazeres na vida do indivíduo moderno e aponta a mesma como fio condutor da fragilidade atual nas relações sociais e da permanência dos vínculos afetivos, familiares e sociais. Estes vínculos afetivos se constituem como alicerce de uma vivência coletiva baseada nos valores essenciais para o bom desempenho dos papéis sociais do homem. Então este se encontra tão ocupado de si mesmo tentando dar conta da sua sobrevivência que mergulhado num vácuo causado pelo individualismo não se relaciona nem com seu núcleo familiar. E situações as mais diversas podem comprometer estes vínculos, desagregando o homem do seu grupo social, o que poderia lhe causar a solidão por não se enquadrar em grupo algum e cair na marginalidade social.

Contudo a Terapia Comunitária desenvolvida pelo Projeto 4 Varas na comunidade do Pirambú em Fortaleza, Ceará. Criada em 1986, pelo Dr. Adalberto Barreto, com o intuito de dar uma atenção preventiva e integrativa à população das comunidades que vivem em condições precárias de saúde, moradia e educação. Dr. Adalberto é Psiquiatra, Teólogo, antropólogo e prof. da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Sua proposta é auxiliar na recuperação da saúde de quem está em sofrimento físico e mental causado pelo estresse do cotidiano. Um modelo comunitário de cuidado da saúde tendo como foco o eixo coletivo, que cuida da pessoa, da família e da comunidade. *“Não se trata de valorizar o sofrimento em si, mas reconhecer o esforço e a vontade de superar as dificuldades”* (BARRETO, 2010, p. 82).

O objetivo da pesquisa é realizar uma descrição desta metodologia terapêutica e suas aplicações buscando conhecer os elementos que identificam as abordagens preventivas e integrativas bem como a interpretação da Terapia Comunitária. O processo investigativo atenta para os possíveis benefícios individuais e sociais da comunidade 4 Varas como público usuário desta terapêutica. O curso investigativo da pesquisa parte de um embasamento teórico-conceitual alinhado à observação da realidade das rodas comunitárias. Para se ter a compreensão desse universo da TC e dos elementos que se configuram como preventivos da saúde e integrativos do homem na sociedade, faz-se necessário a observação e participação nas rodas.

Para a realização deste estudo, nos fizemos presente ao Projeto 4 Varas por pelo menos umas 15 vezes (rodas), em meses e anos diferentes. É um trabalho que vem sendo desenvolvido desde 2012 quando o escolhi como tema de minha monografia em Ciências Sociais. Os recursos de captura de imagens das rodas e o relato dos participantes da terapia que se identificam como pacientes são fundamentais para a interpretação da mesma e sua proposta de medida preventiva da saúde comunitária.

O CUIDADO DA SAÚDE

De acordo com Barreto, a Terapia Comunitária constitui-se de um método terapêutico que se destina a prevenção da saúde na atenção primária, com o objetivo de aliviar o sofrimento desencadeado pelo estresse do cotidiano. Trabalha as potencialidades de cada um, valorizando a cultura e as identidades dos sujeitos que buscam os serviços da terapia Comunitária. Está voltada aos cuidados dos moradores das comunidades que estão à margem dos serviços básicos de saúde, moradia e educação, haja vista que o estado de pobreza em que se encontram é um agravante do estresse vivenciado. Visa o fortalecimento dos vínculos sociais solidários e pretende a reintegração do indivíduo na família e na sociedade. Barreto a define como:

“[...] um espaço de acolhimento, para a partilha da sabedoria de vida, de sofrimentos vivenciados no cotidiano, de afinidades de maneira circular e horizontal. É um espaço de escuta, reflexão e troca de aprendizagem, na busca de soluções para os conflitos pessoais e familiares [...] É um espaço de diálogo tanto para a partilha de sofrimentos e possibilidades de solução como para a celebração das conquistas.” (BARRETO, 2010, p. 296).

As comunidades periféricas das cidades grandes são bastante afetadas pela lógica social e econômica que se instalou principalmente nos tempos modernos. O que quer dizer que numa cidade com sua riqueza mal distribuída como é o caso de Fortaleza, as populações mais carentes não tem acesso aos bens e serviços públicos de qualidade. Os fatores econômicos e a desigualdade social são causas consideráveis dos agravos à saúde da população, causando sintomas de adoecimento físico e mental em indivíduos expostos a tais condições (HELMAN, 2009, p. 14). Os indivíduos que moram nestas comunidades apesar de buscarem soluções para as suas queixas nos consultórios médicos não as encontram de forma satisfatória, devido a grande crise instalada no sistema de saúde como um todo.

“(...) o sistema de cuidados de saúde de qualquer sociedade não pode ser estudado isoladamente dos outros aspectos dessa sociedade, em especial sua organização social, religiosa, política e econômica. Ele está entrelaçado nelas e baseia-se nas mesmas presunções, valores e visão de mundo” (HELMAN, 2009, p. 79).

Neste cenário de descasos públicos e individualidade humana a Terapia Comunitária é um espaço destinado ao sujeito que enfrenta dificuldades cotidianas e se propõe a escuta dos seus problemas que se não solucionados, vão se somando uns aos outros, gerando um estado de adoecimento. São somatórios de dores, medos, angústias e dúvidas que se não compartilhados ficam maltratando o sujeito em silêncio. Entretanto, há um agravante desta situação que é a realidade dos nossos serviços básicos de saúde. É fato que o primeiro passo dado pelo sujeito que sofre de alguma enfermidade é procurar o serviço de um posto de saúde. Porém é bastante

comum em nossas unidades de saúde o não atendimento, seja porque faltou o especialista para determinada patologia, seja porque faltou algum material de uso indispensável para um atendimento satisfatório.

Ferreira lembra que há processos de adoecimento que não são identificados em exames laboratoriais nem em radiografias de partes do corpo e necessitam de escuta mais demorada para que possam ser detectados os possíveis meios de cura que devem ser usados para a obtenção de resultados mais satisfatórios. “[...] *a dor é uma experiência subjetiva, privada e qualquer informação sobre ela há de provir apenas daquele que a sente*” (FERREIRA, 2008, p. 105). Os profissionais de saúde na medicina científica não estão preparados para olhar o paciente com maior atenção e se dedicar ao seu sofrimento na intenção de encontrar a razão da dor. Isto decorre de:

“Entre outros fatores, as políticas de saúde em cada local e as concepções dos indivíduos sobre o que é estar doente. A doença é uma experiência que não se limita a alteração biológica pura, mas esta lhe serve como substrato para uma construção cultural, num processo que lhe é concomitante.” (OLIVEIRA, 2002, p. 64).

Pensado como uma solução para as queixas dos doentes que não conseguem ser cuidados no sistema de saúde brasileiro, o Projeto 4 Varas oferece um serviço integrado de atividades terapêuticas diárias. São práticas terapêuticas preventivas que se complementam no sentido de disponibilizar um suporte diferenciado no atendimento a pessoa doente e moradora da comunidade. Conta com uma estrutura física – estratégica que integra as atividades de terapia comunitária, massagens terapêuticas, resgate da autoestima, escolhinha e teatro, posto médico convencional, produção e distribuição de fitoterápicos dentro da comunidade e outras. Dr. Adalberto pensou num sistema de acolhimento da pessoa que seja integrado e forneça ao morador local a possibilidade da interação das medicinas científica e complementar visando o bem estar geral do paciente. “*As pessoas tanto são encaminhadas da unidade de saúde às terapias complementares, como podem ser orientadas nos serviços comunitários a procurar apoio de especialistas quando necessário.*” (RADIS 67, 2008, p. 11).

Com esta atenção integrada o paciente morador da comunidade 4 Varas não precisaria se deslocar para outras unidades de saúde distantes de sua moradia e com poucos recursos. A estrutura do projeto contempla todas as idades, desde a criança que vai à escolinha, o jovem que exerce seu direito à arte através do teatro, até os adultos e idosos que encontram respostas para suas dificuldades cotidianas nas rodas de terapia comunitária.

TERAPIA COMUNITÁRIA

“É um espaço de promoção de encontros interpessoais e intercomunitários, objetivando a valorização das histórias de vida dos participantes, o resgate da identidade, a restauração da autoestima e da confiança em si, a ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais” (BARRETO, 2010, p. 33).

A descrição a seguir tem como base a observação e a experiência das rodas no Projeto 4 Varas, embora esteja descrita na obra Terapia Comunitária, passo a passo. Os encontros de Terapia Comunitária acontecem todas as 5ª feiras com uma roda que dura cerca de uma hora e meia, começando às 14:00hs e terminando por volta das 15:30hs (o grupo quando reunido, usa o termo roda). Entretanto, o Projeto funciona todos os dias com a realização de outras atividades que se somam à Terapia Comunitária. O tempo da terapia é dividido em diferentes fases e será enumerada neste trabalho para melhor identificar os momentos. Lembrando novamente que a descrição a seguir é baseada a partir da observação e vivência da Terapia Comunitária realizada no Projeto 4 Varas. Pois esta é aplicada em várias outras comunidades de Fortaleza, por todo o Ceará e território nacional, podendo assumir outras particularidades ou sofrer alterações comportamentais próprias de suas regiões.

Começa com todos os presentes formando uma roda bem ampla de modo que permita a entrada na roda de qualquer pessoa que chegue. O facilitador (terapeuta comunitário) lembrando as regras que não devem ser ignoradas pela comunidade, (comunidade aqui trata da forma como o grupo se autoidentifica); ficar em silêncio enquanto o outro fala, ouvindo com atenção a sua história; falar apenas de si mesmo, ou seja, das próprias experiências, sempre na primeira pessoa do singular (EU); pode dar conselho, sugestão e é proibido fazer julgamento sobre o que é ouvido; é vetado aos que estão ouvindo aconselhar ou julgar quem está contando sua história. A vida é de cada um e os problemas mesmo que pareçam com o do outro, pertencem a um contexto histórico diferente. Não pode ser comparado com os demais nem como problema, nem como solução.

1 – Postas as regras então o facilitador abre espaço para os relatos de quem deseja falar das coisas que os angustiam naquele momento. Quem deseja falar são;

“Pessoas que vivem em contexto de desagregação e exclusão social, muitas vezes, agravadas pelas migrações forçadas. Nesses contextos, encontramos não somente a pobreza econômica, mas a pobreza cultural, a fragilidade de laços sociais, a incapacidade de se organizar de forma mais democrática e, sobretudo, a autoimagem desvalorizada” (BARRETO, 2010, p. 34).

São histórias de dona de casa que cuidam das famílias sozinhas e assumem o papel de mãe e pai, são dificuldades enfrentadas nas relações de trabalho, são desentendimentos nas amizades de longa data, são casos de dependentes químicos, são adolescentes grávidas e sem apoio do parceiro, são pessoas que passam por tratamento antidepressivo por qualquer destes motivos ou por outros. São lutas diárias de qualquer natureza, que desestruturam as famílias e enfraquecem seus vínculos afetivos, provocando um quadro de adoecimento dos que estão em volta. Como por exemplo, um dos casos relatados certa vez.

Uma jovem bastante sofrida que falou ser de outra cidade e lá cuidava do irmão esquizofrênico. Desde criança que ele tinha um comportamento estranho e foi se isolando até não sair mais do quarto. A família é composta pelo pai, mãe, outro irmão e outra irmã. Hoje o irmão esquizofrênico toma medicação e todos os outros, menos o pai, já passaram por um tratamento medicamentoso antidepressivo e abandonaram. Ela também vive sob medicação e se sente impotente para cuidar do irmão e da mãe que muitas vezes já apanhou do filho que fica muito agressivo quando não segue a risca os horários da medicação. Quando morava com eles, ela cuidava disso, mas sozinho ele não sabe administrar a medicação e os outros não tem a preocupação de cuidar dele. O pai ainda hoje acha que é “frescura” do filho e nunca fez nada para ajudar a mudar as coisas em casa. E ela se sente muito mal por não poder ajudar como sempre fez, pois agora também está precisando ser cuidada.

As rodas são abertas a todos que comparecem no dia, não há nada que limite o público e podemos encontrar pessoas com todos os tipos de problemas ou dificuldades, como: casal que se separa e um dos parceiros não reage bem, desentendimentos familiares, alcoolismo e/ou dependência química de um dos membros de uma família, idosos que são abandonados pela família, pessoas tentando superar violências sofridas em assaltos, violências domésticas, agressões no trabalho, sobrecargas de obrigações, fuga ou abandono de lar, falta de amor por parte de algum familiar, falecimento de um membro da família e perdas as mais diversas. Todas estas situações podem levar o sujeito ao estado depressivo (bastante recorrente nas rodas) e necessitar de cuidados mais presentes na sua busca por equilíbrio emocional.

Outro membro da roda é o médico, seja na pessoa do Dr. Adalberto que após as rodas continua com os pacientes que necessitam de receitas médicas, seja outros, envolvidos com o projeto de alguma forma, convidados ou visitantes que vem de outros polos de Terapia Comunitária para visualizar a dinâmica da TC, no Projeto 4 Varas. Estes contribuem com alguma atividade ou forma de desenvolver a terapia que não seja do conhecimento da prática do projeto. Mesmo porque o nosso país é enorme e cada lugar tem suas peculiaridades e podem fazer a diferença. Têm também os terapeutas que fazem o projeto, outros em formação e sujeitos de várias

especialidades que trabalham em algo que remete ao projeto e voluntários. E visto com frequência estudantes que tem como objeto de estudo o Projeto 4 Varas e seu universo.

Nas 5ª feiras, que é o dia que frequento o projeto, nos intervalos das atividades há uma descontração geral e todos os que permanecem e já se conhecem, se socializam, contam o que têm feito, como foi a semana, como reagiu a determinada situação. Ocorre um tipo de “conversa” individual dos pacientes com determinados especialistas como o “médico presente no dia” e/ou os terapeutas locais. Em diferentes rodas, estão diferentes profissionais da saúde que vem como convidado ou vem para conhecer o espaço, porém atuam como se estivessem em seus próprios espaços. Uma conversa particular e informal de cunho acolhedora em que os terapeutas ou o médico orienta os pacientes de como proceder dali em diante, principalmente se esta for a primeira visita do paciente ao projeto. Dependendo de cada caso, seja agregando outras atividades à terapia que promova o relaxamento das tensões como as massagens terapêuticas, seja um apoio de escuta das aflições, a equipe está sempre a disposição e o ambiente é de total comunhão do grupo. O espaço é sem dúvida um lugar de aconchego, muito verde, amplo, com muita sombra e tem tudo que se precisa

Conclusão

O papel transformador de realidades que a Terapia Comunitária desenvolve na comunidade – porque é nesse ambiente que a população vive mais carências, adoecimentos e abandono – *“injeta pensamentos positivos sobre a pessoa e sobre a sua relação com o mundo, revitalizando sua capacidade de reação e mobilização das energias vitais”* (BARRETO, 2010, p. 53). O acolhimento proposto pela terapia para a comunidade é *“circular e horizontal”*, ou seja, é um acolhimento de todos, sem distinção, respeitando todas as diferenças, saberes e valores dos presentes.

Segundo Barreto, faz parte do crescimento pessoal do homem, aprender a conviver com o outro e sua singularidade, seja ela religiosa, social, racial, o que for. Outro dado considerado relevante como um bom resultado desta metodologia é o fato de que a Terapia Comunitária é uma realidade por todo o território nacional, com polos formadores de terapeutas em todos os Estados da Federação. Os seus propósitos de resgatar os vínculos afetivos, sociais e comunitários, observando os valores culturais dos sujeitos, reconstruindo as identidades individuais do grupo ao qual pertencem são trabalhados a cada roda. Todos esses fatores juntos convergem para a promoção da saúde formando uma rede de cuidados. Dados apurados num estudo realizado pela Universidade Federal do Ceará por meio do Departamento de Saúde Comunitária e da Pró-Reitoria de Extensão, em conjunto com o Projeto 4 Varas, dão conta de que à medida que métodos terapêuticos preventivos são utilizados na atenção básica de saúde, menos se precisa dos serviços e atendimento da medicina curativa, desafiando os consultórios médicos.

Esta relação que está sendo traçada entre maior promoção e prevenção da saúde e menos procura por hospitais e consultórios médicos é um dado animador. As relações proporcionadas pelo ambiente de terapia promove o entendimento que o sujeito passa a ter sobre si e sobre o outro. Vínculos familiares, comunitários e sociais são restaurados, e novos são construídos como o de amizade e de parceria. A partilha das experiências de cada um evidencia para o grupo e de forma individual a capacidade que cada um tem de gerenciar suas próprias vidas contribuindo para a criação de um ambiente mais saudável de vivência afetiva e emocional. Participar das rodas de terapia proporciona a compreensão da dimensão do sofrimento causado pelas vivências cotidianas e a forma como elas são enfrentadas por diferentes pessoas. O que se vê são situações que podem ocorrer em qualquer ambiente, seja familiar, social e de trabalho e pode acontecer a qualquer um em qualquer tempo de sua vida. Este sistema informal de promoção da saúde desenvolvido pela terapia comunitária é apontado pelos seus pacientes como um apoio fundamental a quem sofre os males causados cotidianamente.

Referências

- BARRETO, Adalberto de Paulo. Terapia comunitária: passo a passo. 4ª ed. revista e ampliada. Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.
- FERREIRA, Jaqueline. O Corpo Sínico. In: ALVES, Paulo Cesar (org.). Saúde e Doença: um olhar antropológico/organizadores Paulo Cesar Alves; Maria Cecília de Souza Minayo. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 4ª ed. 2008.
- LAPLANTINE, François. Antropologia da Doença; trad. Valter Lellis Siqueira. 4ª ed.; São Paulo. Editora WMF Martins Fontes, 2010.
- OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropology in healthcare services: integrality, culture and communication, Interface – Comunic, Saúde, Educ, v. 6, n.10, p. 63 a 74, 2002.
- HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. 5ª ed. Trad. Ane Rose Bolner. Editora Artmed, São Paulo, 2010.

A TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA APLICADA AO GRUPO MULHERES DE ROSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Autor 1 - Amanda Peres Lustosa – Enfermeira residente na ESF de Horizonte-Ce e terapeuta comunitária em formação vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará - amandaperesfanor@live.com Autor 2 - Monica Silva Cavalcanti - Enfermeira residente na ESF de Horizonte-Ce e terapeuta comunitária em formação vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará Autor 3 – José Auricélio B. Cândido - Preceptor de campo da RIS. Mestrando em Saúde da Família pela UECE. Autor 4 - Hadassa Tavares Leandro – Psicóloga residente na ESF de Horizonte-Ce vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará Autor 5 – Ângela Nogueira de Melo – Enfermeira, terapeuta comunitária e coordenadora no setor de vigilância Epidemiológica de Horizonte-Ce Autor 6 (Orientador) - Rafaelly Fernandes Pereira Rebouças. Enfermeira da ESF de Horizonte-Ce. Preceptora de enfermagem da RIS. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela UECE. *Palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa. Câncer de mama.*

Resumo

A experiência compreendeu a execução da Terapia Comunitária Integrativa no grupo Mulheres de Rosa do município de Horizonte-Ce, formado por mulheres com câncer de mama, familiares e pessoas que queiram participar, que objetivou conhecer as inquietações, partilhar estratégias, dar aporte pedagógico e pessoal ao desenvolvimento da TCI, promovendo reflexão e proporcionando maior qualidade de vida para todos que integram este espaço. A partir do objetivo apresentado, percebe-se que o grupo compartilhou inquietações, estratégias e refletiu acerca do que foi vivenciado durante os encontros. Assim, visualiza-se o fortalecimento do grupo quando ocorre o compartilhamento das inquietações e a colaboração através de experiências de vida. O trabalho desenvolvido vem proporcionando benefício adicional à equipe de terapeutas, uma vez que impulsiona o enfrentamento de alguns desafios e o aprimoramento de habilidades, que refletem numa renovação do processo de trabalho e influenciam positivamente nas ações de saúde. Considera-se que, diante da experiência vivenciada, a TCI abriu espaços para um pensamento mais amplo, permitindo a inserção e a vivência em espaços comunitários através de uma prática que observa o território de abrangência de forma mais humana e sensível.

Introdução

O câncer de mama faz parte das neoplasias malignas que mais acometem mulheres em todo o mundo, ocupando o segundo tipo mais frequente. A realidade vivenciada no Brasil vem mostrando taxas de mortalidade elevadas e são estimados 57.120 casos para esse ano de 2014 (INCA, 2014). A realidade imposta pelo câncer de mama, o medo da morte, a mudança da imagem corporal, o receio quanto à rejeição, os efeitos colaterais advindos dos tratamentos, dentre outros fatores, determinam vários problemas, principalmente de ordem psicossomática e social. A convivência com o diagnóstico e o tratamento é um fato que causa inúmeras inquietações que requerem, por si só, especial acolhimento e compreensão dos sentimentos que permeiam esse momento enfático na vida de uma mulher. Nesse contexto, surgiu, no município de Horizonte, o grupo Mulheres de Rosa, formado por mulheres com câncer de mama, familiares e pessoas que queiram participar. A criação desse espaço tem como objetivo apoiar psicologicamente e socialmente a mulher diante do diagnóstico de câncer de mama, do tratamento e das mudanças no contexto social e familiar que permeiam esse momento de suas vidas.

O grupo surgiu por intermédio do Instituto do Câncer do Ceará (ICC), que resolveu estendê-lo para outros espaços, sendo o município de Horizonte um dos dispostos a desenvolver ações acerca da temática, uma vez que percebeu-se a necessidade de se criar um espaço que trabalhasse as diversas situações 2

vivenciadas pelas mulheres diagnosticadas com câncer, criando um local de apoio, partilha e vínculo entre as integrantes. Este espaço, por sua vez, uniu-se à aplicabilidade da Terapia Comunitária Integrativa (TCI), visto que esta objetiva apoiar o indivíduo, a família e a comunidade dando uma injeção de pensamentos positivos sobre a pessoa e sobre a sua relação com o mundo, revitalizando sua capacidade de reação e mobilização das energias vitais, em função de uma transformação integral (BARRETO, 2008). Nessa perspectiva, há três anos, o grupo vem desenvolvendo a TCI com encontros mensais que são organizados por profissionais de saúde de diversas categorias profissionais, como enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta e recentemente contam com o apoio de integrantes da Residência Integrada em Saúde (RIS) da ênfase de Saúde da Família e Comunidade vinculada à Escola de Saúde Pública do Ceará. Observar o território vivo e conhecer um grupo que trabalha o sofrimento de mulheres diagnosticadas com câncer de mama trouxe a possibilidade do fortalecimento do processo de trabalho dentro da rede de assistência à saúde, pois através desse espaço, a Estratégia Saúde da Família continua a prestar um cuidado integral que favorece um acompanhamento humanizado. Iniciou-se a participação no presente grupo, contribuindo com a prática da TCI e agregando experiências imensuráveis na trajetória formativa de residentes da RIS. Considera-se que a contribuição da terapia num grupo cheio de especificidades e com um problema comum, o câncer de mama, é extremamente relevante, visto que, por mais que a centralidade do grupo seja uma doença, pode-se observar que a TCI possibilita a atuação e reflexão nas várias dimensões que envolvem o ser humano. Nesse sentido, a prática da TCI no grupo Mulheres de Rosa teve como objetivos conhecer as inquietações, partilhar estratégias advindas do grupo, dar aporte pedagógico e pessoal no desenvolvimento da TCI, promovendo reflexão e proporcionando maior qualidade de vida para todos que integram o grupo. Ressalta-se que desenvolver a terapia tornou-se também um objetivo pessoal, visto que uma das autoras vivenciou história de vida que se relaciona diretamente com a temática abordada.

Metodologia

O presente estudo consiste em um relato de experiência de abordagem exploratório descritivo, vivenciado por duas profissionais residentes em Saúde da Família e Comunidade, uma enfermeira e uma cirurgiã dentista, ambas vinculadas à Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), cursando a formação em TCI. A experiência compreendeu a execução de Rodas de Terapia Comunitária Integrativa no Grupo Mulheres de Rosa no Município de Horizonte-Ceará. Vem sendo vivenciada através do método de observação participante, que, segundo Gil (2010), configura-se como uma técnica em que se usam os sentidos com vista a adquirir os conhecimentos necessários para o cotidiano. Segue abordagem exploratória e descritiva, pois proporciona aos autores maiores informações sobre o assunto, facilita a delimitação do tema, define os objetivos ou formula as hipóteses, buscando observar os fatos, os registros, as análises, a classificação e a interpretação do que foi vivenciado. O grupo é integrado por mulheres com diagnóstico de câncer de mama, familiares, amigos e pessoas que queiram participar a fim de conhecer o espaço. Nas rodas de TCI, participam aproximadamente vinte mulheres que vieram através de encaminhamentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS), Agentes Comunitários de Saúde (ACS), atendimento especializado, equipamentos comunitários e rastreamento realizado pelos próprios integrantes do grupo. 3

Os encontros ocorrem mensalmente no auditório do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), localizado na Rua Augustinho da Silva, nº 27, Centro de Horizonte-CE, e são intercalados entre rodas de TCI, em que os temas são disparados pelos integrantes do grupo, e as rodas com temáticas elaboradas que buscam agregar informações através de metodologias educativas, motivacionais, integrativas que favoreçam maior entrosamento. A TCI tem como pilares teóricos o pensamento sistêmico, a teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia de Paulo Freire e resiliência, ambas dão embasamento teórico-prático para o desenvolvimento da técnica através do enfrentamento de inquietações e sofrimentos do dia a dia, a partir de uma percepção integral do problema relacionando ao contexto, entendendo as interfaces que influenciam o sofrimento, ou seja, levando em consideração o local em que o indivíduo vive, sua família, seus costumes, suas crenças, seus hábitos, seu convívio social, sua renda, sua rede de apoio, dentre outros. A TCI é uma metodologia de intervenção em comunidades, ocorre por meio de encontros que objetivam promover saúde através da construção de vínculos, escuta e valorização das experiências de vida dos participantes, possibilita resgate da identidade, restauração da autoestima e da confiança em si, ampliação da percepção dos problemas e possibilidades de resolução a partir das competências locais (BRASIL, 2009). Também é ação da TCI, a centralização na reflexão do sofrimento causado pelas situações estressantes. Além disso, cria espaços de partilha de sofrimentos, possibilitando reflexão e diluição de situações que estão incubadas e que podem trazer riscos à saúde. Essas situações, por sua vez, ao serem trabalhadas e enfrentadas em grupo, podem resultar em melhoras no enfrentamento da situação compartilhada, diminuindo os riscos e promovendo formas de enfrentamento baseado nas possíveis partilhas de experiências e estratégias expressas pelos participantes (BRASIL, 2009). Nessa perspectiva, o grupo Mulheres de Rosa vem provando dessa técnica que possibilita a escuta atenta de inquietações, sem distinção ou preconceito do que é exposto, pois o espaço amplia as possibilidades do fazer saúde, quando entende o ser humano nos seus vários aspectos. Com isso, as rodas de TCI são organizadas, realizadas e avaliadas através da utilização de roteiro que aborda as seguintes etapas (BARRETO, 2008):

1. Acolhimento – acolher o grupo e apresentar as regras que orientam o diálogo respeitoso, sem julgamento no desenvolvimento da roda de TCI;

Nessa etapa, procura-se ambientar o grupo, deixar os participantes à vontade, contribuir para que estejam confortavelmente acomodados. De preferência, organizar todos em um círculo. Deve-se dar início à terapia com uma música de acolhimento que seja conhecida pela comunidade e que contribua para a interação do grupo. Perguntar quem está aniversariando naquele mês e cantar parabéns é uma ação importante do acolhimento, pois é um gesto que valoriza a celebração da vida da pessoa. Nessa primeira etapa, também são colocadas as regras que permeiam e favorecem o bom desenvolvimento da terapia, como: fazer silêncio, falar da própria experiência, não dar conselhos ou sermões, respeitar a história de cada pessoa e, entre uma fala e outra, o participante pode sugerir músicas, poemas, trechos bíblicos que estejam no contexto do que é discutido na roda.

2. Escolha do tema – motivar o grupo para falar e escolher um tema para aprofundar a reflexão;

O terapeuta pergunta aos participantes se alguém gostaria de começar a falar sobre o que está fazendo-lhe sofrer ou causando-lhe alguma inquietação. Nesse momento, é importante destacar a importância de compartilhar suas inquietações, fazendo apelo ao provérbio: “quando a boca cala, os órgãos 4

falam, quando a boca fala, os órgãos saram” “quem guarda azeda, quando azeda, estoura e, quando estoura, fede”. Também é importante destacar o que falar, pois, na terapia, as pessoas devem falar de suas preocupações do cotidiano e não trazer seus segredos. Quando todos expuserem seus problemas, o terapeuta submete o grupo à escolha do problema que pareça de maior gravidade, perguntando: “Qual destes casos você acha que é mais urgente, com qual você mais se identifica e poderia ser escolhido para nossa terapia de hoje?” E continua perguntando: “Por que você escolhe este problema?” Após as pessoas se pronunciarem, o terapeuta pode propor uma votação. Após ter sido escolhido o tema, o terapeuta passa a palavra à pessoa que teve seu problema escolhido para falar um pouco mais daquilo que lhe inquieta.

3. Contextualização – Compreender a inquietação do protagonista através de perguntas que favoreçam uma reflexão de si e seus vínculos.

Nessa etapa, pedimos mais informações acerca do assunto para que possamos compreender o problema no seu contexto familiar, social, econômico, cultural, dentre outros.

4. Problematização – fazer emergir situações semelhantes vivenciadas e suas respectivas estratégias de superação pelos outros participantes do grupo;

Nessa etapa, a pessoa que teve o seu tema escolhido fica em silêncio. O terapeuta deixa de lado sua história, não faz mais perguntas e apresenta, então, um mote que vai permitir a reflexão do grupo. O mote é uma pergunta chave que será lançada pelo terapeuta a fim de instigar a fala e partilha de estratégias.

5. Encerramento – síntese das estratégias ditas pelos participantes;

O término da terapia caracteriza-se pelo reconhecimento, pela valorização e pelo agradecimento ao esforço, à coragem, à determinação e à sensibilidade de cada um que, em muitas outras circunstâncias, tenta ofuscar a dor e o sofrimento. São disparadas perguntas que buscam conhecer o que cada participante está levando da roda e o que pode ser feito para que o próximo encontro seja ainda melhor.

6. Avaliação – apreciação da condução da terapia .

Consiste em avaliar a condução da terapia, o impacto da sessão sobre cada um, a fim de verificar o processo de formação do terapeuta e o reconhecimento do grupo como fonte de conhecimentos. Nesse contexto de execução das sessões de terapia, ressaltamos que a descrição da experiência respeitou os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, utilizados a fim de assegurar os direitos e deveres que diz respeito à comunidade científica e aos sujeitos.

Resultados e Discussão

DiscussãoA TCI e sua interface com o Grupo Mulheres de Rosa Durante a realização das terapias, o grupo Mulheres de Rosa expôs situações como: ansiedade, estresse, medo, vergonha, solidão, insegurança, insônia, cansaço, baixa autoestima, tristeza (que se relacionam com problemas conjugais, espera de resultados de exames oncológicos), desemprego, dúvida quanto a alçar novos desafios profissionais, conjugais e/ou familiares.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Mediante a essas situações, o grupo vem traçando algumas estratégias de enfrentamento, dentre as quais se menciona: analisar a situação vivenciada, vendo o seu lado bom e ruim; encarar os desafios com determinação e prudência; não se basear na vida dos outros, mas filtrar o que melhor se aplica a cada situação; cuidar sempre do nosso interior; procurar companhia de outras pessoas; dedicar-se aos afazeres domésticos; ouvir músicas; trabalhar; buscar extrair algo de bom nas situações difíceis; buscar forças em si 5

e em Deus; entregar sua situação nas mãos de um ser maior; pôr em prática a fé e as orações aprendidas com familiares. As reflexões advindas das situações foram: aprender e refletir sobre a importância da amizade; de sonhar e sempre acreditar; do conhecimento adquirido; de mergulhar dentro de si; que a fé em Deus é o alento nas horas de desespero; que nunca estamos sozinhos; que podemos acreditar que há um ser superior a quem podemos nos apegar; que a solidão às vezes é necessária. Percebe-se, a partir dos resultados apresentados, que o grupo busca levar uma palavra amiga, mostrando que elas não estão sozinhas, que podem contar com a equipe de terapeutas comunitárias e também umas com as outras, pois muitas que se encontram com tratamento adiantado procuram dar apoio para aquelas que estão iniciando. Assim, visualiza-se o fortalecimento do espaço quando elas dividem suas inquietações e colaboram através de suas experiências de vida com as demais, a fim de facilitar a vivência. A TCI como ferramenta de trabalho e sua interface com a saúde O trabalho desenvolvido vem proporcionando benefício adicional nas práticas de saúde, vista sua importância para toda população de Horizonte, pois o grupo acolhe as mulheres com câncer de todo o município, seus familiares e pessoas que buscam conhecer e se empoderar de um cuidado voluntário e humanizado. Por sua vez, as UBS e sua indiscutível importância para o cuidado integral também se beneficia, uma vez que contam com o apoio social e psicológico que o espaço proporciona. Mediante a experiência descrita, destacamos a satisfação e a disposição para abraçar este grupo com questões desafiadoras, pois muitas temáticas requerem empenhos pessoais, profissionais e sociais. Temas como a morte, rejeição, tristeza, desesperança, dentre outros, sempre trazem comoção para todos do grupo, nessas horas, sentimos que os conhecimentos técnicos e científicos são insuficientes para trabalhar sentimentos complexos e passíveis de melhores observações e condutas. Esse tem sido um grande desafio: saber ouvir, filtrar suas narrativas e proporcionar uma postura sensível e acolhedora. Considera-se que no desenvolvimento das rodas, foram aprimoradas habilidades como: compromisso, flexibilidade, pontualidade, escuta qualificada e autocontrole. Essas habilidades, por sua vez, foram base para a preparação do ambiente em que a roda era aplicada, possibilitando um ambiente acolhedor. Utilizaram-se músicas de fundo, dinâmicas e outros recursos apresentados pelas participantes: poesias, textos, leituras bíblicas. Alguns desafios fizeram parte dessa trajetória, tais como: o choro quase incontrolável de algumas integrantes, falas prolongadas, desvio do tema abordado, alterações biológicas que necessitaram de intervenções clínicas mediatas e descumprimento das regras. Diante disso, algumas estratégias foram criadas para lidar com essas situações, como: oferta de água e/ou lenço em um momento de emoção, um simples toque acompanhado de palavras afetuosas, postura firme e cordial, acesso aos serviços de saúde, que facilitaram o desenvolvimento da roda e o estreitamento dos laços. As abordagens utilizadas ao longo do desenvolvimento das rodas proporcionaram uma renovação do processo de trabalho e influenciaram positivamente nas ações de saúde. Ações como consultas individuais sofreram influência direta da aprendizagem adquirida na TCI, possibilitando um olhar mais amplo, condutas mais centradas nas necessidades do paciente, reconhecimento cultural da pessoa que procura o serviço de saúde, permitindo-lhe um momento de reflexão sobre a sua vida e o seu contexto social, ao invés de dar conselhos.

Conclusão

A formação em TCI possibilitou a vivência em um grupo particular, mas com muitas peculiaridades passíveis de observação, escuta e atitudes que fortaleceram tudo que foi disparado. Destaca-se que TCI 6

abriu espaços para um pensamento amplo, permitindo a inserção e vivência em espaços comunitários através de uma prática que observa o território de abrangência de forma mais humana e sensível. Essa experiência vem incentivando outros processos relacionados à temática abordada, dentre eles destaca-se a necessidade de fortalecimento das intervenções direcionadas às mulheres, busca de mais integrantes a fim de ampliar as ações e fortalecer o grupo; a realização de um rastreamento da quantidade de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e a garantia da visualização do cenário atual no município de Horizonte também pode ser uma estratégia que fortaleça e proporcione o acompanhamento longitudinal que oportunize maior integralidade da assistência prestada a essas mulheres. Com isso, vivem-se momentos de acolhimento, resgate de histórias de vida até se elucidar várias dificuldades a partir do sofrimento do outro, não se permitindo ou contribuindo para tal, mas admitindo que sofrer e dividir o sofrimento, removendo as impurezas que perpassam o universo humano, pode ser a primeira estratégia para resgatar o bem-estar que o ser humano necessita.

Referências

Referências BARRETO, Adalberto de Paula. Terapia Comunitária: passo a passo. – 4. ed. revista e ampliada. - Fortaleza: Gráfica LCR; 408 p, 2008. BRASIL. Ministério da Saúde. O SUS e a Terapia Comunitária. Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Ivana Cristina de Holanda Cunha Barreto, Adalberto Barreto. Fortaleza Maria Verônica de Oliveira. - 70 p, 2009. GIL, A. C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa, cap. 5, p. 45-60. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Tipos de Câncer: mama. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. acesso em: 01/06/2014.

Agradecimentos

Agradecimentos Nossos agradecimentos, prioritariamente a Deus, personificação do amor, sem o qual nada nos seria possível; à nossas famílias, por nos ceder à dedicação a mais este trabalho; à Escola de Saúde pública, ora representada pela Dra. Miriam Barreto e sua valorosa equipe de terapeutas comunitários, que nos instigaram a ir em busca do outro; ao nosso então preceptor e amigo José Auricélio Cândido, por nos apresentar às mulheres de Rosa e nos fomentar o gosto pela pesquisa; à Florilda e demais profissionais que estão à frente do grupo, com inigualável sensibilidade e criatividade e, por fim, às Mulheres de Rosa, que nos oportunizaram germinar uma semente de cuidado, perseverança e profundo amor à vida, apesar dos obstáculos que ela nos apresenta.

A UTILIZAÇÃO DE PRÁTICAS POPULARES NO CUIDADO À CRIANÇA: ENTRE O EMPÍRICO E O CIENTÍFICO

Samara Keylla Dantas Brasil – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, samara.brasil@hotmail.com
Fernanda Carla Magalhães – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Akemi Iwata Monteiro – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Cuidado da criança. Medicina tradicional. Cultura. Família.

Resumo

Este estudo objetivou analisar o uso de práticas populares por cuidadoras de crianças com zero a cinco anos de idade. Trata-se de pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos através de entrevista em profundidade junto a 15 cuidadoras de crianças, que eram atendidas em uma unidade de saúde. Os resultados revelaram a utilização de variadas práticas populares pelas cuidadoras, nos casos de adoecimento da criança. Alguns desses recursos, no entanto, não são condizentes com condutas seguras para o infante. Dessa forma, diante da influência das práticas populares nos cuidados à criança, torna-se imprescindível o desenvolvimento de novos estudos que respaldem seu uso. Além disso, os profissionais de saúde devem reconhecer tais práticas como legítimas da população, valorizando-as e incluindo-as num processo dialógico e de negociação com as famílias.

Introdução

As práticas populares ou medicinas tradicionais compreendem os recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e terapeutas populares, cuja apreensão do saber se constrói no cotidiano. Desta forma, são transmitidas entre gerações e não tem relação com os serviços oficiais de saúde (SILVA; FRANCO, 1996).

Dentre os grupos mais expostos aos recursos populares, as crianças ocupam posição de destaque. Isto porque, nos primeiros anos de vida, ela está na dependência direta de um cuidador, representado pela mãe ou outra pessoa responsável. Ressaltando as mães, observa-se sua preferência em seguir as orientações de pessoas do seu convívio como sogras, avós, vizinhas e outros parentes, que já adotaram estratégias tradicionais de cuidado com resultados positivos (OLIVEIRA et al., 2006; ZANATTA, 2006).

Alguns estudos têm identificado os recursos populares utilizados nos cuidados à criança. Como exemplos, incluem-se: chás de ervas como cidreira, camomila, arnica, canela, capim santo, bem como benzedura e tipos de cuidados com o coto umbilical do recém-nascido, sendo referido o uso do pó de fumo, azeite, pomada e açafrão. Dentre as terapias alternativas contra a icterícia neonatal, foi relatado o emprego de banhos com picão, telha virgem, rosa branca e banho de sol. Também foi constatado o uso de lã vermelha na testa, banho morno para baixar a febre, dentre outras práticas. Isto foi observado mesmo entre aqueles que têm acesso aos serviços de saúde (AMARAL et al., 2012; LUCHESI; BERETTA; DUPAS, 2010; SOUZA et al., 2006).

A partir do exposto, percebe-se a influência das práticas populares nos cuidados à criança, o que desperta para a necessidade de estabelecer os riscos e benefícios advindos do emprego destas. Pois, os cuidadores de crianças podem expô-las a efeitos indesejáveis resultantes da utilização de algumas medidas populares, sobre as quais não se sabe as implicações no organismo do infante. Logo, como qualquer terapia de cuidado, a popular também é capaz de tornar a criança vulnerável a problemas de saúde, visto se adotar um conhecimento empírico, o que pode levar ao uso inadequado de tais terapias e prejudicar a segurança da criança.

Sendo assim, pesquisas têm alertado para ineficácia ou mesmo para possíveis agravos do quadro da criança ocasionados pelos recursos populares. Dentre estas práticas, sobressaem-se as utilizadas na cicatriz umbilical, a exemplo da faixa para evitar herniação, e algumas preparações caseiras com variadas plantas medicinais. Soma-se a isto, a pouca comunicação entre usuário e profissional de saúde o que potencializa atitudes arriscadas para a saúde do infante (SILVA; FREIRE; MACHADO, 2010; ISERHARD et al., 2009).

Assim, concorda-se com Luchesi, Beretta e Dupas (2010) quando reconhecem a necessidade de desenvolver novos estudos, a fim de elucidar a verdadeira função terapêutica das práticas populares utilizadas em crianças. A partir de tais pesquisas, os profissionais de saúde, sobretudo os da atenção básica, poderão intervir junto aos cuidadores, mantendo uma relação horizontal com estes, através de um diálogo aberto sobre as terapias caseiras.

Nesse cenário, a Estratégia Saúde da Família (ESF) emerge como o espaço necessário para a mudança de práticas. Esta é uma proposta que aponta para uma assistência diferenciada, já que os profissionais deveriam desempenhar suas atividades baseados em dinâmicas relacionais. Além disso, a ESF por estar inserida numa comunidade e nas representações sociais presentes nela, requer dos trabalhadores o conhecimento deste espaço de atuação, o que resulta na agregação de diversos saberes (JUNGES et al., 2011).

Conforme descrito anteriormente, é imprescindível considerar o contexto que envolve a criança e mais especificamente, as práticas de cuidado realizadas por seus cuidadores, a fim de evitar danos à saúde do infante, resultantes de terapias inadequadas. Sendo assim, este resumo objetivou analisar o uso de práticas populares por cuidadores de crianças com zero a cinco anos.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, realizada na Unidade Mista de Felipe Camarão (UMFC), no município de Natal, Rio Grande do Norte.

Participaram da pesquisa 15 cuidadoras de crianças que atenderam aos critérios de inclusão pré-estabelecidos: estar adstrito na área de abrangência da unidade; ter idade igual ou superior a 18 anos; e ser cuidador de criança(s) com zero a cinco anos de idade.

Para a coleta de dados, utilizou-se da entrevista em profundidade. Assim, foi elaborado um roteiro de entrevista subdividido em duas partes - a primeira, constituída por questões sociodemográficas tendo em vista a caracterização da população estudada; e, a segunda parte constou de uma questão norteadora referente ao objeto específico do estudo – O que o(a) senhor(a) faz em casa quando a(s) criança(s) apresenta algum problema de saúde?

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora nos meses de setembro e outubro de 2013. O contato com as cuidadoras ocorreu na própria unidade de saúde, quando estas compareciam neste serviço para acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento infantil ou para atualizar o cartão de vacinação da criança. A fim de manter o anonimato das participantes, foi atribuído, de maneira aleatória, nome de pássaro a cada uma.

Após a transcrição integral das entrevistas gravadas, os depoimentos foram tratados de acordo com a técnica de análise de conteúdo na modalidade de análise temática, proposta por Bardin (2011). O tratamento das falas fez emergir quatro categorias, no entanto, neste resumo será apresentada uma parte da primeira categoria relacionada aos tipos de práticas populares utilizadas nos cuidados com a criança.

Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, sob o CAAE 15467013.8.0000.5537. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, garantindo a participação segura e voluntária, conforme Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012).

Resultados e Discussão

De acordo com as cuidadoras, quando a criança apresenta algum problema de saúde, elas recorrem ao uso de plantas medicinais preparadas de várias formas: os chás, os lambedores, o banho e o sumo, conforme ilustrado nos discursos abaixo:

“Em casa o que eu faço é chá! Chá de erva doce, de erva cidreira, de alfazema, chá preto”. (Asa Branca)

“Já fiz lambedor para ela. Eu faço lambedor natural de abacaxi e de cenoura também”. (Bem-te-vi)

“Eu dou o banho com a folha do eucalipto”. (Juriti)

“A gente dá o mastruz com leite que é bom, bate no liquidificador, côa e dar”. (Gaivota)

No que tange às propriedades terapêuticas de uma planta, estas são reconhecidas pelo senso comum, por meio da experiência empírica e da vivência popular, ambas convergindo para a formação de uma rede de saberes. Tal rede coloca a figura feminina em destaque, tendo em vista que a ela, eram atribuídas as práticas de cuidado, repassadas entre gerações, desde a antiguidade. Sabe-se que existem relatos da época primitiva, sobre a utilização de plantas medicinais por mulheres para a cura de doenças (MEDEIROS; CABRAL, 2002).

Neste estudo, foi identificada uma diversidade de plantas utilizadas como meio de minimizar sinais e sintomas apresentados pelo infante, tais como: abacaxi, alfazema, camomila, hortelã, “chá preto”, erva cidreira, erva doce, eucalipto, gengibre, agrião, corama, cebola branca, sabugueiro, sena, maracujá, mastruz e cenoura.

Assim, em relação às preparações citadas pelas cuidadoras, foi constatado que a maioria faz uso de plantas medicinais adequadas aos problemas das crianças. Entretanto, algumas cuidadoras desconhecem o tipo de preparo mais eficaz, o que pode influenciar nos resultados obtidos com a planta. Outro aspecto importante se refere à mistura de plantas, atitude que pode pôr em risco a saúde da criança. Logo, desperta-se para a necessidade de mais estudos que apontem os benefícios de algumas plantas e de suas combinações para a saúde, levando-se em conta a maneira como as pessoas utilizam-nas, ou seja, como chás, xaropes, banhos, dentre outros. Além disso, é necessária a ampla divulgação destes resultados, a fim de possibilitar o emprego seguro dessas terapias.

Sobre os problemas mais referenciados quanto ao uso das medidas populares, destacam-se os respiratórios. As cuidadoras relataram diversas práticas, objetivando melhorar o quadro respiratório da criança, o que desperta para prevalência das Infecções Respiratórias Agudas (IRAs) na população estudada, bem como a preocupação e os cuidados imediatos prestados pela família à criança doente.

Dessa mesma forma, resultados de pesquisa sobre o uso de plantas medicinais no tratamento das IRAs em crianças, apontaram que os cuidadores valorizam esta medida; alcançam efeitos benéficos com sua adoção; e, conseqüentemente, confiam no tratamento a base de plantas (ARAÚJO et al., 2012).

Em nível nacional, as IRAs continuam sendo consideradas um problema de saúde pública. Estima-se que o Brasil está em 15º lugar em relação ao número de casos anuais de pneumonia clínica em menores de 5 anos (1,8 milhão). Além disso, de 30 a 50% das consultas ambulatoriais e mais de 50% das internações hospitalares estão voltadas para esse grupo (CARDOSO, 2010).

Retomando os aspectos relacionados às medidas caseiras, foi possível identificar nos discursos, algumas precauções quanto ao emprego destas práticas, como evidenciado nas seguintes falas:

“Eu nunca dei lambedor a ela não, porque ela é muito pequena! Já dei a essa maior aí”. (Beija-Flor)

“Lambedor era [...] só de coisas leves, agora tudo a gente faz na medida certa, para não causar nenhum problema, dependendo da idade! Só coisas leves! E o chá eu sempre dava desse jeito também, bem fraquinho”. (Rouxinol)

Esses depoimentos expressam a cautela das cuidadoras diante das terapias caseiras. Conforme Beija-Flor, a utilização do lambedor está condicionada à idade infantil, de forma que a criança receptora dos cuidados é caracterizada como “pequena”, e por isso não deve ser submetida a este tipo de medida. Já Rouxinol afirma empregar lambedor e chá, prudentemente, relacionando também a forma de preparo com a idade da criança. Ela vai além, ao demonstrar preocupação com o tipo de planta e a quantidade colocada na preparação caseira, “só de coisas leves, agora tudo a gente faz na medida certa”.

A ponderação das cuidadoras com as plantas medicinais constitui atitude importante e muitas vezes peculiar, já que as pessoas tendem a não associar efeitos adversos ao uso de plantas na sua forma *in natura*. Exemplo disto foi vislumbrado em estudo com 50 famílias do Paraná, desenvolvido por Tomazzoni, Negrelle e Centa (2006), no qual se identificou que sobre a dosagem correta das plantas medicinais, os entrevistados afirmaram adotar as recomendações de amigos e familiares. Além disso, alguns participantes não demonstraram preocupação com a dosagem, já que para eles “planta não faz mal à saúde”.

Nesse sentido, a preocupação volta-se ao profissional de saúde, em especial o enfermeiro, uma vez que se exige uma maior participação deste no processo de educação em saúde para práticas populares, a exemplo das plantas medicinais. Assim, conhecer o potencial terapêutico das plantas e os benefícios advindos destas pode facilitar a aproximação do enfermeiro com a população, viabilizar maior segurança nas ações de saúde e oportunizar o elo entre os saberes científico e popular (HECK et al., 2011).

Apesar da maioria das entrevistadas ter aludido ao emprego de plantas medicinais quando a criança adocece, alguns discursos evidenciaram as crenças como meio de cura para os infantes, como é mostrado nas seguintes falas:

“[...] a dona da loja começou a elogiar a menina, dizer que ela era bonita, que parecia filha de rico. Quando eu cheguei em casa, a menina já estava toda se esticando, mole, parecia que estava com dor. Aí eu levei ela para uma rezadeira que quando viu a menina, disse que ela estava com mau olhado. Daí rezou nela [...] e a menina ficou boa!” (Gaivota)

No contexto da entrevistada, ressalta-se a forte influência da rezadeira como agente que restabelece a saúde da criança, por meio da invocação religiosa, principalmente, nos casos em que a cuidadora não consegue associar o problema infantil a alguma doença específica. É nesse momento que elas apelam à figura da rezadeira, a qual identifica os sintomas do infante como resultado de energias negativas, denominadas de mau-olhado ou quebrante.

Sobre esta colocação, Minayo (1988) afirma que dentre as possíveis causas da doença, existe aquela que os indivíduos denominam de sobrenatural. Esta dá origem aos chamados transtornos espirituais, que inclui o mau-olhado resultante de energias negativas transmitidas pelo olhar. Acomete, principalmente, crianças que passam a apresentar sintomas como: febre, irritação, prostração, náusea, desidratação ou diarreia.

Corroborando o exposto, Costa et al (2013) em seu estudo, identificou que as mães enfatizaram a existência de forças negativas no ambiente ou advindas de outras pessoas, influenciando no adoecimento da criança. Logo, no cuidado cotidiano são comuns as crenças e o uso de objetos no recém-nascido, a fim de prevenir tais forças e reequilibrar a condição de saúde da criança.

Reitera-se que a escolha por determinada alternativa de cuidado resulta da forma como o indivíduo encara a doença, sendo esta um palco de interações entre sujeitos, grupos e instituições e a cultura, por vezes, implícita (LEITE; VASCONCELLOS, 2006). Destarte, o indivíduo ao nascer já está inserido numa determinada cultura, a qual se relaciona ao momento histórico. Conseqüentemente, cada pessoa direciona suas ações conforme seus valores, crenças, costumes e ideias adquiridos ao longo do tempo, ou seja, de acordo com a percepção subjetiva, resultantes da sua história pessoal e social (SILVA; FRANCO, 1996).

Segundo Medeiros et al (2007), recorrer à religião como meio de cura é uma situação comum no Brasil, em especial, nas regiões Norte e Nordeste. Isto se deve a influências culturais advindas dos povos que por aqui passaram. Ademais, a existência dessa prática vai além da falta de serviços formais de saúde em localidades isoladas. Ela é um fenômeno cultural, que faz parte do cotidiano das pessoas e excluí-la representaria negar a cultura de um povo.

Conforme Leite e Vasconcellos (2006), quando o sujeito procura um curandeiro popular, está implícito nesta ação o entendimento coerente que aquele possui em relação à doença. De forma ampla, estão subentendidos seus conceitos referentes à saúde, à causa da doença, ao tratamento e ao próprio corpo que estão acordadas com a sua percepção. O “fazer sentido” é fruto da harmonia entre a base cultural do indivíduo e todo o processo percorrido até a ação de saúde.

Deste modo, infere-se a partir das falas, que o cuidado à criança no domicílio tem se respaldado nos saberes passados entre gerações por membros de um mesmo grupo, neste caso, a família. Assim, evidencia-se a família como importante espaço de relações, definidoras do cuidado à criança. Por isso, torna-se pertinente destacar a necessidade dos profissionais de saúde adentrar nesse meio, a fim de negociar práticas mais seguras.

Conclusão

A utilização de terapias populares no cuidado à criança é uma prática bastante comum, sobretudo, nos espaços familiares. Esses recursos têm permanecido ao longo do tempo de diferentes formas, desde as preparações caseiras, a exemplo dos chás, lambedores, banhos, dentre outros; até a crença e a fé nas rezas como medidas de cura.

A representatividade das práticas populares para as cuidadoras está amparada na cultura e no saber empírico, compartilhados entre gerações. Esta condição impõe o desafio de desenvolver novos estudos, a fim de melhor respaldá-las no que se refere à adoção de tais práticas nos cuidados infantis. Em outras palavras, torna-se necessário aproximar os saberes empírico e científico, promovendo assim, atitudes mais seguras.

É importante destacar que nesse cenário, os profissionais de saúde desempenham o papel fundamental de mediadores de condutas. Pois, para que o trabalho desenvolvido na Estratégia Saúde da Família seja efetivo, é necessária a interação entre usuário e profissional.

Sendo assim, conhecer as práticas populares que estão imbricadas na rotina dos cuidados à criança, representa o ponto de partida para o desenvolvimento de estudos que identifiquem o efeito terapêutico ou mesmo prejudicial de algumas práticas. Isto daria maior respaldo aos profissionais, visando a negociação com as cuidadoras da melhor terapia a ser empregada e por vezes, a consolidação de recursos mais acessíveis à população.

Referências

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso. et al. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. Rev. Rene, v.13, n.1, p.85-93, 2012.

ARAÚJO, Karla Rafaella Menezes et al. Plantas medicinais no tratamento de doenças respiratórias na infância: uma visão do saber popular. Rev. Rene, v.13, n.3, p.659-66, 2012.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. 1.ed. Lisboa: Editora Edições 70, 2011. 280p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 15 ago. 2013.

CARDOSO, Andrey Moreira. A persistência das infecções respiratórias agudas como problema de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública, Editorial, Rio de Janeiro, v.26, n.7, p.1270-1, jul. 2010.

COSTA, Ana Cristina Pereira de Jesus et al. Saberes populares no cuidado ao recém-nascido com enfoque na promoção da saúde. **Rev. Pesq. Cuid. Fundam. Online**, v.2, n.5, p.3626-35, 2013.

HECK, Rita Maria et al. Plantas medicinais e enfermagem: uma nova perspectiva no combate aos radicais livres. **Cogitare Enferm.**, v.1, n.16, p.122-6, 2011.

ISERHARD, Ana Rosa Müller et al. Práticas culturais de cuidados de mulheres mães de recém-nascidos de risco do Sul do Brasil. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v.13, n.1, p.116-22, jan./mar. 2009.

JUNGES, José Roque et al. Saberes populares e cientificismo na Estratégia Saúde da Família: complementares ou excludentes? Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.11, p. 4327-35, 2011.

LEITE, Silvana Nair; VASCONCELLOS, Maria da Penha Costa. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.13, n.1, p.113-28, 2006.

LUCHESI, Bruna Moretti; BERETTA, Maria Isabel Ruiz; DUPAS, Giselle. Conhecimento e uso de tratamentos alternativos para Ictericia neonatal. Cogitare Enferm., v.15, n.3, p.506-12, jul./set. 2010.

MEDEIROS, Lis Cardoso Marinho et al. As práticas populares de cura utilizadas por rezadores no povoado brejinho, município de Luiz Correia – PI. Esc. Anna Nery Rev. Enferm., v.11, n.1, p.112-7, 2007.

MEDEIROS, Lis Cardoso Marinho; CABRAL, Ivone Evangelista. As plantas medicinais e a enfermagem – a arte de assistir, de curar, de cuidar e de transformar saberes. Rio de Janeiro, RJ: EDUFPI, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Saúde-doença: Uma concepção popular da Etiologia. Cadernos de Saúde Pública, v.4, n.4, p.363-81, out./dez. 1988.

OLIVEIRA, Aline Teles Soares Alencar de et al. Crenças e práticas populares: influência na assistência de enfermagem prestada à criança no Programa Saúde da Família. Rev. Bras. Promoção da Saúde, v.19, n.1, p.11-18, 2006.

SILVA, Joana De Angelis Ponte e.; FREIRE, Deborah Gurgel; MACHADO, Maria de Fátima Antero Sousa. Cuidados maternos à saúde da criança em ambiente domiciliar frente ao serviço de saúde. Rev. Rene, v.11, Número Especial, p.186-194, 2010.

SILVA, Yolanda Flores.; FRANCO, Maria Celsa. Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis, SC: Papalivro, 1996. 120p.

SOUZA, Marcus Antônio de et al. Práticas populares adotadas nos cuidados em saúde da criança. Rev. Enferm. UERJ., v.14, n.4, p.512-17, out./dez. 2006.

TOMAZZONI, Marisa Inês; NEGRELLE, Raquel Rejane Bonato; CENTA, Maria de Lourdes. Fitoterapia popular: a busca instrumental enquanto prática terapêutica. **Texto Contexto Enferm.**, v.1, n.15, p.115-21, 2006.

ZANATTA, Elisangela Argenta. Saberes e práticas das mães no cuidado à criança de zero a seis meses de vida. 2006. 163p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2006

A VIDA DE EXILADOS PELA HANSENÍASE CONTADA POR PROFISSIONAIS QUE ATUARAM EM UM HOSPITAL COLÔNIA

Ana Michele de Farias Cabral – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN – anamichiefarias@yahoo.com.br

Thayse Minosa dos Santos Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Lucélia Maria Carla Paulo da Silva Duarte – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Deyla Moura Ramos Isoldi – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Izabella Bezerra de Lima Moura - Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Clélia Albino Simpson – Orientadora, Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN

Palavras-chave: Enfermagem. Hanseníase. Hospital Colônia.

Resumo

Objetivo: caracterizar a vida das pessoas asiladas devido a hanseníase segundo a opinião de profissionais de enfermagem que atuaram em hospital colônia. Método: estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 5 profissionais de enfermagem que atuaram no Hospital Colônia “São Francisco de Assis”, por intermédio de entrevistas semiestruturadas, transcritas e analisadas por meio da técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Resultados: foram identificados 3 eixos temáticos: I – O processo de socialização dos internos; II – O preconceito, o estigma e a discriminação; e III – A exclusão social versus a inclusão social. Conclusão: a partir da vivência relatada pelos profissionais, infere-se que a política de isolamento compulsório foi uma determinação que provocou inúmeras transformações na vida da pessoa com hanseníase, mudanças que envolveram não só o âmbito pessoal, mas, também, o familiar, o social e o econômico.

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica de grande relevância para a saúde pública, devido ao seu grande poder incapacitante. Atinge principalmente a faixa ativa em termos econômicos e manifesta-se por meio de lesões na pele e nos nervos periféricos, podendo levar ao aparecimento de incapacidades e deformidades físicas. Estas são capazes de provocar problemas tais como diminuição da capacidade de trabalho, limitação da vida social e problemas psicológicos. Ainda são responsáveis pelo estigma e preconceitos referentes à doença (EIDT, 2004; BRASIL, 2008).

A história da saúde pública brasileira, no controle da hanseníase, é marcada por condutas autoritárias com o único intuito de extinguir a doença do meio social sob o regime do enclausuramento compulsório em hospitais colônia. Estes começaram a ser construídos no século XVIII, sendo que no início do século XIX as pessoas portadoras de hanseníase passaram a ser discriminadas, perseguidas e isoladas. A construção ocorreu por meio de doações feitas por religiosos e pela sociedade civil. Inicialmente, o objetivo primordial desses asilos era a proteção da população considerada sadia daqueles diagnosticados com hanseníase (MARZLIAK et al, 2008).

No Brasil, a prática do isolamento das pessoas com hanseníase iniciou-se com a construção do primeiro “leprosário” pelo governo colonial de D. João V, no século XIX. Tal prática não apenas no Brasil, mas em todo o mundo, era considerada a única forma de controlar a proliferação da doença e foi mantida até 1940 (MOHAN, 2004).

No estado do Rio Grande do Norte, o primeiro hospital colônia foi criado com a política sanitária de Oswaldo Cruz. Sua fundação ocorreu no dia 14 de janeiro de 1929, período da Primeira República, pelo médico sanitário dr. Manoel Varela Santiago, administrador dessa colônia durante quase 30 anos. Essa colônia chegou a abrigar quase 300 internos (NÓBREGA, 2011).

A estratégia de isolamento foi utilizada ao mesmo tempo em que se criava uma estrutura que a sustentava. Entretanto, foi só com o avanço da ciência que começaram a ocorrer mudanças nas ações governamentais. A partir de então, novas estratégias foram sendo gradativamente adotadas e, em 1962, foi abolida a política de isolamento compulsório, por meio do Decreto Federal n. 962.⁴⁻⁶ Nesse contexto, os profissionais de enfermagem atuaram de maneira significativa para amenizar o grau de incapacidade gerado pela hanseníase, o estigma, assim como contribuíram bastante para a melhoria da qualidade de vida do portador de hanseníase (FIGUEIREDO, 2007).

No cenário de atuação, é fundamental que o enfermeiro e demais profissionais da rede de saúde considere a fragilidade psicológica do paciente e ofereça uma assistência humanizada, pautada na solidariedade e fraternidade, contando com a efetividade de sua participação (NEVES, 2010).

Diante do exposto, o seguinte questionamento foi adotado: “Qual é a opinião dos profissionais de enfermagem sobre a vida dos portadores de hanseníase em hospital colônia?”. Para respondê-lo foi determinado como objetivo: analisar a opinião dos profissionais de enfermagem, que atuaram em hospital colônia de hanseníase, sobre a vida dos pacientes.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, realizado com 5 profissionais de enfermagem que atuaram no Hospital Colônia “São Francisco de Assis”, em Natal, por meio de entrevistas semiestruturadas analisadas a partir da técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin.

O instrumento utilizado para a produção dos dados constou de um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 2 partes: A primeira correspondendo às informações que caracterizaram o entrevistado, contendo nome completo, nome fictício, idade, sexo, naturalidade, estado civil, endereço residencial e eletrônico, telefone para contato, escolaridade, profissão/ocupação e religião. A segunda parte se referiu à questão de pesquisa, sendo ela: “Como foi sua experiência como profissional de enfermagem do hospital colônia para os portadores de hanseníase?”.

As entrevistas foram realizadas na residência e no local de trabalho dos participantes, utilizando um gravador de áudio. Explicou-se, inicialmente, o propósito da pesquisa e, em seguida, apresentou-se o instrumento de coleta dos dados. Por fim, garantiu-se a liberdade e espontaneidade para que os participantes respondessem aos questionamentos propostos, enquanto se gravavam os depoimentos.

Na análise das entrevistas, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo temática, proposta por Bardin, pois representa um conjunto de técnicas de análise das comunicações que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção das mensagens. Para a sua concretização, as seguintes etapas foram consideradas: pré-análise, exploração do material, ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação; em seguida, 3 eixos temáticos foram identificados: I – O processo de socialização dos internos; II – O Preconceito, o estigma e a discriminação; e III – A exclusão social versus a inclusão social.

Considerou-se a Resolução n. 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que dispõe sobre pesquisas que envolvem seres humanos. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), sob o Protocolo n. 461.403 e o CAAE n. 19476913.9.0000.5537.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A pesquisa contou com 5 participantes, sendo 1 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, cuja faixa etária variou de 53 a 77 anos de idade. Destes, 3 eram naturais do estado do Rio Grande do Norte, 1 de Alagoas e 1 de São Paulo. Quanto à escolaridade, apenas 1 referiu ter concluído o Ensino Médio e os demais concluíram o Ensino Superior. No que diz respeito ao estado civil, 1 afirmou ser casado, 2 divorciados e 2 viúvos. Concernente à ocupação/profissão, 3 eram enfermeiros, 1 aposentado e 1 técnico em enfermagem. No que se refere à religião, 2 relataram ser espíritas e 3 católicos. Todos foram designados com nomes de pedras preciosas, para garantir o sigilo dos discursos.

I – O processo de socialização dos internos

A partir dos relatos dos sujeitos da pesquisa, evidencia-se o processo de socialização que se inicia dentro da própria colônia, na relação profissional/usuário, no vínculo afetivo estabelecido entre profissional e interno, no aprendizado proporcionado pela interdisciplinaridade e na interface existente no voluntariado, que ali era constante.

De dentro da Colônia mesmo, praticamente não tinha quase nada para ocupar o tempo deles. Agora, de fora para dentro da colônia tinha muitas. Muitas atividades, muitas coisas de grupos religiosos, evangélicos, espíritas, católicos faziam muitas atividades com eles. [...] muitas pessoas de fora, muitas pessoas de todas as religiões faziam festas pra eles, Dia das Mães, Natal. Tinha muitas festas. (Sugilita)

Apesar dos esforços por parte dos profissionais em reintegrar os portadores de hanseníase que ali estavam confinados, não existiam grandes interesses demonstrado pelo Estado em reverter o quadro no qual estavam submergidos aqueles internos:

Ao me aproximar deles, eu passei a estimular o autocontrole, quer dizer, mostrar que eles estavam ali, mas que eles eram seres como nós, eram seres humanos iguais a nós e que eles um dia poderiam sair dali porque em outros estados já tinham acontecido isso e aqui, no Rio Grande do Norte, demorou muito porque a gente notou que as autoridades sanitárias não tinham o mínimo interesse de ajudar aqueles seres humanos que ali estavam confinados [...] Lá na colônia, eu fazia o trabalho “psíquico-terapia”, “evangelho-terapia” e “prece-terapia”, tudo para ajudar a moral, o alto-astral, essas coisas. (Topázio Imperial)

II – O Preconceito, o estigma e a discriminação

O preconceito, o estigma e a discriminação, embora estivessem presentes no cotidiano do portador da hanseníase, em uma sociedade que ainda desconhecia as formas de contágio da doença, não foram observados nos depoimentos analisados, uma evidência de que talvez existissem na relação entre profissional e usuário.

Quando eu cheguei, visitei um a um, até cumprimentava e o pessoal dizia: “huum, você cumprimentou”, eu dava a mão porque ninguém fazia isso... eu lembro que eu cheguei e visitava todo mundo... foi importante porque também passei a conhecer melhor, a estudar, o paciente, a sua vida e como enriquecimento foi muito produtivo e valioso, até hoje. (Rosa do Deserto)

Na relação usuário/família, usuário/sociedade; essa tríade pôde ter sido notada nas histórias contadas.

Os profissionais que trabalhavam lá não demonstravam estigma e preconceito. Eu nunca presenciei, mas para os que não trabalhavam, realmente era difícil o convívio deles externo... Dentro do serviço, não existia discriminação. De fora, permanecia o estigma do leprosário. (Rosa dos Ventos)

III - A exclusão social versus a inclusão social

A dinâmica constante das atividades proporcionadas tanto pela atuação dos profissionais que trabalhavam na colônia como pelo voluntariado foi relevante para o processo de desmistificação em relação ao portador de hanseníase, assim como a prática da inclusão social.

A minha intenção era envolver os alunos de graduação em um projeto de extensão, porque eu sou professora, para que eles conhecessem a realidade, tanto da hanseníase como da história pregressa e entender melhor como aconteceu antigamente e como acontece recentemente, na época, então, estava sendo vista tanto pela sociedade como pela saúde, a questão da inclusão. Trabalhar a inclusão /social desses portadores de hanseníase. Nós fazíamos as visitas, tínhamos que fazer visitas direto a esse casal, dávamos suporte, assim, mais de orientação para evitar traumatismo com relação às extremidades, se aparecesse algum outro ferimento, outra lesão. (Ágata Dendrita)

Tinha peça de teatro lá, o povo ia de fora, principalmente os espíritas que não tinham preconceito nenhum, os que iam para lá. Juntavam-se com eles e faziam aquelas peças de teatro, que eram uma beleza. Ia muita gente boa lá, porque o que fez quebrar o muro, a muralha que separa o povo de fora dos de dentro era o desconhecimento, porque agora a gente sabe que em 1943 já existia o tratamento com a sulfona, não era tão bom quanto hoje, mas já existia e pouca gente sabia disso. (Topázio Imperial)

Os presentes relatos evidenciaram que o asilamento compulsório provocou muitas transformações familiares, psicológicas e emocionais para o portador de hanseníase. Para os profissionais que trabalharam no hospital colônia, desenvolver sua prática junto a essa população, na época excluída, tornou-se um importante fator para o amadurecimento profissional e enquanto ser humano.

Eu lembro que chegou uma paciente no hospital com hanseníase, não estou lembrada qual, e a família se afastou, começou a se afastar e a assistente social teve de procurar a família e a gente sentar e conversar com a família. O marido se afastou, ela era casada há pouco tempo, o marido se afastou e começaram a se afastar e a gente teve que ir atrás pra eles chegarem a ela para ver que não era aquilo. (Turmalina)

A hanseníase causa grande prejuízo na vida diária e as relações interpessoais, provocando um sofrimento que ultrapassa a dor e o mal-estar, fortemente relacionados ao prejuízo físico, com grande impacto social e psicológico (MARTINS; TORRES; OLIVEIRA, 2008).

A doença é marcada por forte estigma social. Ao longo da história, o isolamento do paciente foi a principal medida para enfrentar a hanseníase, mas essa ação não foi capaz de controlar a doença e contribuiu para aumentar o medo e o estigma associados à hanseníase (HIRLE; MURAI, 2009)

É notório, nos discursos, o grande benefício apresentado na boa relação de convivência que foi estabelecida entre os usuários e os profissionais de enfermagem, tanto para o enfrentamento social diante do preconceito ligado à doença como em relação ao impacto psicológico provocado pelo confinamento obrigatório.

O vínculo social é um fator indispensável para o paciente e provoca mudanças diretas no comportamento em relação à doença. Dependendo da forma que seja estabelecido com o mundo exterior, o portador se posiciona positiva ou negativamente, pois os movimentos a ele relacionados reforçam ou diminuem os estigmas criados pelo próprio paciente (MONTEIRO, 2011).

Falando sobre estigma, notam-se 3 diferentes tipos: o primeiro relacionado com as abominações do corpo, as deformidades físicas; o segundo, relativo às culpas de caráter individual, percebidas como vontade fraca, paixões tirânicas ou não naturais, crenças falsas e rígidas, desonestidade, decorrentes de distúrbios mentais, alcoolismo, homossexualismo, desemprego, comportamento político radical, entre outros motivos. E o terceiro tipo, relacionado com as tribos, raças, nação e religião. Esses 3 tipos de estigma convergem para um ponto comum: na relação social com os demais, afasta aqueles que encontram, destruindo a possibilidade de atenção positiva para esses indivíduos (GOFFMAN, 1982)

Apesar de falar-se, na época, em socialização dos internos, é perceptível, nas falas dos sujeitos, que existia um forte receio de conviver com o mundo externo à colônia por parte dos portadores da hanseníase. A preocupação quanto à aceitação e preconceito pela sociedade eram fatores que permeavam o mundo dos asilados.

Na hanseníase, o estigma é um fenômeno real e afeta a vida dos portadores em seus diversos aspectos: físicos, psicológicos, sociais e econômicos. Ele representa um conjunto de fatores como crença, medo, preconceitos, sentimentos de exclusão que atinge os portadores da doença. A própria estigmatização, a vergonha das deformidades e as posturas manifestadas pelos habitantes da comunidade contribuem para o isolamento social (RUFFERTY, 2005). Resgatando a ideia de exclusão social, ela é definida e entendida como qualquer condição ou situação social de carência, dificuldade de acesso, segregação, discriminação, vulnerabilidade e precariedade em qualquer âmbito (ESCOREL, 1999).

É sob a perspectiva de carência afetiva, familiar, social e econômica que estava submerso o portador de hanseníase institucionalizado durante o período do internamento compulsório. A atuação profissional diante dessa política estatal permitiu que esse momento fosse encarado com mais suavidade, como foi percebido na maioria das entrevistas.

Conclusão

Este estudo possibilitou que parte da história da hanseníase no Rio Grande do Norte fosse desvelada. A partir da vivência dos participantes, pôde-se perceber que a política de isolamento compulsório foi uma determinação que provocou inúmeras transformações na vida do portador de hanseníase. Mudanças que não só envolveram o âmbito pessoal, mas também o familiar, o social e o econômico.

No contexto do isolamento social, do estigma, do preconceito e da exclusão social, os profissionais da enfermagem atuaram de forma positiva para que a vivência dos asilados na colônia não fosse encarada de forma ainda mais traumática. Nos dias atuais, observa-se maior conhecimento sobre a hanseníase, no entanto, episódios de discriminação, preconceito e estigma ainda são encontrados por profissionais em seus cenários de atuação. Assim, desvelar o passado da hanseníase é uma das estratégias essenciais para o combate de tais práticas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Hanseníase: Manual da Secretaria de Vigilância em Saúde. Cadernos de atenção básica, n. 21, 2ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.
- EIDT, L.M. Breve história da hanseníase: sua expansão do mundo para as Américas, o Brasil e o Rio Grande do Sul e sua trajetória na saúde pública brasileira. Saúde e Soc [Internet]. 2004 Aug; v. 13 n. 2 p. 76-88. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/08>>. Acesso em 20 jan 2014.
- MARZLIAK, M.L.C.; SILVA, R.C.P.; NOGUEIRA, W et al. Breve histórico sobre os rumos do controle da Hanseníase no Brasil e no Estado de São Paulo. Hansen Int [Internet] 2008; v. 33 n. 2 p. 39-44. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=10930>. Acesso em 10 jan 2014.
- Jornal do movimento de reintegração das pessoas atingidas pela hanseníase [Internet]. 2004 Aug-Sept. Ano XXII. Disponível em: <Available from: http://www.morhan.org.br/views/upload/jornal_40.pdf>. Acesso em 1 feb 2014.
- NÓBREGA, A.R.V; JÚNIOR, A.E.O.S; NASCIMENTO, M.M.P. **Um olhar sobre a assistência de enfermagem em hanseníase na estratégia saúde da família.** 62º Reunião Anual SBPC. 2011. Disponível em: <<http://www.sbpnet.org.br/livro/62ra/resumos/resumos/4837.htm>>. Acesso em: 1 Feb 2014.
- FIGUEIREDO, N.M.A. Ensinando a Cuidar em Saúde Pública. Yendis, São Caetano do Sul; 2007.
- NEVES, I.S.; RIVEMALES, M.C.C. Leprosy x Social Exclusion: updating study. J Nurs UFPE on line [Internet], 2010 Jan/Mar; v. 4 n. 1 p. 381-8. Disponível em: <<http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/746>>. Acesso em: 20 Jan 2014.
- MARTINS, B.D.L.; TORRES, F.N., OLIVEIRA, M.L.W. Impacto na qualidade de vida em pacientes com hanseníase: correlação do Dermatology Life Quality Index com diversas variáveis relacionadas à doença. **An Bras Dermatol** [Internet] 2008 Jan/Feb; v. 83 n. 1 p. 39-43. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0365-05962008000100005>. Acesso em: 5 Feb 2014.
- HIRLE, K.F.; MURAI, H.C. Intervenção de enfermagem em Hanseníase: instrumentos e políticas públicas. Rev Enferm UNISA [Internet] 2009; v. 10 n. 1 p. 34-8. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2009-1-07.pdf>>. Acesso em: 6 Jun 2014.
- MONTEIRO, S.C.L. **Hanseníase:** políticas públicas e qualidade de vida de pacientes e seus cuidadores. Belo Horizonte; 2010.
- GOFFMAN, E. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1982.
- RUFFERTY, E. Curring the stigma of leprosy. Leprosy Review. 2005;76:119-26.
- ESCOREL, S. Vidas ao Léu: Trajetórias de Exclusão Social. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

ABORDAGEM DA SEXUALIDADE NO DIÁLOGO ENTRE PAIS E ADOLESCENTES

Álvaro Francisco Lopes de Sousa (apresentador) – Universidade Federal do Piauí- E-mail: sousa.alvaromd@gmail.com

Jairo José de Moura Feitosa- Universidade Federal do Piauí

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz- Universidade Federal do Piauí

Inez Sampaio Nery- Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Sexualidade. Pais. Filhos

Resumo

Introdução: a adolescência é marcada como fase de tensão devido às inúmeras transformações físicas e biológicas concomitantes as psicológicas e sociais próprias desta fase. A descoberta da sexualidade neste contexto exige todo um aparato biopsicosocial a este adolescente, por aqueles mais próximos aos jovens. **Objetivo:** analisar a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes, e descrever como a enfermagem pode intervir de forma positiva neste momento. **Métodos:** estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um Centro de Educação Comunitária de uma capital do Nordeste brasileiro. Os sujeitos do estudo foram 22 pais, selecionados pelo processo de amostragem simples. Para coleta dos dados foi utilizado formulário semi-estruturado. A pesquisa foi aprovada pelo comitê de ética da Universidade Federal do Piauí. **Resultados:** no desenvolvimento da pesquisa emergiram três categorias: O diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade, Aspectos abordados na conversa entre pais e filhos e Aconselhamentos e dificuldades vividas pelos pais. **Conclusão:** a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e filhos ainda é insuficiente, falho e pouco preciso. Esse dificilmente existe e quando existe não contempla toda a temática sendo feito de uma forma superficial e alheia as necessidades dos adolescentes. Esta deficiência é culturalmente hereditária, e possui relação direta com a forma como os pais viveram sua sexualidade quando adolescentes.

Introdução

No processo de desenvolvimento humano, a adolescência é marcada como fase de tensão devido às inúmeras transformações físicas e biológicas concomitantes as psicológicas e sociais próprias desta fase. Neste período, o jovem poderá experimentar sentimentos conflitantes, crises, indefinições e inseguranças, que variam conforme as características próprias de sua personalidade bem como todo o contexto cultural, social e familiar em que está inserido (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000).

Esta fase de “descoberta” do próprio corpo e das possibilidades que este pode oferecer é evento imprescindível na afirmação da personalidade sendo por isso época em que se desenvolvem vínculos mais profundos com a família, escola e sociedade. A descoberta da capacidade de reproduzir-se instiga o adolescente a desenvolver sua própria identidade, questionar valores e ideologias que lhes foram apresentados. É em meio a todas estas transformações que ocorre o despertar da sexualidade de uma maneira diferenciada, sob influência das singularidades desta fase. Como tudo nesta fase, esse despertar é repleto de dúvidas e questionamentos por parte dos adolescentes os quais devem ser sanados por aqueles que estão à sua volta, família, escola, profissionais da saúde e sociedade em geral (MAROLA; SANCHES; CARDOSO, 2011).

A família é o espaço ideal para formação destes indivíduos, por se configurar historicamente, no principal meio de aquisição de valores necessários para viver em sociedade. No entanto, a forma como isto ocorre dependerá em muito das peculiaridades de cada família. Neste momento a mesma pode sentir-se despreparada para a abordagem do tema, o que poderá contribuir negativamente no enfrentamento da situação pelo adolescente. Estas particularidades revelam a necessidade de desenvolver estratégias que atendam as necessidades desta população de forma personalizada, humana e qualificada, sendo a educação uma das principais ferramentas para isso (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

A educação em saúde constitui um dos componentes vitais no cuidado de enfermagem, sendo a mesma dotada de capacidade para desenvolver práticas educativas culturais individuais e coletivas capazes de garantir ao ser adolescente o exercício de sua sexualidade de forma plena, saudável e responsável (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010).

Baseado nesta realidade, o objeto deste estudo é a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes. Espera-se fornecer contribuições para que a Enfermagem possa intervir neste processo com propostas voltadas para a educação em saúde. Assim, este trabalho objetiva analisar a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e adolescentes em uma escola pública de uma capital do Nordeste brasileiro e descrever como a enfermagem pode intervir de forma positiva neste momento.

Metodologia

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em um Centro de Educação Comunitária de uma capital do Nordeste brasileiro. A escola foi intencionalmente selecionada, por ser de referência na Zona estudada contando com alunos de diversos bairros desta capital.

Os sujeitos do estudo foram 22 pais, selecionados pelo processo de amostragem simples. A partir da escolha dos alunos, buscou-se contato com os representantes dos mesmos que foram apresentados ao estudo e puderam manifestar vontade ou não de participar da pesquisa. Atentou-se para incluir no estudo apenas, pais adolescente (10-19 anos)⁶ já que era o propósito do estudo.

Para coleta dos dados foi utilizado formulário semi-estruturado contendo dados socioeconômicos, demográficos e questões específicas sobre a temática. Utilizou-se a técnica de entrevistas, cujas falas foram gravadas em aparelho de MP4 e mantidas na íntegra. O instrumento de coleta de dados foi validado por três professores especialistas da área. Após a realização das entrevistas analisou-se as falas dos depoentes agrupando-as em categorias por semelhança de conteúdo. O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos-CAAE: 02700212.4.0000.5214. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo e Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Quanto a caracterização, dos vinte e dois pais participantes do estudo nove eram do sexo feminino e treze do sexo masculino com idade entre 34 e 50 anos, houve predomínio de pais católicos e com ensino médio completo.

O diálogo entre pais e filhos sobre sexualidade

Dos pais que participaram do estudo a maior parcela revelou nunca conversar sobre o tema, por não estarem preparados e/ou não sentirem necessidade.

“Rapaz, pra falar a verdade eu nunca nem toquei nesse assunto com ele, uma vez ou outra já pensei em conversar, mas nunca nem falei sobre sexualidade, sei nem o que eu ia falar”. (Pai 6)

“Como eu converso? Ah, sobre esse negocio aí eu nem converso não, o problema é delas não é meu”.(Pai 1)

“Eu sei que essas meninas não têm nem namorado. Aí, não tem o que conversar sobre isso, não vejo necessidade”. (Pai 13)

“É só assim, ela não sai, não tem namorado. Não tenho muita preocupação com isso não... Precisa nem conversar (Mãe 3)

“Com minha filha não, nunca falei... Por que ela tem 14 anos, ainda é nova, mas com meu menino mais velho... ele até me diz que já até transou com meninas da mesma faixa dele de 14, 15 anos.”(Pai 8)

Aspectos abordados na conversa entre pais e filhos

Percebeu-se que a maioria dos pais ainda tem dificuldade em saber “o que” abordar quando falar de sexualidade. A maioria aborda apenas a parte biológica da sexualidade (ligada ao coito), como as questões ligadas a contracepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DST's).

“Fico prevenindo eles quanto ao uso de camisinhas... Pergunto sempre se tá se prevenindo ou não...”

“...A minha menina não tem namorado ainda não! Sempre a gente conversa sobre isso de namorar...” (Mãe 3)

“É mais é o uso de medicamento para não engravidar...” (Pai 8)

“Procurro mostrar pra eles a importância de usar camisinha, é basicamente isso...”. (Pai 8)

Aconselhamento e dificuldades vividas pelos pais

Pais que tentaram abordar o tema revelaram a dificuldade de perpassar conteúdo referente à temática para os adolescentes. Percebeu-se que a maioria dos pais valoriza o seu conhecimento prévio do assunto, no entanto revelam que este não possui boa aceitação pelos jovens.

“A gente dá conselho, mas acho que não adianta muito (...) É difícil os filhos tomar né?” [...](Mãe 3)

“Eu não quero que ele namore ainda, ele é novo de mais, tem 13 anos, é adolescente. Mas esses meninos não escutam a gente...” (Pai 4)

“Tento repassar para eles, não tenho nenhum problema quanto a isso (...) nenhum constrangimento (...)”. (Mãe 1)

“Explico da maneira que posso, quando vejo que elas querem se “soltar”... Que o que acontece lá fora pode acontecer com elas também, (...) porque todos nós podemos ser vítimas (...) nessa sociedade que vivemos...”

“Dou muita orientação pra elas, quando elas resolver cair no mundo e as adolescências estão caindo muito cedo... Acho que é por falta de informação...Ai fica difícil ajudar por que eles nem escuta”

Manter uma comunicação harmoniosa e eficaz com o filho adolescente pode ser uma das tarefas de maior dificuldade que os pais podem enfrentar. Esses entraves geralmente resultam em afastamento que pode prejudicar ou desgastar a relação e o diálogo, tornando difícil a abordagem (HOFFMAN, ZAMPIERI, 2009). Cabe a família discutir, orientar e sanar, se possível, as principais dúvidas, buscando identificar e focar nos tabus e medos presentes nesta fase. No entanto, o que se vê é uma dificuldade de expressão por partes dos pais, representada nas falas pela dificuldade em manter o diálogo sobre esse tema em casa (FONSECA; GOMES; TEIXEIRA, 2010)

Quando os jovens não obtêm respostas para suas questões no lar costumam buscá-las com terceiros, amigos da mesma faixa etária, parceiros ou mesmo a mídia, os quais repassam informações incompletas ou imprecisas, carregada de valores culturais e morais, sem uma real confiabilidade. Além disso, essas informações, a maioria das vezes, não estão inseridas na realidade dos jovens(MOURA et al, 2009)

Para os pais é difícil lidar com a sexualidade de seus filhos quando eles próprios ainda são cercados de tabus e indefinições. A sexualidade dos filhos traz à tona para muitos pais aspectos reprimidos de sua sexualidade. Para abordar o tema os mesmos são obrigados a refletir sobre a própria sexualidade, o que poderá gerar, ocasionalmente, sentimentos como a angústia (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000)

É extremamente importante que o jovem possa entender a informação que está sendo repassada para ele, sendo necessária para isso uma conversa, clara, acessível e objetiva. Nota-se pelas falas dos pais que seu discurso abrange apenas a visão da reprodutiva da sexualidade. Esta constante biologização da sexualidade, praticada pelos pais e repetida no ambiente escolar, exclui a subjetividade dos diálogos tornando as conversas monótonas e repetitivas (BRÊTAS; SILVA, 2005). Percebe-se que a grande resistência dos pais para iniciar a conversação com os filhos se dá pela falta de preparação ou vergonha para abordagem do tema, por ambos. Além disso, alguns pais temem que a introdução precoce do tema possa significar um aval para que os mesmos iniciem sua vida sexual antecipadamente. Uma alternativa para isto é iniciar esta conversa desde criança assim que surgirem as primeiras dúvidas, pois permite uma adaptação e maturação do diálogo conforme a faixa etária dos filhos (HOFFMAN,ZAMPIERI, 2009).

Estudos revelam que jovens ainda atribuem ao sexo e sexualidade a mesma significância, ligando-os a função reprodutora e de perpetuação da espécie. Como reflexo disto os mesmo apresentam dificuldades em identificar suas próprias percepções sobre o tema. É importante lembrar que a sexualidade engloba não somente o “ato sexual”, sendo “um processo subjetivo, mediado através do corpo, da experiência, da troca, da procura e das projeções construídas em meio a vida. A mesma está presente desde a concepção, sendo considerada elemento essencial para a saúde e qualidade de vida, dessa forma deve ser vivida de forma completa e saudável já desde a infância (BRÊTAS; SILVA, 2005).

Para iniciar esse diálogo é de extrema importância que os pais saibam o que significa sexualidade, sua complexa inter-relação com a biologia, o sociocultural e o subjetivo, e possam trabalhá-la inserida na sua realidade cultural, social e religiosa. Essa abordagem trabalhada do tema permite focar em dúvidas e tabus que devem ser esclarecidos (CANO; FERRIANI; GOMES, 2000)

A toda essa complexidade soma-se a dinamicidade das sociedades atuais em que, a temática torna-se ainda mais multifacetada. Neste estudo os pais revelaram maior facilidade em abordar o tema com o filho do mesmo sexo, corroborado por outros autores aos quais identificaram que abordar a sexualidade com o filho homem foi relatada como ser mais “fácil”. Os garotos são mais desinibidos e consequentemente iniciam-se sexualmente mais cedo que as meninas.Isto é explicada pela forma diferenciada de cada gênero viver

sua sexualidade (SEHNEM et al., 2013)

As falas demonstram o discurso fortemente preventivo dos pais, englobando principalmente a gravidez e doenças sexuais. Essa preocupação se dá pelo crescente número de adolescentes grávidas anualmente, somada ao grande número de abortos e de doenças sexualmente transmissíveis como a AIDS entre os adolescentes (DOMINGOS, et al.; 2013)

As dúvidas sobre como se portar diante da demonstração de sexualidade do filho ainda é grande pelos pais. Estes entendem a sexualidade como algo voltado para a reprodução, o que implica diretamente em gravidez e Dst's. Com esse pensamento o discurso destes passa a ser repreensivo, controlador e ameaçador, feito através da incitação do medo nos jovens sobre as consequências que a vivência da sua sexualidade poderá possuir no seu futuro (BRÊTAS; OHARA; QUERINO; 2008)

Quando a família não consegue cumprir este papel, geralmente este é transferido à escola, onde a abordagem do tema, ainda é incipiente voltada apenas para o ensino de questões pertinentes a biologia dos corpos, anatomia e reprodução humana. Na ausência, dos pais o papel da escola e de profissionais da saúde torna-se decisivo principalmente no esclarecimento de questões ligadas a contracepção e prevenção de doenças.

No ensino da Enfermagem a sexualidade é tida como uma das necessidades humanas básicas, logo deve ser vivida de forma completa e saudável. Ao enfermeiro cabe desenvolver práticas educativas participativas, que possam englobar a família, suas singularidades e preceitos considerando o contexto histórico, político, econômico e sociocultural, e assim propiciar a troca de informações e experiências valorizando sempre as vivências dos adolescentes (HOFFMAN, ZAMPIERI, 2009).

A formação do enfermeiro deve fornecer subsídios para que o mesmo possa atuar nas escolas por meio de oficinas com temas como saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e outros pertinentes a temática. Além disso, este poderá atuar como importante ferramenta na capacitação de profissionais, na orientação aos pais e na adesão da família. (BRÊTAS; OHARA; QUERINO; 2008)

Conclusão

Este estudo mostra que a abordagem da sexualidade no diálogo entre pais e filhos ainda é insuficiente, falho e pouco preciso. Esse dificilmente existe e quando existe não contempla toda a temática sendo feito de uma forma superficial e alheia as necessidades dos adolescentes. Esta deficiência é culturalmente hereditária, e possui relação direta com a forma como os pais viveram sua sexualidade quando adolescentes.

As maiores dificuldades são: saber quando começar o diálogo, o que abordar, e se a informação repassada está correta. Percebe-se que os fatores culturais, religiosos e socioeconômicos influenciam fortemente neste momento. Apesar disso, os pais acreditam que o diálogo além de importante é a melhor forma de esclarecer dúvidas e assim propiciar aos seus filhos uma vivência completa e saudável de sua sexualidade.

Referências

BRÊTAS JRS, OHARA CVS, QUERINO ID. Orientação sobre sexualidade para estudantes de enfermagem. Acta Paul Enferm., v. 21, n. 4, p. 568-74, 2008.

BRÊTAS, J.R.S.; SILVA, C.V. Orientação sexual para adolescentes: relato de experiência. Acta Paul Enferm; v.18, n.3, p.326-33, 2005.

CANO, M.A.T.; FERRIANI, M.G.C.; GOMES, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev latinoam. Enfermagem., v. 8, n.2, p. 8-24, 2000.

DOMINGOS, S.R.F.; MERIGHI, M.A.B.; JESUS, M.C.P.; OLIVEIRA, D.M. Experiência de mulheres com aborto provocado na adolescência por imposição da mãe. Rev. Latino-Am. Enfermagem., v. 21, n.4, 2013.

FONSECA, A.D.; GOMES, V.L.O.; TEIXEIRA, K.C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de enfermagem. Esc Anna Nery Rev Enferm., v.14, n.2, p. 330-37, 2010.

HOFFMANN, A.C.O.S.; ZAMPIERI, M.F.M. A atuação do profissional da enfermagem na socialização de conhecimentos sobre sexualidade na adolescência. R. Saúde Públ., v.2, n. 1, p. 56-69, 2009

MAROLA CAG, SANCHES CSM, CARDOSO ML. Formação de conceitos em sexualidade na adolescência e suas influências. Psic da Ed., v.33, n. 2, p. 95-118, 2011.

MOURA LNB, GOMES KRO, RODRIGUES MTP, OLIVEIRA DC. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez. Acta Paul Enferm., v.24, n.3, p. 320-26, 2011.

SEHNEM, G.D.; RESSEL, L.B.; PEDRO, E.N.R.; BUDÓ, M.L.D.; SILVA, F.M. A sexualidade no cuidado de enfermagem: retirando véus. Cienc Cuid Saude. Jan/Mar; v.12, n.1, p.72-9, 2013.

Agradecimentos

Ao CNPq por patrocinar o Programa de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), que originou este trabalho.

ABORDAGEM DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS E EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO EM PRIMÍPARAS

Gleiciane Kélen Lima – Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: gleicinha-lima@hotmail.com

Francisco Mayron Moraes Soares – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Flaviane Melo Araújo – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Isa Carolina Ximenes Dias - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Shérica Braga De Souza - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Ana Kelve de Castro Damasceno – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: Trabalho de parto. Puerpério. Enfermagem. Promoção da Saúde

Resumo

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas, psicológicas e intersubjetivas na vida das mulheres. O parto, enquanto episódio fisiológico representa o ápice dos fenômenos bioquímicos e, enquanto evento emocional, psíquico e existencial. Nesse contexto, faz-se necessário conhecer a as expectativas, medos e os mais diversos sentimentos que perpassam os pensamentos dessas mulheres durante esse momento tão natural e ao mesmo tempo tão complexo, a fim de que a humanização seja efetivamente realizada com vistas às necessidades que, essas, apresentam durante essa etapa final da gestação. Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar os aspectos psicoemocionais de gestantes primíparas em relação ao momento do parto. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com seis gestantes primíparas internadas em uma maternidade referência situada na zona norte do estado do Ceará, durante o período de março e junho de 2012. Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica do grupo focal e para análise dos dados obtidos, utilizou-se a técnica de análise do conteúdo, através da análise temática e análise interpretativa de enunciação com procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação. Vale salientar que o estudo respeitou os aspectos éticos e legais da pesquisa com ser humanos. Nos discursos das gestantes, percebeu-se que seus principais medos emergem das dúvidas em relação processo de trabalho de parto e parto, bem como medo das intervenções que seriam feitas com elas e com o bebê, fatores esses que poderiam ser minimizados pelo cuidado e atenção dos profissionais explicando-as sobre os processos que terá que enfrentar e aplicando medidas simples não farmacológicas de alívio da dor que são extremamente importantes para reduzir a tensão fazendo com que se sintam mais seguras e confiantes, contribuindo para uma boa evolução no trabalho de parto e parto. Nota-se, portanto, a importância de serem implementadas medidas de humanização no parto nas instituições hospitalares, a fim de tornar esse momento mais prazeroso para mãe e bebê, promovendo o vínculo precoce entre os dois e o mais importante, deixando que o processo ocorra da maneira mais natural possível.

Introdução

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas, psicológicas e intersubjetivas na vida das mulheres. O parto, enquanto episódio fisiológico representa o ápice dos fenômenos bioquímicos e, enquanto evento emocional, psíquico e existencial, é a própria transcendência (STEVENSON, 2005). É um ato cultural, pois reflete os valores sociais prevalentes historicamente em cada sociedade e sua assistência pode tratar de mulheres muito distintas, segundo suas representações corporais, inserção de classe social e características étnico-raciais e geracionais (DINIZ, 2005).

O parto de baixo risco, definido pela OMS (1997) como aquele que tem início espontâneo entre 37 e 42 semanas completas, sem nenhum fator de risco identificado, mantendo-se esse quadro durante todo processo, e que culmina com o nascimento de um recém-nascido em posição cefálica de vértice, pode naturalmente ser acompanhados por profissionais não médicos, especialmente pelos enfermeiros obstétricos ou obstetrizes, que são profissionais capacitados para trabalhar com partos normais, sem distócia, garantindo assistência qualificada a gestante e recém-nascido no momento do parto e que sejam realizadas o mínimo de intervenções possível. Constitui-se como parto natural, realizado sem intervenções ou procedimentos desnecessários durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. Tendo como centro a atenção à mulher, que é a agente de todo o processo e que, portanto, tem direito de exercer sua autonomia e de ter todas as suas necessidades atendidas.

A prática da humanização, a nível de atenção terciária, retoma o conceito da mulher como agente ativa durante todo o período de trabalho de parto, devendo, então, ter suas necessidades e preferências atendidas de modo que sejam proporcionadas as melhores medidas possíveis de promoção do conforto e bem-estar no decorrer do processo.

Nesse contexto, faz-se necessário conhecer a as expectativas, medos e os mais diversos sentimentos que perpassam os pensamentos dessas mulheres durante esse momento tão natural e ao mesmo tempo tão complexo, a fim de que a humanização seja efetivamente realizada com vistas às necessidades que, essas, apresentam durante essa etapa final da gestação.

Desse modo, o presente estudo teve por objetivo analisar os aspectos psicoemocionais de gestantes primíparas em relação ao momento do parto.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. Segundo LEOPARDI (2002), a pesquisa qualitativa é utilizada quando o interesse não está focalizado em contar o número de vezes que uma variável aparece, mais sim na qualidade que ela apresenta. Esse tipo de pesquisa tenta compreender problemas dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte de sua vida diária, sentimentos, desejos, emoções, desapontamento e satisfação.

O estudo foi realizado com seis gestantes primíparas internadas na Maternidade Sant'Ana da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, durante o período de março e junho de 2012. Para coleta dos dados, utilizou-se a técnica do grupo focal.

Os Grupos focais são grupos de discussão que dialogam sobre um tema em particular, ao receberem estímulos apropriados para o debate. Essa técnica permite que o processo de interação grupal se desenvolva, favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas. Também proporciona descontração para os participantes responderem as questões em grupo, em vez de individualmente (DEBUS, 1997; DALL'AGNOL e TRENCH, 1999).

Para análise dos dados obtidos por meio do grupo focal, utilizou-se a técnica de análise do conteúdo, através da análise temática e análise interpretativa de enunciação com procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação (MINAYO, 2007). Vale salientar que o estudo respeitou os aspectos éticos e legais da pesquisa com ser humanos.

Resultados e Discussão

O grupo foi composto por seis gestantes internadas na enfermaria de alto risco da maternidade Santana da SCMS. A média de idade encontrada foi de 24,9 anos, sendo que a mais jovem estava na faixa etária dos 21 anos e a mais velha na dos 28 anos.

A partir da análise do discurso, emergiram seis categorias: Medo da dor; Medo da morte; Medo/Vergonha do exame do toque; Medo gerado pela internação; Vergonha dos estagiários; Falta de acompanhamento e orientação.

Medo da Morte

A gestação, apesar de ser um fenômeno natural do ciclo biológico, traz consigo uma série de mudanças físicas, psicológicas e comportamentais ao organismo da mulher, o que não raramente, acaba gerando inúmeras dúvidas e inseguranças em relação ao processo e, em especial, sobre o momento do parto.

Ao iniciar a discussão sobre os sentimentos pelos quais eram acometidas durante o parto, as gestantes demonstraram medo e preocupação em relação à morte, como pode ser comprovado nos discursos, onde relataram medo pela própria morte e pela morte da criança.

“Eu tinha muito medo de engravidar porque tinha medo de na hora eu morrer de parto (...) “ Eu tenho medo de perder ele ”.

Evidenciou-se nas falas, que o medo da morte foi inclusive fator determinante para o surgimento de outros medos, como o próprio medo de engravidar. Quanto ao medo de perder o bebê, esse, foi relatado por uma gestante que já havia sofrido um aborto, demonstrando o trauma psicológico que essa primeira perda causou e que foi estendida para segunda gestação, misturando-se aos demais sentimentos inerentes ao processo do parto.

Mesmo o parto sendo considerado pela equipe de saúde como episódio rotineiro e normal pode representar, para algumas mulheres, um evento psiquicamente traumático. Está relacionado a essa situação, entre outros fatores, apresentar durante o trabalho de parto medo intenso de morrer ou medo intenso da morte do bebê (CREEDY; SHOCHET e HORSFALL, 2000; SOET; BRACK e DILORO, 2003).

Em seus estudos, HOTIMSKY (2002) encontrou resultados semelhantes aos desse, onde ressaltou que a própria morte e/ou a morte de seus bebês aparece como uma ameaça nos relatos das gestantes que mencionam casos que ocorreram com pessoas conhecidas ou em suas próprias experiências anteriores.

Medo da dor

A dor do parto pode ser considerada como o conjunto de estímulos sensoriais e emocionais que sinaliza o início do trabalho de parto. Para muitas gestantes, em especial para as primíparas, é tida como motivo de angústia e insegurança, sendo, muitas vezes fator determinante na escolha do tipo de parto.

Ao se levantar essa questão entre as gestantes, pode-se perceber que o medo da dor destaca-se entre os principais sentimentos relatados pelas por elas, e que procuram caracterizá-la a partir de relatos que ouviram de outras mulheres, como pode ser observado a seguir.

“O meu maior medo é das dores (...) foi dor de cólica forte (..) Todo mundo diz tanta coisa, que é a dor da morte, que é num sei o que(...) a impressão que dá é que num passa não(...) Pretendo ter normal não”.

Na fala de uma das gestantes, nota-se o medo gerado pelos relatos que escutou de experiências vivenciadas por outras mulheres, e que, inclusive, influenciaram na sua decisão quanto ao tipo de parto, o que evidenciado pela expressão de não desejar ter o parto normal.

Muitos profissionais de saúde, que trabalham em maternidades observam, na dor sentida pelas parturientes, um sofrimento que na maioria das vezes nada têm a fazer, porém, é válido ressaltar, que a falta de suporte emocional, medicalização em excesso na assistência ao parto, são fatores que podem estar relacionados ao aumento da intensidade da dor e pouco ou nada é oferecido para o seu alívio (DIAS e DOMINGUES, 2005).

Nesta perspectiva, os cuidados são incentivados através da recomendação da prática de algumas ações não farmacológicas de alívio da dor, como liberdade de adotar posturas e posições variadas, deambulação, respiração ritmada e ofegante, comandos verbais e relaxamento, banhos de chuveiro e de imersão, toque e massagens e o uso da bola. Estas práticas têm a finalidade de tornar o parto o mais natural possível, diminuindo as intervenções, cesarianas desnecessárias e a administração de fármacos (SESCATO e SOUZA, 2008).

Medo/Vergonha do exame do toque

As gestantes expressaram medo quanto à realização do exame de toque sendo, por elas identificado como algo ruim.

“Eu tenho medo do exame de toque (...) esse exame não é brincadeira não (...) É horrível (...) Fiquei com vergonha no exame de toque”.

Evidenciou-se nos trechos que o exame é considerado como motivo de vergonha e é tido como um processo sério e doloroso, evidenciado pela expressão “esse exame não é brincadeira não (...) É horrível”, que foi relatado por gestantes que já tiveram experiências negativas anteriores. A expressão de medo foi relatada por uma gestante primípara.

Em muitos hospitais, ainda persiste um modelo em que os interesses institucionais sobrepõem-se às necessidades das parturientes, de modo que o exame de toque acaba sendo realizado muitas vezes, excedendo as necessidades reais, principalmente em hospitais de ensino onde os acadêmicos os realizam inúmeras vezes em uma mesma gestante para fins de aprendizado. Porém, apesar da importância do aprendizado, deve-se primeiramente considerar a privacidade e o conforto da parturiente, bem como, deve-se solicitar seu consentimento para os alunos possam realizar tais procedimentos.

WOLFF e WALDOW (2008) classificam esse tipo de situação como violência física e psicológica, ao ocorrer uma manipulação vaginal desnecessária (realizada em demasia por inúmeras pessoas), desconfortável (às vezes, dolorosa) e constrangedora (motivo de vergonha e humilhação), além da intrusão da privacidade, de dificultar e tornar desagradável um momento tão especial na vida da mulher, que é o dar à luz.

Falta de privacidade

A assistência humanizada ao parto está centrada no apoio emocional a parturiente, o que inclui o conforto e bem-estar proporcionado através do respeito à intimidade e privacidade e a garantia de um ambiente confortável.

Nos discursos das gestantes ficou evidente o desconforto gerado pela presença de muitos estagiários no ambiente da sala de parto, representando motivo de vergonha e constrangimento, o que indiretamente poderia até intensificar as dores durante o processo.

“Tinha um monte de gente, tinha uns lá aprendendo (...) (...) Tinha uns rapazes e tudo novo, aí eles ficam tudo olhando assim com aquela cara de curiosidade (...) Aquele monte de estagiário, a gente tenta desconcentrar da dor desvia a atenção da gente”.

Os depoimentos das demonstram como a presença de muitos estagiários causa desconforto e vergonha que é evidenciado por

expressões como “quando tem um monte de estagiário observando dá vergonha”. Identificam-se relatos de que esse excesso de pessoas é responsável pelo desvio da atenção o que pode contribuir para o aumento da dor.

Em estudos realizados por CARRARO et al (2006), algumas mulheres puérperas relataram que a atenção da equipe, o tratamento, o atendimento, a alegria, a segurança, o conforto e o cuidado são positivas para seu bem-estar na situação vivenciada. Estes dados reforçam que ao proporcionar conforto e bem-estar à mulher no trabalho de parto e parto, a equipe de enfermagem auxilia a vivência deste período ao mesmo tempo em que potencializa seu poder vital.

Falta de acompanhamento e orientação

Como um dos principais aspectos da humanização no parto, se não o mais importante, a presença do acompanhante representa, para as gestantes, sinônimo de segurança. Nas realidades de instituições que ainda não possibilitam a presença do acompanhante, os profissionais de saúde podem exercer esse papel, oferecendo as parturientes informações sobre a fisiologia do parto, os processos aos quais será submetida e a implementação de medidas não farmacológicas de alívio da dor, o que proporcionará mais segurança e conforto as gestantes.

“Na hora você precisa mais de uma assistência de alguém ali do seu lado. Porque você está lá imaginando mil e uma coisa com a dor. Se você tiver com uma pessoa assim ela vai está lhe acalmando e o processo vai acontecer natural”.

As gestantes relatam em suas falas, a necessidade que sentem de ter um acompanhante ao seu lado durante o processo, alguém que explique o processo e que ofereça assistência integral.

O processo de dar à luz cria momentos de grande vulnerabilidade e solidão, e muitas vezes as mulheres não têm apoio dos profissionais. Esses, muitas vezes em decorrência de seu treinamento profissional, manifestam insensibilidade ao invés de empatia (HOTIMSKY et al, 2002). Estudos realizados por FRELLO e CARRARO (2010) demonstram que as mulheres que tiveram a oportunidade de escolher seu acompanhante apresentam satisfação e maior tranquilidade nos relatos de seus partos, demonstrando que essa presença interfere positivamente no transcorrer do nascimento de seu filho. Conforme a fala das puérperas percebe-se que algumas das instituições não permitiam a presença do acompanhante em algum dos momentos, seja no trabalho de parto, parto ou puerpério imediato.

O estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde fortalece sentimentos positivos que tranquilizam a parturiente. Quando esse relacionamento não é efetivado, a experiência do parto é afetada de forma negativa. Mesmo se sentindo “maltratada”, a mulher pode não reclamar e não emitir opinião, seja por medo, por opressão ou por estar vivenciando o nascimento de seu bebê. Ao final do processo do parto, “tudo é alegria e os maus tratos são, de certa forma, esquecidos” (WOLFF E WALDOW, 2008).

Conclusão

Nos discursos das gestantes, percebeu-se que seus principais medos emergem das dúvidas em relação processo de trabalho de parto e parto, fatores esses que poderiam ser minimizados pelo cuidado e atenção dos profissionais explicando-as sobre os processos que terá que enfrentar e aplicando medidas simples não farmacológicas de alívio da dor que são extremamente importantes para reduzir a tensão fazendo com que se sintam mais seguras e confiantes, contribuindo para uma boa evolução no trabalho de parto e parto.

Nota-se, portanto, a importância de serem implementadas medidas de humanização no parto nas instituições hospitalares, a fim de tornar esse momento mais prazeroso para mãe e bebê, promovendo o vínculo precoce entre os dois e o mais importante, deixando que o processo ocorra da maneira mais natural possível.

Referências

- CARRARO, T.E. Cuidado e conforto durante o trabalho de parto e parto: Na busca pela opinião das mulheres Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15 (Esp): 97-104.
- CREEDY, D.K, SHOCHET, M, HORSFALL, J. Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors. Birth. 2000;27(2):104-11.
- DALL’AGNOL, C.M, Trench MH. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na Enfermagem. Rev Gaúcha Enferm. 1999 Jan; 20(1):5-25
- DAVIS-FLOYD, R.E. The rituals of American hospital birth. In: McCurdy D, editor. Conformity DEBUS, M. Manual para excelencia en la investigación mediante grupos focales. Washington(USA): Academy for Educational Development; 1997.
- DIAS, M.A.B, DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização na assistência hospitalar ao parto. Ciênc Saúde Coletiva. 2005;10(3):669-705.
- DINIZ, C.S.G. 2005. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. [on-line] Disponível em <<http://www.google.com/search?q=cache:uA7dP7oppvkJ:www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a19v10n3.pdf+humaniza%C3%A7%C3%A3o+da+assist%C3%A2ncia+ao+parto&hl=pt-BR&ct=clnk&cd=7&gl=br>>. Acesso em 26 de março de 2011.
- FRELLO, A.T; CARRARO, T.E. Componentes do cuidado de enfermagem no processo de parto. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2010;12(4):660-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a10.htm>. doi: 10.5216/ree.v12i4.7056.
- HOTIMSKY, S.N. O parto como eu vejo... ou como eu o desejo? Expectativas de gestantes, usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(5):1303-1311, set-out, 2002.
- LEOPARDI, M.T. Metodologia da Pesquisa na Saúde. 2.ed. Florianópolis: Pallotti, 2002.
- MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec, 2007.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: atenção ao nascimento normal: guia prático. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 1997.
- SESCATO, A.C.; SOUZA, S.R.R.K; WALL, M.L. Os cuidados não-farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: orientações da equipe de enfermagem. Cogitare Enferm. 2008;13(4):585-90.
- SOET, J.E, BRACK, G.A, DILORO, C. Prevalence and predictors of women’s experience of psychological trauma during childbirth. Birth. 2003;30(1):36-46.
- WOLFF, L.R; WALDOW, V.R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto Saúde. Soc. São Paulo, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

Agradecimentos

Agradecemos a Instituição Hospitalar, por ter permitido a realização do estudo, e às gestantes que gentilmente aceitaram participar do estudo.

ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA NO CÂNCER DE MAMA

Maria Helena Bezerra Girão – Universidade de Fortaleza. e-mail: mariahelena509@hotmail.com
Fladimir de Lima Gondim – Universidade de Fortaleza
Pedro Maciel Honor de Brito – Universidade de Fortaleza
Victor Santos Salomão Seabra – Universidade de Fortaleza
Luciana Dias Belchior – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Fisioterapia. Mastectomia. Mastectomia radical. Oncologia.

Resumo

O câncer é um importante problema de saúde pública que representa cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. De acordo com os dados, de dez registros de câncer da base populacional do Brasil, os tumores mais frequentes em mulheres são: o câncer de mama, seguido pelos cânceres de colo uterino. O tratamento clínico mais utilizado para o câncer de mama é a mastectomia, um processo cirúrgico agressivo que traz diversas alterações vivenciadas pelas pacientes que a enfrentam. As alterações na amplitude articular e força muscular do ombro homolateral à cirurgia surgem como umas das sequelas de grande incidência, além da dor e linfedemas, que interferem negativamente na vida da mulher mastectomizada. Portanto, a recuperação funcional é fundamental. O tratamento fisioterapêutico tem como objetivos controlar a dor no pós-operatório, prevenir ou tratar linfedema e alterações posturais. A pesquisa realizada foi do tipo revisão de literatura. Esse estudo de revisão foi embasado na pesquisa de artigos científicos dos quais foram incluídos os que se apresentem em formato de texto completo, no idioma português. Após triagem inicial dos limites de busca estabelecidos na pesquisa foram encontrados 764 artigos. Porém, após leitura mais rigorosa desses artigos, foram selecionados apenas 23 artigos que foram realmente pertinentes à temática estabelecida nesse projeto. A partir dessa revisão, percebe-se que a fisioterapia atua de forma ativa nas áreas motora e respiratória favorecendo o mais rápido possível a volta deste paciente às suas atividades da vida diária assim como melhora na sua qualidade de vida.

Introdução

O câncer é um importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e em desenvolvimento, sendo responsável por mais de seis milhões de óbitos a cada ano, representando cerca de 12% de todas as causas de morte no mundo. Embora as maiores taxas de incidência de câncer sejam encontradas em países desenvolvidos, dos dez milhões de casos novos anuais de câncer, cinco milhões e meio são diagnosticados nos países em desenvolvimento. De acordo com os dados, de dez registros de câncer da base populacional do Brasil, os tumores mais frequentes em mulheres são: o câncer de mama, seguido pelos cânceres de colo uterino, cólon e reto, pulmão e estômago (GUERRA, 2005).

O tratamento clínico mais utilizado para o câncer de mama é a mastectomia, um processo cirúrgico agressivo que traz diversas alterações vivenciadas pelas pacientes que a enfrentam (ALVES et al. 2010). Essa técnica cirúrgica se subdivide em: mastectomia radical, que se caracteriza pela dissecação total da mama e de determinadas regiões musculares e nodos linfáticos, e as mastectomias radicais modificadas, que se dividem em mastectomia radical modificada do tipo Patey, que conserva somente o peitoral menor, e mastectomia radical modificada do tipo Madden, que conserva o peitoral maior e menor (CORREIA, OLIVEIRA, MESQUITA-FERRARI, 2007). Em mulheres com risco elevado para desenvolver a doença, remove-se a mama normal para prevenir futura ocorrência de malignidade, chamada mastectomia profilática (GOUVEIA et al. 2008).

Porém, posteriormente à esse tipo de tratamento, a paciente poderá apresentar linfedema, diminuição de força muscular e da amplitude de movimento das articulações circundantes e comprometimento da função respiratória, especialmente pela localização da incisão cirúrgica (ZANON¹, 2011).

O linfedema é uma impactante complicação entre sobreviventes do câncer de mama. A extensão da dissecação axilar e sua associação com a radioterapia axilar são as principais causas para o seu desenvolvimento, pois causam obstrução da drenagem linfática do membro, e as mulheres que sofrem com essa morbidade podem apresentar desconforto físico, prejuízo funcional do membro afetado e piora da qualidade de vida (PAIVA et al. 2011).

As cirurgias de mama acarreta alterações sociais e psicológicas da paciente e sua funcionalidade. As alterações na amplitude articular e força muscular do ombro homolateral à cirurgia surgem como umas das sequelas de grande incidência, além da dor, linfedemas e aderências na parede torácica, que interferem negativamente na vida da mulher mastectomizada. Portanto, a recuperação funcional é fundamental (GOUVEIA et al. 2008).

O tratamento fisioterapêutico tem como objetivos controlar a dor no pós-operatório, prevenir ou tratar linfedema e alterações posturais, promover o relaxamento muscular, manter a amplitude de movimento do membro superior envolvido (o mais próximo de 180° de flexão e abdução da articulação glenoumeral), melhorar o aspecto e maleabilidade da cicatriz, prevenindo ou tratando as aderências. Tratando-se da mecânica respiratória, o procedimento cirúrgico na região da caixa torácica, no caso da mastectomia, compromete a habilidade dos músculos respiratórios em gerar pressão e, conseqüentemente, a mecânica dos pulmões e da parede torácica (MACHADO, 2008).

Sendo assim, essa pesquisa pretende realizar uma revisão de literatura acerca da atuação fisioterapêutica no câncer de mama.

Metodologia

A pesquisa realizada foi do tipo revisão de literatura, que resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos. Por meio da análise da literatura publicada é traçado um quadro teórico e realizada a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. A pesquisa foi realizada no período de junho a agosto de 2013.

Esse estudo de revisão foi embasado na pesquisa de artigos científicos dos quais foram incluídos os que se apresentem em formato de texto completo, no idioma português. Foram excluídos os estudos experimentais e os que não contemplaram a temática pertinente à pesquisa.

Os artigos científicos foram selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde, dos últimos 10 (dez) anos (2003 a 2013), que contemplaram os seguintes descritores: oncologia, mastectomia, mastectomia radical e fisioterapia.

Resultados

e

Discussão

Após triagem inicial dos limites de busca estabelecidos na pesquisa foram encontrados 764 artigos. Porém, após leitura mais rigorosa desses artigos, foram selecionados apenas 23 artigos que foram realmente pertinentes à temática estabelecida nesse projeto, que busca aprofundar a atuação/participação do fisioterapeuta na intervenção a pacientes com câncer de mama. Após a seleção final dos artigos científicos, os mesmos foram discutidos com embasamento teórico pertinente.

A fisioterapia, quando iniciada precocemente, desempenha um importante papel na busca da prevenção das complicações oriundas do tratamento do câncer da mama (BERGMANN et al., 2005). Marcucci (2004) concorda que a fisioterapia possui um grande número de métodos de intervenções úteis no tratamento paliativo de pacientes com câncer, pois no caso de pacientes sem possibilidades de cura, as técnicas que promovem analgesia, as que diminuem as complicações osteomioarticulares, as técnicas para melhoria da função pulmonar e outras, possibilitam uma melhor qualidade de vida à essas pacientes. Porém, Sampaio, Moura e Resende (2004) observam que o tratamento não farmacológico da dor do câncer ainda é pouco explorado. Sobretudo, cada vez mais são difundidos métodos menos invasivos no tratamento da doença neoplásica.

Sabe-se que após a mastectomia radical, podem surgir sequelas como alterações de amplitude articular, diminuição da força muscular, linfedema e aderências. Não obstante, os achados de Gouveia e colaboradores (2008), mostram redução significativa na amplitude de movimento do ombro acometido em todas as pacientes de pós-operatório do procedimento referido anteriormente, principalmente nos movimentos de flexão e abdução ativas e passivas, bem como na força muscular, principalmente nos músculos trapézio médio e supraespinhal, em comparação com o membro não acometido pela cirurgia. O autor relata que esse estudo enfatiza a necessidade da intervenção fisioterapêutica desde o primeiro dia pós-operatório. Rett e colaboradores (2012) realizaram um estudo com os objetivos de comparar a amplitude de movimento, a intensidade de dor no membro superior homolateral à cirurgia e caracterizá-la antes, durante e após o programa de cinesioterapia. Este programa envolveu alongamento, exercícios ativo-livres e ativo-assistidos de membro superiores. Os autores puderam verificar redução da intensidade de dor e aumento da amplitude de movimento, e assim puderam constatar que a cinesioterapia se mostra eficaz quando há uma abordagem inicial da fisioterapia.

O linfedema pós mastectomia é caracterizado como um quadro patológico e progressivo, que gera comprometimento no equilíbrio das trocas de líquidos intersticiais, resultante principalmente da dissecação axilar do nódulo, da radioterapia e da quimioterapia. Diante disto, Luz (2011) explicita que a fisioterapia é a escolha mais eficaz no tratamento do linfedema pós-mastectomia, pois consegue manter a funcionalidade da circulação linfática, além de prevenir reincidência de infecções.

Elsner (2009), após ter submetido um grupo de mulheres pós mastectomizadas ao questionário de qualidade de vida SF-36, e comparando-se os resultados antes e após o tratamento hidroterapêutico, verificou que este procedimento é um recurso eficaz na recuperação destas pacientes. No entanto, embora a necessidade do acompanhamento da fisioterapia no câncer de mama seja relevante, muitas mulheres são encaminhadas ao profissional fisioterapeuta tardiamente, quando já encontram-se com complicações instaladas, o que diminui as chances de uma recuperação completa.

Sabe-se que a mastectomia pode comprometer a função respiratória, especialmente por conta da localidade da cicatriz cirúrgica. Portanto Zanon (2011) ressalta a importância do incentivo à dinâmica respiratória, utilizando posturas que favoreçam uma melhor ventilação pulmonar, exercícios respiratórios de reexpansão, reeducação diafragmática, huffing, incentivadores respiratórios e exercitadores musculares.

Em suma, o programa de fisioterapia deve ser realizado em todas as fases do câncer de mama: pré-tratamento (diagnóstico e avaliação), durante o tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirurgia), após o tratamento, na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases é necessário conhecer e identificar as necessidades do paciente, os sintomas e suas causas, e o impacto desses nas atividades da vida diária (BERGMANN et al. 2005).

Após essa revisão de literatura, fica evidenciada a necessidade de dar continuidade nos estudos que abordem o tema proposto nesse artigo, por ser uma temática relevante, porém, de forma pouco abordada na literatura.

Conclusão

O resultado dessa pesquisa evidenciou que há pouca abordagem de estudos que retrata a atuação e importância da fisioterapia em pacientes com sequelas do câncer de mama. Os estudos analisados discorrem sobre a relevância de intervenções fisioterápicas úteis no tratamento desta patologia.

Por fim, a partir dessa revisão, percebe-se que a fisioterapia atua de forma ativa nas áreas motora e respiratória favorecendo o mais rápido possível a volta deste paciente às suas atividades da vida diária assim como melhora na sua qualidade de vida.

Referências

ALVES, Pricilla Cândido. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. Rev Esc Enferm Usp, São Paulo, n. , p.989-995, 04 mar. 2010.

BERGMANN, Anke et al. Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, n. , p.97-109, 01 set. 2005.

CORREIA, Grasiéla Nascimento; OLIVEIRA, Jussara de; MESQUITA-FERRARI, Raquel Agnelli. Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. Revista De Fisioterapia Da Universidade De São Paulo: fisioterapia e pesquisa, São Paulo, n. , p.31-36, 04 mar. 2010. 2007.

ELSNER, Viviane R.; TRENTIN, Regina P.; HORN, Carla C.. Efeito da hidroterapia na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. Arq Ciênc Saúde, Erechim, n. , p.67-71, 2009.

GOUVEIA, Priscila Fernandes et al. Avaliação da amplitude de movimento e força da cintura escapular em pacientes de pós-operatório tardio de mastectomia radical modificada. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, n. , p.172-176, jun. 2008.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, n.1 , p.227-234, 20 maio 2005.

LUZ, Naiane Durvalina da; LIMA, Andréa Conceição Gomes. Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de

literatura. Fisioter Mov., Curitiba, n. , p.191-200, 2011.

MACHADO, Maria da Gloria Rodrigues. Bases da fisioterapia respiratória: terapia intensiva e reabilitação. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.a, 2008. 557 p.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, Vila Nova Londrina, n. , p.67-77, 01 dez. 2004.

RETT, Mariana Tirolli et al. A cinesioterapia reduz a dor no membro superior de mulheres submetidas à mastectomia ou quadrantectomia. Rev Dor, São Paulo, n. , p.201-207, 2012.

SAMPAIO, Luciana Ribeiro; MOURA, Cristiane Victor de; RESENDE, Marcos Antônio de. Recursos fisioterapêuticos no controle da dor oncológica: revisão da literatura. Revista Brasileira de Cancerologia, Belo Horizonte, n. , p.339-346, 01 dez. 2004.

ZANON, Débora Sanfelice. AVALIAÇÃO DO PADRÃO RESPIRATÓRIO EM MULHERES SUBMETIDAS A CIRURGIAS PARA TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA. 01 jun. 2011.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus, aos meus colegas, minha orientadora que me guiou nos caminhos certos.

ABORDAGEM GRUPAL COM PUÉRPERAS: ESCLARECIMENTOS SOBRE PUERPÉRIO E PLANEJAMENTO FAMILIAR

1. Davi Rodrigues de Souza (apresentador) – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA). Email: davi_rsouza@hotmail.com
2. Robert Fagner Cavalcante Carneiro – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
3. Rayann Branco dos Santos – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
4. Jocielma dos Santos de Mesquita – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
5. Ana Caroline de Lira Bezerra – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
6. IzabelleMont' Alverne Napoleão Albuquerque (orientador) – docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).

Palavras-chave: Puerpério. Planejamento Familiar. Promoção da saúde. Grupos

Resumo

O Programa Saúde da Família tem entre seus muitos objetivos a compreensão dos diversos contextos de saúde em que o indivíduo e sua família podem estar inseridos de modo a identificar problemas e assim intervir nos mesmos. Uma das linhas de atenção existentes nesse programa é a saúde da mulher, com política específica do Ministério da Saúde chamada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), envolvendo diversas temáticas de interesse da saúde feminina, dentre elas a atenção no puerpério e o planejamento familiar. A partir disto este trabalho teve como objetivo realizar abordagem grupal com puérperas jovens, na sua maioria primíparas, e que pertencem a um grupo de educação em saúde em unidade de saúde do município de Sobral. Por meio da coleta de dados das puérperas na primeira visita ficou evidente que as mesmas apresentavam várias dúvidas acerca do período puerperal e também sobre o planejamento familiar que deveriam ser esclarecidos para melhor evolução dessa fase vivida pela mulher. Além das puérperas, os companheiros também apresentaram diversos questionamentos sobre o uso de métodos contraceptivos. Realizando intervenções quanto ao uso correto dos métodos contraceptivos por meio de tabelas explicativas, manuais contendo informações acerca da utilização dos métodos e ministrando momentos de educação em saúde com orientações úteis sobre doenças, além das informações acerca das modificações no corpo de puérperas, obteve-se resultados positivos, dentre eles o esclarecimento das puérperas sobre suas dúvidas e a compreensão dos companheiros quanto a importância do planejamento familiar.

Introdução

Atualmente as ações de promoção da saúde devem contemplar não só o indivíduo, mas também a família a qual este está inserido, de modo a proporcionar uma atenção integral e holística, ou seja, que compreenda os agravos do sujeito e sua repercussão no âmbito familiar, portanto, é necessário que os profissionais da atenção básica atuem no binômio indivíduo-família.

O Programa Saúde da Família tem entre seus muitos objetivos, compreender os diversos contextos de saúde em que o indivíduo e sua família podem estar inseridos de modo a identificar problemas e assim intervir nos mesmos. Uma das linhas de atenção existentes nesse programa é a saúde da mulher, no qual há uma política específica do Ministério da Saúde com o intuito de atender essa demanda da população chamada Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que envolve várias temáticas de interesse da saúde feminina, dentre elas a atenção no puerpério e o planejamento familiar (PAISM, 2011).

Segundo Duncan (2004) o puerpério é o período que se inicia após o parto com a dequitação da placenta e se caracteriza pela involução dos órgãos pélvicos e recuperação das alterações induzidas pela gestação. Durante o puerpério algumas intercorrências podem ocorrer e a mulher precisa estar atenta e informada quanto a elas. Os problemas que podem afetar a puérpera vão desde questões de ordem psicológica como preocupações com os cuidados ao recém-nascido, relação conjugal afetada e os fatores de ordem física como possível presença de mastite, dispareunia (dor nas relações sexuais) nos primeiros dias do pós-parto, dentre outros. Todos esses problemas podem trazer transtornos para a relação harmoniosa da família.

De acordo com Rezende (2011) a partir dos 45 dias após o parto a mulher e/ou casal já deve se prevenir quanto a possibilidade de uma nova gravidez, uma vez que sua capacidade de fecundação pode estar restabelecida, portanto, esse casal deve obter orientações de planejamento familiar durante o puerpério na busca de se evitar uma gestação indesejada, uma vez que, a gravidez não planejada pode ser reflexo, algumas vezes, da falta de planejamento de vida e de família, ligada à falta de acesso, orientação e utilização dos métodos contraceptivos. O planejamento familiar consiste em um conjunto de ações no qual são oferecidos recursos tanto para a concepção quanto para a contracepção sendo que esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida da pessoa, com garantia da liberdade de escolha (BRASIL, 2006).

A partir do que já foi explanado faz-se necessário entender o papel da enfermagem na vida da puérpera e em seu planejamento familiar. O profissional ou acadêmicos de enfermagem devem estar aptos a fornecer todas as orientações necessárias ao adequado andamento do puerpério na vida da mulher e de sua criança. É preciso que estes vejam a mulher com uma visão holística, não prestando atenção somente ao seu sistema reprodutor e hormonal, mas também observando o seu lado psicológico, procurando saber o que a puérpera está achando desta nova situação com um novo membro na família (GOMES; NEVES, 2011).

Quanto ao planejamento familiar e o papel da enfermagem, Costa e Crispim (2010) afirmam que o enfermeiro no exercício dessa assistência deve tentar orientar o uso de cada método contraceptivo, bem como as necessidades de cada cliente, além de orientar a mulher/casal para uma escolha livre e consciente. Por meio de toda a abordagem realizada, este trabalho busca uma melhor compreensão da assistência de Enfermagem no puerpério e no planejamento familiar com um grupo de puérperas.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. O estudo foi realizado em um Centro de Saúde da Família (CSF) no bairro CAIC, município de Sobral, Ceará que atende cerca de 1823 famílias. Os sujeitos da pesquisa foram dezoito puérperas, na maioria primíparas, ou seja, mães pela primeira vez, e alguns de seus familiares como os companheiros ou outros familiares, pertencentes a um grupo de promoção à saúde do CSF. A pesquisa foi realizada no período compreendido entre 11 de Abril a 20 de Maio do ano de 2014.

Os métodos utilizados para a coleta de dados foram a utilização de formulários com as puérperas para verificar o perfil das mesmas, observação dos problemas e questionamentos apresentados por elas e realização de atividades de educação em saúde. Participaram também do estudo os companheiros das mulheres. A análise foi feita após a coleta de todas as informações possíveis, sendo realizada da seguinte forma: leitura do material; organização das informações coletadas nas ações interventivas nos encontros feitos pela equipe.

Respeitou-se os aspectos éticos e legais da Resolução 466/2012 referente à pesquisa com seres humanos, procurando-se esclarecer aos sujeitos da pesquisa a respeito do termo de consentimento livre e esclarecido e obtendo-se por estes a autorização para realização do estudo como preconizado pelos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos e o que afirma o código de ética dos profissionais de enfermagem

Resultados e Discussão

De modo a conhecer o grupo de puérperas foi necessário realizar visita a unidade básica do CAIC, município de Sobral, onde por meio de conversa com agente de saúde e profissional de enfermagem do referido CSF deu-se a indicação de um grupo de puérperas adscritas aos serviços da unidade de saúde. A escolha deste grupo seguiu as recomendações propostas pela ementa do módulo Atenção Básica à Saúde IV da grade curricular do curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) que tem como tema central a saúde da mulher e da criança. Inicialmente neste primeiro encontro procurou-se conhecer o grupo de puérperas, para melhor aproximação com as mesmas de modo a buscar conhecer os anseios e intercorrências que mais afetavam sua vida no período puerperal.

Por meio de formulários observou-se aspectos como a composição da família das puérperas, informações sobre a renda e as dúvidas acerca dos agravos a saúde, questionamentos quanto ao cuidado com a criança e a participação dos membros da família nesse processo. Além disso, observamos também o contexto externo da família, ou seja, a situação e relação de outros parentes como o pai, a mãe e irmãos na família e a relação dos serviços de saúde com as pessoas estudadas. Por meio dos questionamentos apresentados nos formulários às 18 puérperas identificou-se que a faixa etária das mesmas estava entre 16 a 25 anos, poucas delas tinham idade igual ou superior a 30 anos, somente 3 delas. As famílias das mulheres eram compostas geralmente por quatro membros. As famílias das mulheres mais jovens eram compostas por até seis membros, devido muitas delas residirem com os pais e familiares. Elas relataram nos formulários que a renda mensal da família era em média de dois salários mínimos. As puérperas mais jovens responderam que as mães ajudavam no cuidado dos filhos recém-nascidos quando tinham oportunidade.

Quanto a ajuda dos companheiros no cuidado dos filhos elas relataram que os mesmos ajudavam em algumas tarefas, mas que por conta do trabalho pouco participavam dos cuidados a criança. No contexto externo as puérperas informaram que os serviços de saúde prestados pelo CSF CAIC são bons e que eram bem atendidas com acompanhamento mensal dos agentes de saúde. As mesmas relataram no formulário que quando apresentam dúvidas acerca do período puerperal eram orientadas algumas vezes pelo o agente ou então através da participação no grupo na unidade de saúde. A maioria delas relatou que em relação a saúde da criança as mesmas se encontravam bem, sendo que a amamentação estava sendo satisfatória e a higienização também, principalmente devido as orientações prestadas pelo grupo da unidade. Ao perguntar-se quais dúvidas elas apresentavam a maioria argumentou sobre aspectos relacionados a dúvidas acerca da sua recuperação no puerpério, inclusive com relatos de casos de dispareunia, ou seja, dor nas relações sexuais, muito relacionado ao fato de que a maioria delas foram submetidas a realização de episiotomia e posterior episiorrafia no momento do parto normal. Muitas dúvidas estavam relacionadas também com o planejamento familiar e os métodos anticoncepcionais, bem como acerca das mudanças em seu organismo durante no puerpério.

Mediante a análise dos dados oferecidos pelas jovens puérperas na primeira visita, ficou evidente que as mesmas apresentavam várias dúvidas acerca de seu período puerperal e também sobre o planejamento familiar que deveriam ser esclarecidos para melhor evolução dessa fase vivida pela mulher. Além das puérperas, os próprios companheiros das mulheres relataram dúvidas sobre uso de métodos contraceptivos e a prevenção da gravidez durante o puerpério das suas companheiras. A partir desse contexto foi realizada segunda visita a unidade de saúde da família, mais especificamente no grupo de puérperas com a finalidade de apresentar intervenções capazes de diminuir as dúvidas acerca do uso de métodos contraceptivos apresentados pelas mesmas e de seus companheiros, como também dúvidas em relação ao período puerperal.

Utilizou-se para a realização das intervenções referentes aos métodos contraceptivos, tabelas explicativas, manuais contendo informações acerca da utilização dos métodos e apresentação de atividade educativa com orientações úteis sobre como evitar a gravidez no puerpério, bem como infecção por doenças sexualmente transmissíveis. Essas intervenções foram realizadas de modo dinâmico e atrativo com o intuito de chamar a atenção dos membros do grupo e fazê-los participar ativamente desse momento. Em relação ao período puerperal e suas modificações no corpo da mulher, na qual as jovens puérperas também apresentaram dúvidas importantes, a intervenção foi realizada de forma semelhante, sendo apresentados vídeos contendo informações acerca das mudanças fisiológicas e psicológicas que ocorrem com o organismo feminino no puerpério. Orientou-se as mulheres a evitar relações sexuais durante nesse período, sendo que havendo persistência de dispareunia após a completa cicatrização da incisão provocada pela episiotomia ou depois do período puerperal, elas deveriam procurar pelos serviços da unidade de saúde.

Por meio dessas intervenções percebeu-se que as puérperas ficaram mais esclarecidas quanto as suas dúvidas e mais do que isso, os próprios companheiros compreenderam a importância do planejamento familiar, inclusive como meio de evitar o aumento indesejado da família e futuro comprometimento da renda familiar, bem como transtornos no processo do cuidar de crianças recém-nascidas. Observou-se também que a maioria das puérperas após algum tempo não apresentaram dispareunia, ou seja, dor nas relações sexuais, que geralmente é normal no puerpério e com o passar do tempo cessa. Dessa forma, as mulheres e alguns membros da família obtiveram benefícios com as intervenções realizadas de modo a se prevenirem e se planejarem, conhecendo e utilizando de maneira correta os métodos contraceptivos e a partir disso evitando uma gravidez indesejada e futuras intercorrências indesejadas.

Conclusão

Um dos grandes objetivos da política nacional de saúde integral da mulher é oferecer orientações de planejamento familiar às famílias adscritas nos serviços de unidade básica, portanto é dever dos serviços de saúde orientar as pessoas quanto a esse importante serviço da saúde. Observou-se através deste trabalho que existem falhas na promoção de saúde quanto ao planejamento familiar nos serviços de atenção básica, visto que muitas famílias desconhecem diversos tipos de métodos contraceptivos e a importância dos mesmos na harmonia da estrutura familiar.

Outra questão relevante é a falha na orientação dos profissionais de saúde quanto às mudanças que ocorrem no organismo feminino de puérperas o que as leva geralmente a criarem mitos sobre esse período ou mesmo realizarem atividades de risco como relações sexuais desprotegidas e antes que a genitália feminina esteja recuperada do pós-parto, medicações indevidas ao período de lactação e atividades domésticas perigosas. Porém, mesmo com essas deficiências, deve-se destacar a iniciativa positiva que centros de saúde da família como o estudado ofertam as puérperas, que a partir da realização de promoção da saúde por meio de abordagens grupais com puérperas e outros grupos pode-se esclarecer diversas dúvidas e orientar as pessoas da comunidade a desenvolver práticas saudáveis e que melhorem sua qualidade de vida.

O estudo ofereceu também a oportunidade de pesquisar o contexto familiar e identificar seus problemas com a finalidade de intervir

adequadamente nesse espaço, desenvolvendo a capacidade de observação e de atuação no âmbito da saúde da família, área de grande relevância para a saúde pública brasileira e de extrema importância para a sociedade, assim como para a formação acadêmica e profissional de graduandos das áreas da saúde, inclusive a enfermagem.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília; 2006. Disponível em <portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf> Acesso em 20 de abril de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde, 2011. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

COSTA, M. M; CRISPIM, Z. M. Política de Saúde do Planejamento Familiar na Ótica do Enfermeiro. Rev Enferm UFPE OnLine. 2010 abr./jun.;4(2):568-76 569. Disponível em <www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/.../1303> Acesso em 05 de maio de 2013

DUNCAN, B. B; Schmidt, M. I; Giugliani, E. R. J. **Medicina ambulatorial: condutas de Atenção Primária baseadas em evidências**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 357-67.

GOMES, A.O; NEVES, J. B. O Enfermeiro na Assistência à Puérpera na Atenção Primária à Saúde. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG - V.4 - N.2 - Nov./Dez. 2011. Disponível em www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/.../04-O%20ENFERMEIRO-N Acesso em 05 de maio de 2013.

REZENDE, J. M. CAB. Obstetrícia Fundamental. 12ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2011.

Agradecimentos

Agradecemos em primeiro lugar a Deus pela dádiva da vida, saúde e sabedoria. Agradecemos a toda a equipe do Centro de Saúde da Família CAIC pela receptividade e cooperação nas ações realizadas. Agradecemos também as mulheres do grupo de puérperas pela participação na pesquisa e interação com nossa equipe. Por fim agradecemos também a professora doutora Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque que muito nos orientou com dicas e métodos para coletas de dados para a construção da pesquisa.

AÇÃO DOS ANJOS DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO CONVÍVIO SOCIAL DA CRIANÇA EM TRATAMENTO ONCOLÓGICO.

Larissa Matias Monteiro ^{1*} (IC), Heda Caroline Neri de Alencar ² (IC), Rafaella Freire Carvalho ³ (IC), Adriana Simplício de Araújo ⁴ (IC), Karla Maria Carneiro Rolim⁵ (PQ).

1. Faculdades Nordeste. Curso de Enfermagem.

2. Universidade de Fortaleza. Curso de Enfermagem.

3. Universidade de Fortaleza. Curso de Enfermagem.

4. . Faculdades Nordeste. Curso de Enfermagem.

5. Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Enfermeira da Unidade Neonatal da Maternidade Escola de Assis Chateaubriand (MEAC/UFC). Docente da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Líder do Grupo de Pesquisa Saúde e Qualidade de Vida do Binômio Mãe e Filho (UNIFOR/CNPq). Coordenadora Local do Projeto Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.

larissa11_lfv@hotmail.com

Palavras-chave: Anjos da Enfermagem. Convívio Social. Criança

Resumo

O presente estudo teve como objetivo relatar a experiência de comemoração junina realizada pelo Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará juntamente com as crianças e as mães dos hospitais pediátricos. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante a comemoração junina realizada pelos alunos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará em um hospital pediátrico da rede pública estadual referência no tratamento oncológico e na Associação Peter Pan, entidade filantrópica sem fins lucrativos que atua no apoio a crianças e adolescentes com câncer, bem como a seus familiares, na cidade de Fortaleza-Ce no mês de junho de 2014. As comemorações são importantes, pois através dela percebemos que o paciente e seus acompanhantes esqueçam a dor e a angústia que está no ambiente hospitalar.

Introdução

A perda do convívio social que a criança sofre quando é hospitalizada é notório. O papel dos voluntários e dos profissionais da saúde é de suprir a falta de seus familiares e amigos fazendo com que elas interajam desenvolvendo um vínculo amigável entre profissional da saúde/criança/voluntário.

O Projeto Anjos da Enfermagem: educação e saúde através do lúdico, é um projeto de responsabilidade social atuante em todo Brasil é desenvolvido pelo Instituto Anjos da Enfermagem em parceria com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) com o principal objetivo levar, por meio de voluntários, apoio às crianças com câncer e seus familiares no ambiente hospitalar e contribuir para a sensibilização da humanização em saúde nos estudantes e profissionais de Enfermagem.

O Projeto busca, também, contribuir para a formação de trabalhadores da saúde competentes, responsáveis e comprometidos com o fortalecimento da Enfermagem no país. Além disso, os voluntários do Programa Anjos da Enfermagem e os profissionais da saúde, através de gestos e palavras estimulam a autoestima de todos que se encontram no hospital. Diante das considerações o objetivo do estudo foi relatar a experiência de comemoração junina realizada pelo Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará juntamente com as crianças e as mães dos hospitais pediátricos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, realizado durante a comemoração junina realizada pelos alunos voluntários do Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará em um hospital pediátrico da rede pública estadual referência no tratamento oncológico e na Associação Peter Pan, entidade filantrópica sem fins lucrativos que atua no apoio a crianças e adolescentes com câncer, bem como a seus familiares. A associação Peter Pan desenvolve sua assistência por meio de três pilares o diagnóstico precoce, tratamento especializado e atendimento humanizado, na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil, durante o mês de junho de 2014.

O Programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará é realizado por oito voluntários, acadêmicos de Enfermagem, da Faculdade Nordeste (FANOR) DeVry Brasil, pela Coordenadora Estadual, Conselheira do COREN-CE e pelos Coordenadores Locais, sendo um professor da UNIFOR e outro da FANOR.

Para a realização da festa junina junto às crianças e seus familiares, contatamos com a direção do hospital pediátrico e, após autorização começamos a desenvolver os preparativos para a comemoração.

Resultados e Discussão

Iniciamos a comemoração convidando as crianças que estavam nas enfermarias para a festa de São João que seria realizada no refeitório principal do hospital. Durante a festa junina foram desenvolvidas atividades lúdicas terapêuticas onde as crianças puderam interagir com os voluntários, acompanhantes, familiares e visitantes que estavam presentes.

Os voluntários promoveram um casamento matuto e ao som do forró pé de serra convidaram as mães e as crianças a dançarem a quadrilha improvisada pelos voluntários. As músicas relatavam alegria e amor e com uma batida musical bem animada para que naquele momento a criança esquecesse um pouco da dor e angústia que ela estava sentindo. Além disso, foram desenvolvidas brincadeiras típicas de São João onde as crianças ganhavam brindes para aquelas que conseguiam alcançar os objetivos propostos pelos voluntários.

Percebemos que criança e brincadeira são inseparáveis então sendo assim o uso da brincadeira durante o tratamento da criança torna a assistência da Enfermagem individualizada, humana demonstrando que a equipe preocupa-se em minimizar os desconfortos psicológicos e físicos que podem ser vivenciados na internação hospitalar.

A Lei Federal 11.104 de 2005, determina que todos os hospitais pediátricos devam possuir em suas instalações um espaço para que a criança que ali se encontra doente e hospitalizada possa brincar, o que reforça e torna clara a importância do reconhecimento e a implementação de atividades recreativas como terapia voltada à promoção da saúde da criança doente em ambiente hospitalar (BRASIL, 2005).

Em seu estudo sobre brinquedo/brinquedo terapêutico Cintra *et al.*, (2005) relatam que a assistência de Enfermagem não deve ser focada apenas na patologia mas, na criança e em sua família, já que a participação da família no tratamento é revestida em

comunicação efetiva e boa resposta da criança ao tratamento.

Conclusão

As festas comemorativas como a de São João embora desenvolvidas em ambiente hospitalar estimulam as crianças em tratamento oncológico a terem contato com os voluntários e com as outras crianças que estão internadas nas outras enfermarias fazendo com que elas não percam o convívio social e não amadureçam precocemente.

Além disso, os pais das crianças criam um vínculo de afetividade com os voluntários ao verem as felicidades dos seus filhos. Nossa experiência enquanto graduandos em Enfermagem vive a perspectiva de chegar ao mercado de trabalho, cada vez mais exigente, por profissionais inovadores, diferenciados. O profissional Enfermeiro em formação deve estar preparado para a vida, com habilidade de articular conhecimento, atitude e compromisso e responsabilidade social, em assistir ao paciente por meio de uma enfermagem eficaz e humanizada.

O projeto de extensão Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará vem contribuir com a formação do acadêmico de Enfermagem para que este desenvolva compromisso, responsabilidade social, capacidade de reflexão sobre o cuidado e o desenvolvimento de estratégias e práticas de educação em saúde. Importante pontuar que o contato direto com os demais profissionais enfermeiros traz aos voluntários, a possibilidade de conhecer sua práxis, estimulando-os a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos durante sua participação no Projeto.

As comemorações são importantes, pois através delas percebemos que o paciente e seus acompanhantes esqueçam a dor e a angústia que é está no ambiente hospitalar. Além disso, a esperança e a autoestima desses pacientes e seus familiares são estimuladas para que haja a recuperação mais rápida e eficaz.

Referências

GARCIA, J. O negócio do social. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

CARVALHO AM, BEGNIS JG. Brincar em unidades de atendimento pediátrico: aplicações e perspectivas. Psicologia em estudo. 2006; 11(1):109-17.

PEDROSA AM, MONTEIRO H, LINS K, PEDROSA F, MELO C. Diversão em movimento: um projeto lúdico para crianças hospitalizadas no Serviço de Oncologia Pediátrica do Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP. Rev. Bras. Saúde Mater. Infant. 2007; 7(1): 99-106.

CINTRA, S.M.P.; SILVA, C.V.; RIBEIRO, C.A. O ensino do brinquedo/brinquedo terapêutico nos cursos de graduação em enfermagem no estado de São Paulo. Rev. Bras. Enferm. 2006 jul-agos; 59 (4): 497-501;

RODRIGUES, J.; MANTOVANI, M.F. O docente de enfermagem e sua representação sobre a formação profissional. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2007 set; 11(3): 494-9.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Aos meus pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

A minha orientadora Karla Rolim, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho.

AÇÃO EDUCATIVA SOBRE A IMPORTANCIA DO ALEITAMENTO MATERNO, MINISTRADO AS GESTANTES DO ESF MISERICÓRDIA

Luanne Martins Teixeira – Faculdade Leão Sampaio, luannymartinsenf@hotmail.com

Ana Carolina Alves de Araújo – Faculdade Leão Sampaio

Elizabeth Amábile Calixto Costa – Faculdade Leão Sampaio

Ariadne Gomes P. Sampaio – Faculdade Leão Sampaio

Palavras-chave: Aleitamento materno. Educação em saúde. Vínculo. Desmame precoce.

Resumo

A humanização da assistência ao parto e nascimento proposta pelo Ministério da Saúde prevê segurança e dignidade a mulher e a criança no parto e nascimento. Neste sentido, preconiza encorajar e apoiar a mãe à prática da amamentação, imediatamente após o parto e exclusivamente até os seis meses de vida do recém-nascido. Diante desses fatos, essa ação educativa foi proposta para estimular e encorajar as mães para que o aleitamento materno exclusivo aconteça. A escolha do tema surgiu em observação durante os estágios e vida acadêmica das dificuldades das mães manterem o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade devido tabus, ou afirmarem que estava acontecendo vários fatores, como pouco leite, mamilo fissurado ou leite fraco. Os objetivos consistem em reforçar os benefícios do aleitamento materno para a saúde materna infantil, fortalecer vínculo no binômio entre mãe e filho, orientar sobre os cuidados durante a amamentação. Tendo em vista a importância do aleitamento materno, este projeto de intervenção foi desenvolvido com o intuito de produzir conscientização às gestantes. O mesmo aconteceu na ESF Fábio Esmeraldo, tendo como público alvo as gestantes assistidas na referida instituição. A ação educativa foi realizada na sala de reunião da unidade de saúde com duração máxima de 2 horas no período da tarde enquanto as gestantes aguardam a consulta de pré-natal. Foi observado que as gestantes, apesar de que a maioria eram primíparas, tinham algum conhecimento sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e a maioria relatava sobre o desejo de amamentar.

Introdução

Ao se alimentar exclusivamente com o leite humano nos seis primeiros meses de vida a criança se torna imune às infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias. O aleitamento exclusivo atua na prevenção de anemia, cáries dentárias, alergias, obesidade, diabetes *mellitus* insulino-dependente, dentre outras patologias. Além disso, em longo prazo, crianças alimentadas pelo leite materno apresentaram redução da pressão sanguínea, diminuição do colesterol total, melhor performance em testes de inteligência, menor prevalência de sobrepeso e obesidade e de diabetes tipo II (MINISTERIO DA SAÚDE, 2002).

A decisão da mulher em amamentar seu filho está interligada a sua história de vida e aos aspectos emocionais, familiares, sociais, culturais e econômicos. Assim como a decisão do desmame precoce, que está relacionada às representações sociais e culturais e à subjetividade da mulher (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

O desmame precoce tem sido estudado quanto aos fatores relacionados ao lactente e à mãe. Entre estes fatores, está a questão do aleitamento materno vista, principalmente, sob o aspecto biológico, o qual reduz a mulher ao potencial da lactação sem observar o complexo social e cultural que influencia a tomada de decisão de amamentar. Destaca-se a culpa de que a mulher é acometida pela condição de não amamentar seu bebê, diante de motivos variados como, por exemplo, quantidade e qualidade do leite, afecções mamárias, necessidade de trabalhar, entre outros (ALMEIDA, 2003).

Durante nossa prática profissional, nas unidades de saúde e visitas domiciliares de puerpério, de modo empírico, observamos a falta de conhecimento dos pais nos cuidados ao recém-nascido, particularmente, no que diz respeito à amamentação. A mãe se encontrava insegura no manejo da amamentação e poucos pais se envolviam nesses cuidados. Os pais que relatavam que o filho chorava porque o leite não sustentava logo apoiavam a introdução de outro leite complementar, isso provavelmente facilita o desmame precoce da criança (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006).

Neste sentido, observa-se que no cotidiano dos serviços de saúde as mulheres não dispõem de oportunidades de expressarem concretamente os determinantes socioeconômicos, culturais e psicológicos que contribuíram para o desmame de seus filhos (ALMEIDA, 2003).

A necessidade da adoção de suporte teórico-metodológico que fundamente abordagens que permitam a investigação de aspectos relacionados com os sentimentos, pensamentos e a fala da mulher que amamentou ou desmamou, além dos significados para mãe enquanto mulher e as representações sociais que as têm conduzido ao desmame precoce de seus filhos (RAMOS, 1997).

Assim, torna-se importante a compreensão da influência do universo cultural na tomada de decisão do ser humano, em que respeitar a pessoa, partilhar com ela saberes e costumes é condição essencial para o profissional de saúde na reversão da prática do aleitamento materno, garantindo como consequência, a redução do desmame precoce (RAMOS, 1997).

Diante dessa realidade o nosso objetivo Geral consiste em realizar uma ação educativa na ESF Fábio Pinheiro Esmeraldo, com as gestantes presentes, sobre o estímulo do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade.

Os nossos objetivos específicos baseiam-se em reforçar os benefícios do aleitamento materno para a saúde materna infantil, fortalecer vínculo no binômio entre mãe e filho e orientar sobre os cuidados durante a amamentação.

Tendo em vista a importância do aleitamento materno, este projeto de intervenção foi desenvolvido com o intuito de produzir conscientização às gestantes.

Metodologia

Tendo em vista a importância do aleitamento materno, este projeto de intervenção foi desenvolvido com o intuito de produzir conscientização às gestantes. O mesmo aconteceu na ESF Misericórdia, tendo como público alvo as gestantes assistidas na referida instituição. A ação educativa foi realizada na sala de reunião da unidade de saúde com duração máxima de 2 horas no período da tarde enquanto as gestantes aguardam a consulta de pré-natal.

A atividade foi direcionada para a prevenção do desmame precoce, através de roda de conversa com o tema aleitamento materno e desmame precoce, trabalhando a realidade das mães. Neste caso as mulheres que já amamentaram, puderam compartilhar depoimentos, assim como as primíparas podem expor suas dúvidas em relação à amamentação.

Foi utilizado imagens e materiais que ilustram a pega correta na amamentação e induzam as mães a sentirem o desejo de amamentar o seu bebê de forma correta e os benefícios da amamentação à criança principalmente nos primeiros meses de nascimento.

Resultados e Discussão

A estratégia prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Diante desse contexto, de programa de assistência à saúde da mulher e as prioridades de ações educativas, realizamos uma roda de conversa com doze gestantes que esperavam atendimento do pré-natal. Foi ouvido todas as dúvidas das gestantes sobre o tema e após isso a equipe esclareceu as mesmas e explanou a importância do aleitamento materno exclusivo, composição do leite materno, principais doenças preveníveis com o aleitamento materno exclusivo, verdades e mitos relacionado a alimentação das mães, rachaduras, pouco leite e leite fraco. Para isso foi utilizado um cartaz ilustrativo onde continha informações sobre a pega correta, os benefícios do aleitamento materno exclusivo e as vantagens do aleitamento na primeira hora de vida. Foi observado que as gestantes, apesar de que a maioria eram primíperas, tinham algum conhecimento sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e a maioria relatava sobre o desejo de amamentar.

Conclusão

Nesta atividade abordamos o assunto sobre a importância e benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Concluímos que as gestantes tinham conhecimento sobre o assunto e as mesmas relatavam o desejo de amamentar o seu bebê. Cumprimos todos os objetivos que nos foi proposto. Como o objetivo geral, de realizar uma ação educativa na ESF Misericórdia, com as gestantes presentes, sobre o estímulo do aleitamento materno exclusivo.

Esta intervenção foi de grande importância para o nosso conhecimento, pois o aprofundamento deste tema nos permitiu compreender melhor sobre aleitamento materno além de aperfeiçoar competências de organização científicas e comunicações para a promoção da saúde.

Referências

- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Guia alimentar para crianças menores de dois anos. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria De Atenção à Saúde. Departamento De Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar. Ministério da Saúde, 2008.
- RAMOS CV, Almeida J A G. Amamentação, desmame, mulher, relação biológico-social. *Jornal de Pediatria* 2003; 79 (5): 385-390
- ALMEIDA MS. Sentimentos femininos: o significado do desmame precoce para mulheres. *Texto e Contexto – Enfermagem* 1997 jan-abril; 6(1): 25-32
- SIMONS, A.D. Alimentos complementares ao desmame: quais, como e quando introduzi-los. In: REGO, J.D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 299-312.
- TERUYA, K., COUTINHO, B.S. Sobrevivência infantil e aleitamento materno. In: REGO. J.D. Aleitamento Materno. São Paulo: Atheneu, 2001. p. 5-19.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Fissuras mamilares, Jan/2010. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=87&id_detalhe=3427&tipo_detalhe=s (ACESSO EM 14/05/2014)
- WORLD HEALTH ORGANIZATIOS. The optimal duration of exclusive breastfeeding. Results of a WHO systematic review. Geneva: World Health Organization; 2001.
- REA MF. Reflexões sobre a amamentação no Brasil: de como passamos a 10 meses de duração. *Cad Saúde Pública* 2003; 19 Suppl 1:S37- 45.

Agradecimentos

À PROFESSORA Ariadna Gomes P. Sampaio, por nos incentivar e encorajar a realização da ação educativa, à nossa instituição de ensino por estar sempre formando profissionais de qualidade, as gestantes pela participação e a ESF pela oportunidade de proporcionar essa ação educativa de grande importância.

ACESSIBILIDADE DE AMBIENTES VIRTUAIS DIRECIONADOS AOS CEGOS: UMA ESTRATÉGIA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Luciana Vieira de Carvalho – Universidade Federal do Ceará. E-mail: lucianavcarvalho@hotmail.com

Aline Cruz Esmeraldo Áfio – Universidade Federal do Ceará.

Viviane Martins da Silva – Universidade Federal do Ceará.

Maria Vera Lúcia Moreira Leitão Cardoso – Universidade Federal do Ceará.

Lorita Marlena Freitag Pagliuca – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Pessoas com Deficiência Visual. Acessibilidade. Internet.

Resumo

Objetivou-se avaliar a acessibilidade de sites ou blogs das Associações dos Cegos das capitais do nordeste brasileiro, seguindo as 45 recomendações do e-MAG. Seis ambientes virtuais de Associações dos Cegos foram analisadas por meio do ASSES. Nas *homepages* destas associações foram infringidas nove tipos de recomendações. Todos os sites e blogs continham erros de acessibilidade, o que demonstra que não estão atendendo as recomendações do e-MAG, prejudicando o acesso ao conteúdo pelas PcD visual. Tendo em vista que a internet destaca-se como recurso tecnológico para inclusão social e digital de Pessoas com Deficiência (PcD), é imprescindível que ambientes virtuais tenham formato acessível. Tal fato contribui para a promoção da saúde de deficientes visuais, uma vez que a internet é utilizada para obtenção de informações necessárias para o autocuidado. Neste contexto, *homepages* de sites direcionados aos cegos devem ser acessíveis a este público, uma vez que são usados para diversas finalidades, inclusive para incentivar o cuidado à saúde. Nota-se então, que este público enfrenta dificuldades de acesso às tecnologias da informação e isto acarreta em menor obtenção de informações essenciais para promover a saúde.

Introdução

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) são ferramentas desenvolvidas para promover a inclusão social e digital de grupos populacionais, principalmente das PcD. Assim, a internet destaca-se como um importante meio de comunicação da atualidade, que diminui distâncias, interliga as pessoas e permite acessibilidade às diversas informações disponibilizadas nos ambientes virtuais (PASSERINO; MONTARDO, 2007).

Em relação as PcD visual, a utilização da internet é uma possibilidade atraente para promover a inclusão deste público na sociedade da informação. É necessário que ambientes virtuais sejam desenvolvidos em um formato acessível que proporcione acesso rápido, fácil e eficiente, pois as pessoas cegas utilizam estas ferramentas para buscar novos conhecimentos.

Nesse sentido, órgãos internacionais como o *World Wide Web Consortium (W3C)*, propôs um padrão de acessibilidade para a internet com o intuito de garantir o acesso por todas as pessoas, independente do tipo de usuário, situação ou ferramenta (BRASIL, 2011).

O governo brasileiro adaptou tais recomendações para o país, designando as normas de Acessibilidade do Governo Eletrônico (e-MAG). Este documento teve como objetivo a criação de *websites* federais dentro dos padrões de acessibilidade, no entanto, apresenta-se como diretrizes nacionais sobre a acessibilidade na internet e pode ser utilizado como padrão para o desenvolvimento de quaisquer *websites* no Brasil direcionados a todo público, inclusive as PcD (BRASIL, 2011).

Estima-se que no Brasil existam aproximadamente 46 milhões (23,9%) de PcD, sendo que 18,50% possuem deficiência visual; 7% deficiência motora; 5,10% deficiência auditiva e 1,40% deficiência mental. A Região Nordeste destaca-se por apresentar a maior taxa de PcD (26,63%), posição sustentada desde o Censo realizado no ano de 2000 (IBGE, 2010).

De acordo com o elevado índice de PcD visual no nordeste brasileiro, permite-nos inferir que esta parcela da população usufrua do recurso tecnológico da internet e naveguem pelos mais diversos ambientes virtuais em busca de interatividade e conhecimento, tais como *websites* federais e instituições voltadas para o atendimento das PcD. É imprescindível que estes sites ou blogs estejam disponibilizados em formato acessível, tendo em vista as características inerentes do público alvo ao qual se destina. Nesse sentido, observa-se a relevância do estudo, o qual propõe avaliar a acessibilidade de sites ou blogs utilizados por Associações dos Cegos, as quais oferecem ao público em questão variadas informações.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo. Utilizou-se como população os sites ou blogs das Associações de Cegos das capitais do Nordeste do Brasil.

A seleção destas instituições ocorreu através dos sites da Sociedade de Assistência aos Cegos no qual continham apenas o nome, endereço postal e telefone das mesmas. Foram selecionadas nove associações.

A pesquisa dos endereços eletrônicos das associações ocorreu através de sites de busca. Um total de dois não foram encontrados, além disto, não foi possível avaliar o site de uma instituição dos cegos, pois o *software* utilizado para avaliação dos sites não buscou o endereço eletrônico da mesma. Assim, a amostra final da pesquisa resultou em seis associações dos cegos para a análise.

Para avaliação dos sites, foi utilizado o Avaliador e Simulador para a Acessibilidade de Sítios® (ASSES®). Trata-se de um *software*, recomendado pelo e-MAG que possibilita a avaliação, simulação e correção da acessibilidade das páginas de um ambiente *online*, advertindo sobre erros existentes e possíveis correções (BRASIL, 2011).

O presente estudo seguiu as 45 recomendações para a criação de sites acessíveis contidas no e-MAG, que estão divididas em seis sessões, a saber: [Marcação](#) (recomendações de 1 a 9), [Comportamento](#) (recomendações de 10 a 15), [Conteúdo/Informação](#) (recomendações de 16 a 27), [Apresentação/Design](#) (recomendações 28 a 32), [Multimídia](#) (recomendações 33 a 37) e [Formulário](#) (recomendações 38 a 45).

Nesse sentido, para a avaliação dos ambientes virtuais foi utilizado um instrumento de coleta, elaborado pelas autoras, com as variáveis: site ou blog da associação, número de erros encontrados pelo ASSES, tipo de erro cometido, de acordo com as recomendações do e-MAG, e o número de vezes que ocorreu este mesmo erro.

Ressalta-se que para atender os aspectos éticos e legais, e preservar o sigilo das associações, estas foram identificadas de C1 a C6.

Optou-se por avaliar a *homepage* dos sites ou blogs, por se tratar da página inicial de contato dos usuários com todas as informações disponibilizadas, sendo imprescindível que esta já esteja acessível para que o público alvo possa acessar através dos *links* presentes nesta primeira página seus respectivos conteúdos.

Foi realizada uma análise descritiva dos dados, a frequência absoluta do número de erros apresentados pelo site ou blog e o número de

vezes que cada recomendação foi infringida.

Resultados e Discussão

De acordo com as seis associações, caracterizadas de C1 a C6, destaca-se C3 e C5.

Em relação à C3, apresentada ao público através de site, teve menor taxa de erros, um total de cinco, infringindo três recomendações das seções Marcação; Comportamento e Conteúdo/informação.

Já a C5, cuja página da *Web* é representada por um blog, sobressaiu dentre as demais por apresentar maior total de erros (90) na página inicial e não atendeu a oito tipos de recomendações do e-MAG das seções Marcação; Comportamento e Conteúdo/informação.

Nos sites ou blogs das associações avaliadas, ao todo, foram infringidas nove tipos de recomendações classificadas nas seguintes seções: Marcação (recomendações 5 e 8); Comportamento (recomendação 10); Conteúdo/Informação (recomendações 16, 19, 20, 23, 24) e Formulários (recomendação 39). Nota-se que a categoria Conteúdo/Informação aparece com maior número de erros, o que reforça a importância da correta exibição do conteúdo e disponibilidade de *links* que conduzem às PcD ao acesso às informações que contribuem para estimular a promoção da saúde. Outras barreiras de acessibilidade observadas nos sites ou blogs foram em relação à dificuldade de navegação utilizando o teclado; disposição e descrição dos *links* nas páginas; presença de elementos não textuais e elementos inacessíveis.

Acessibilidade refere-se a uma condição inserida no ambiente ou na comunicação que propicia de forma segura e autônoma a participação das pessoas em áreas públicas, privadas, uso de equipamentos e mobiliários urbanos, possibilitando maior inserção social e melhor qualidade de vida (BRASIL, 2011).

Viabilizar o acesso a equipamentos é uma medida que respeita o direito de cidadania das PcD visual, permitindo-lhes usufruir de serviços indispensáveis para sua formação. Os ambientes virtuais das Associações de Cegos são meios de propagação de informações. Estas podem ser de diferentes contextos no sentido de favorecer a inclusão das pessoas cegas no cuidado com a saúde, tais como o incentivo a realização de atividades físicas, alimentação saudável, participação em momentos de lazer, oferecimento de cursos, dentre outros.

Dessa forma, as *homepages* das associações devem oferecer acessibilidade adequada ao público-alvo, a fim de permitir uma navegação eficaz em todos os módulos de conteúdo, o que possibilita o incentivo a mudança de hábitos de vida e, conseqüentemente, promove a saúde.

Tendo em vista que a promoção da saúde engloba o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde (BRASIL, 2002), verifica-se a importância dessas associações no estímulo dos deficientes visuais a desenvolver habilidades e preservar a autonomia nos cuidados a saúde.

Para o alcance desta realidade, um dos grandes desafios é garantir o direito das pessoas cegas ao acesso às informações disponibilizadas nos ambientes virtuais. Através deste estudo, verificou-se que as sugestões do e-MAG são bastante pertinentes, no entanto o mesmo identifica o problema sem oferecer a solução com alternativas viáveis e de fácil compreensão para os desenvolvedores de sites, o que corrobora com a dificuldade de incluir as PcD visual no meio digital. Assim, o acesso às informações, que contribuem para a promoção da saúde, continua prejudicado e isso reduz a chance das pessoas cegas em aumentarem o conhecimento sobre assuntos essenciais para a melhoria da qualidade de vida.

Conclusão

Nota-se a importância dos ambientes virtuais na contribuição da promoção da saúde das pessoas cegas, tendo em vista a quantidade de informações disponibilizadas neste meio.

Diante do exposto, percebe-se que as PcD visual enfrentam dificuldades de acesso às novas TI, retratados neste estudo pelos sites e blogs das associações que lhes prestam serviços, o que corrobora para a exclusão destas no meio digital e menor oportunidade de recebimento de informações.

Observou-se que todos os sites e blogs das Associações dos Cegos continham erros de acessibilidade, o que permite explicitar que a construção destes endereços eletrônicos não estão atendendo as recomendações sugeridas pelo e-MAG, prejudicando o acesso ao conteúdo pelas PcD visual, o que reduz as formas de adquirir conhecimentos que favoreçam o cuidado com a saúde.

Vale ressaltar que, os desenvolvedores destes sites devem seguir as recomendações do e-MAG, a fim de incluir as PcD visual no meio digital, facilitando a apreensão de novos conhecimentos.

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Logística e Tecnologia da Informação. Departamento de Governo Eletrônico. e-Mag Modelo de Acessibilidade em Governo Eletrônico. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Direitos Humanos. Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo 2010. Censo e sociedade: estatísticas para a cidadania. Brasília: IBGE, 2010.

PASSERINO, L. M.; MONTARDO, S. P.. Inclusão social via acessibilidade digital: proposta de inclusão digital para pessoas com necessidades especiais. Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-graduação em Comunicação, v.18, n. 2, abr. 2007.

Agradecimentos

Agradeço ao Órgão Financiador FUNCAP pela bolsa concedida ao longo do curso de mestrado, na qual contribuiu para concretização desta pesquisa.

ACIDENTES DOMÉSTICOS COM CRIANÇA: FATORES DE RISCO E MEDIDAS DE PREVENÇÃO.

Amanda Câmara Nunes – Universidade de Fortaleza - dinha_acn@hotmail.com
Verônica Maria da Silva Mitros – Universidade de Fortaleza
Raffaella Pereira de Souza Costa – Universidade de Fortaleza
Francisca Erilene Maia – Universidade de Fortaleza
Maria Flaviana Alencar – Universidade de Fortaleza
Samira Valentim Gama Lira (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Acidentes domésticos. Criança. Prevenção.

Resumo

Esta pesquisa consiste num ensaio que objetiva, a partir de uma revisão bibliográfica, identificar os fatores que mais interferem nos acidentes ocorridos na infância e identificar os fatores que mais interferem nos acidentes domésticos com crianças. Proporcionar à população subsídios para uma maior compreensão da importância no que diz respeito à prevenção de acidentes na primeira infância, e conhecimentos principalmente as mães, na identificação precoce dos riscos para seus filhos. Em torno desta proposição, tendo como referência uma visão epistemológica, procura-se estabelecer diálogo com diferentes obras no sentido de contribuir para o aprofundamento do assunto no âmbito da saúde pública. Diante desse contexto o estudo tem como objetivo descrever os fatores de risco e as formas de prevenção dos acidentes domésticos mais comuns na infância. Os acidentes desempenham importante papel no perfil de agravos à saúde da criança, e da importância da prevenção dos mesmos podendo subsidiar uma vida saudável.

Introdução

A infância é descrita como idade da descoberta, em que a criança possui curiosidade natural, que a impulsiona em busca do conhecimento do ambiente em que vive. Curiosidade que, quando acompanhada de determinados fatores de risco, podem provocar aumento no número de acidentes (RAMOS; NUNES; NOGUEIRA, 2013).

As crianças são o grupo mais vulnerável aos acidentes, quanto mais jovem for, menos sua percepção dos riscos em sua volta e, assim, maior a sua dependência de terceiros, quando falamos de segurança contra lesões. A vulnerabilidade da criança aos acidentes é variável em função do nível de coordenação de seu sistema nervoso, aptidão motora, senso de percepção de risco e da instintiva proteção a ela dispensada pela mãe e demais familiares. Os responsáveis pela criança nem sempre conhecem as limitações das fases de desenvolvimento de seus filhos e, ainda, não têm o hábito de observar e identificar os riscos dentro de sua própria casa (GOMES, et al, 2013).

Acidente, segundo o Ministério da Saúde, é definido como evento não intencional e evitável que causa lesões físicas e/ou emocionais, ocorrem em diversos ambientes, inclusive no doméstico. Ainda, são perfeitamente previsíveis, podendo acontecer em maior ou menor grau (GOMES, et al, 2013).

É um acontecimento involuntário, provocado por uma ação rápida e que tem resultados desfavoráveis para o indivíduo, podendo promover lesão e até morte. O comportamento preventivo deve ser enfatizado, principalmente na infância, pois, de acordo com cada situação, poderá prejudicar o desenvolvimento infantil saudável (CIAMPO, et al, 2011).

Pode-se observar que o ambiente doméstico está se tornando, em algumas situações, um ambiente perigoso para as crianças, por está sendo atingido pelo desenvolvimento tecnológico, além disso, os riscos são aumentados, se levar em consideração, que as crianças desempenham grande parte das suas atividades nesse ambiente, junto à família (GOMES, et al, 2013).

Alguns fatores são fundamentais para a compreensão dos acidentes relacionados à criança. Fatores como idade, sexo, etapa do desenvolvimento, grau de maturidade, inexperiência, incapacidade de prever e evitar situações de risco, curiosidade, tendência a imitar comportamentos, falta de noção corporal, além de algumas características da personalidade como hiperatividade, agressividade e distração (CIAMPO, et al, 2011).

O ambiente doméstico contribui para provocar vários tipos de acidentes, por apresentar grande número de situações que facilitam a ocorrência de determinados eventos. Os fatores de risco que se relacionam a esse ambiente são classificados em *químicos*, medicamentos, produtos de higiene e limpeza da residência; os *físicos*; os *ambientais* relacionados com os locais perigosos como janelas, escadas, piscinas, banheiro; os *biológicos*, como o contato com plantas, animais domésticos ou peçonhentos, insetos, roedores, etc e os *estruturais*, que são fatores relacionados à formação da família, o estilo de vida, os hábitos, que influenciam diretamente a criança (MARTINS, 2013).

Por isso, é importante que os responsáveis tenham conhecimento e percepção sobre os riscos do ambiente em que vivem, sempre tomando medidas para evitá-los, pois, ao mesmo tempo em que pode propiciar a ocorrência desses agravos, também pode funcionar como meio facilitador de ações preventivas e educativas, tornando o ambiente saudável para o desenvolvimento da criança (GOMES, et al, 2013).

E ainda, é relevante lembrar que o profissional de saúde deve atuar na função de educador e difusor de conhecimentos da problemática dos acidentes infantis. Para isto, deve orientar e aconselhar os pais e familiares a respeito dos acidentes, durante as consultas de puericultura, ou até mesmo antes da criança nascer, ainda no pré-natal, ao realizar visitas domiciliares, programar grupos de apoio, implementar programas educativos, dentre outras atividades (RODRIGUES et al, 2013).

Diante desse contexto o estudo tem como objetivo descrever os fatores de risco e as formas de prevenção dos acidentes domésticos mais comuns na infância.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica cujo o levantamento foi realizado no mês abril de 2014, pelas pesquisadoras, quando se efetuou busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME e Scientific Electronic Library Online – SciELO, com os seguintes descritores: acidentes domésticos e crianças. Como critérios de inclusão, foram definidos: pesquisas disponíveis eletronicamente nas bases de dados selecionadas nos idiomas português. Em relação aos critérios de exclusão, foram eliminados os Editoriais e as Cartas ao Editor. De posse dos artigos foi realizado uma leitura para selecionar os trabalhos que abordavam sobre fatores de risco e medidas de prevenção.

Os dados obtidos foram interpretados, organizados e submetidos à análise descritiva. Por se tratar de uma pesquisa de revisão bibliográfica, na qual utilizou resultados na literatura, ou seja, não tratando diretamente com seres humanos, a aprovação no Comitê de

Ética fica dispensada. Contudo, os conteúdos dos artigos e os créditos dos autores foram conservados.

Resultados e Discussão

Segundo Martins (2013), estudos demonstram que os acidentes domésticos são relacionados, principalmente, com a idade da criança, sua etapa de desenvolvimento psicomotor e situações que facilitam tal risco. É importante, conhecer os fatores relacionados a esse evento, pois possibilita identificar e intervir, diminuindo as chances de que algo ocorra. Fatores relacionados a própria criança, ao tipo de supervisão, e ao ambiente em que vivem.

De acordo com Ramos, Nunes e Nogueira (2013), nos fatores relacionados a dimensão “criança”, verificou-se características que possibilitam o aumento das lesões, como o sexo, que está diretamente ligado ao risco, evidenciando o sexo masculino como gênero que apresenta maior frequência de acidentes; além do próprio desenvolvimento infantil, no primeiro ano de vida, essas crianças são totalmente dependentes dos pais ou cuidadores, a partir de um ano de idade, a criança já procura conhecer o ambiente que a cerca, aumentando os riscos de lesões não intencionais.

O “tipo de supervisão” também tem sido referenciado como uma variável associada ao risco de acidentes nas crianças, assumindo-se que a inadequada supervisão por parte dos pais, contribui para o aumento dos acidentes. As praticas de segurança e a identificação de risco eficiente são tarefas dos responsáveis pela criança.

Por fim, relativamente à dimensão “ambiente”, as condições de habitação têm influência na saúde individual e coletiva, tendo como fatores de risco o acesso livre a locais perigosos, a inexistência de equipamentos de segurança, as fracas infraestruturas e a própria organização da casa.

Segundo Amaral e Paixão (2007), os tipos de acidentes estão diretamente ligados as faixas etárias e as fases de desenvolvimento da criança. O tipo de acidente que mais se verifica entre as crianças são as quedas, que possuem relação direta com a idade e o grau de desenvolvimento neuromotor da criança (CIAMPO, et, al, 2011).

Os acidentes domésticos ocorridos na infância, muitas vezes podem ser prevenidos através de orientações passadas à família, de alterações realizadas no espaço físico e de alguns cuidados básicos que as vezes são negligenciados. Nos casos de quedas, por exemplo, deve-se evitar deixar brinquedos ou demais objetos no chão, é importante colocar pisos antiderrapantes nos banheiros, além de evitar deixar o piso molhado, com as escadas, colocar corrimão e portão de segurança, e para as piscinas, deve-se mantê-la sempre coberta. Janelas e varandas devem conter rede de proteções (AMARAL; PAIXÃO, 2007).

Essas são algumas das modificações dentro do ambiente doméstico que diminui significativamente os riscos a acidentes. Logo, o enfermeiro, ainda, tem importante papel na orientação da família.

A educação em saúde elenca as atribuições técnicas e científicas desempenhadas pelo profissional de saúde no contexto da visita domiciliar, possibilitando a orientação dos pensamentos e atitudes que favoreçam mudanças na realidade vivida a respeito da prevenção dos acidentes infantis, e discuta sobre as intervenções necessárias aos riscos pertinentes no ambiente familiar, favorecendo melhor qualidade de vida para a criança (RODRIGUES et al, 2013).

Conclusão

Concluimos que os acidentes desempenham importante papel no perfil de agravos à saúde da criança, e que é de extrema importância sua prevenção, podendo subsidiar uma vida saudável durante a vida das crianças.

A prevenção desses acidentes é necessário, pois evitam consequências negativas a sua saúde e de sua família. Percebe-se que cada vez mais é importante a inclusão do tema nos currículos de graduação em saúde, pois irá formar profissionais capacitados para lidar com essas situações.

Referências

- AMARAL, J.J.F; PAIXÃO,A.C. Estratégias de prevenção de acidentes na criança e adolescente. Revista de Pediatria, Porto Alegre, v.8, n.2, p.66-72, jul/dez, 2007.
- CIAMPO, L.A.D. Características clínicas e epidemiológicas de crianças acidentadas atendidas em um serviço de pronto- atendimento. Pediatria (São Paulo), v.33, n.1, p.29-34, 2011.
- GOMES, L.M.X. et al. Descrição dos acidentes domésticos ocorridos na infância. O Mundo da Saúde, São Paulo, v.37, n.4, p. 394-400, 2013.
- MARTINS, C.B.G. **Acidentes e violências na infância e adolescência: fatores de risco e de proteção.** Rev Bras Enferm, **Brasília, v.66, n.4, p.578-584, jul-ago, 2013.**
- PORDEUS, A.M.J; FRAGA, M.N.O; PACÓ, T.P.P. Ações de prevenção dos acidentes e violências em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.1201-1204, jul-ago, 2003
- RAMOS, A.L.C; NUNES, L.R.N; NOGUEIRA, P.J. **Fatores de risco de lesões não intencionais em ambiente doméstico/familiar em crianças.** *Revista de Enfermagem Referência*, Coimbra, v. serIII, n. 11, p.113-123, dez, 2013.

Agradecimentos

À equipe que se dispôs a dialogar e expor superações para a realização do trabalho, bem como às pessoas que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade.

As integrantes do NEPAV que me socorreram nas dificuldades, meu sincero agradecimento. A professora, Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, pela presença e “cobranças oportunas” para o crescimento acadêmico.

AÇÕES DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR COMO PROPOSTA DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM UM HOSPITAL DE ENSINO.

Mariane Menezes Melo (apresentadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) mariane.melo@stacasa.com.br

Danielle Menezes Albuquerque Mesquita – Instituto de Teologia Aplicada (INTA)

Geison Vasconcelos Lira – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Antônia Eliana de Araújo Aragão – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

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

Denise Lima Nogueira (Orientadora) – Santa Casa de Misericórdia de Sobral (SCMS)

Palavras-chave: *Educação permanente. Assistência à saúde. Controle de Infecção Hospitalar. Serviço hospitalar de educação.*

Resumo

As infecções relacionadas à assistência em saúde representam um grave problema de saúde no país, aumentando a morbimortalidade entre os pacientes, e elevando os custos hospitalares. A adesão dos trabalhadores às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares está na dependência de um processo de educação permanente, que seja considerado como um componente do processo de trabalho. A educação permanente permite colocar o trabalho, as práticas cotidianas e as articulações formação/atenção/gestão/participação em análise, favorecendo tanto desenvolvimento dos que trabalham na saúde como o desenvolvimento das instituições. Considerando que dentre as instituições de saúde tem-se os Hospitais de Ensino, esse estudo buscou analisar as ações de educação permanente em controle de infecção hospitalar, referentes ao ano 2012, de um Hospital de Ensino do Ceará. Estudo retrospectivo, documental, exploratório-descritivo e de abordagem quantitativa, o estudo foi realizado no período de julho a setembro de 2013, em um hospital de ensino do interior do estado do Ceará. Este estudo respeitou aos princípios éticos e legais de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12, recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú de Sobral/CE, com nº de CAAE 14941613.3.0000.5053. Os dados foram apresentados em quadros e analisados mediante informações obtidas por meio do instrumento proposto. Desta forma, foi possível compreender a importância do uso da educação permanente como uma ferramenta para a melhoria das práticas em saúde.

Introdução

As infecções relacionadas à assistência em saúde representam um grave problema de saúde no país, aumentando a morbimortalidade entre os pacientes, e elevando os custos hospitalares (BRASIL, 2008). Segundo Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998, do Ministério da Saúde (MS), Infecção Hospitalar (IH) é aquela adquirida após a admissão do paciente e que se manifeste durante a internação ou após a alta, quando puder ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.

Quanto a isto, salienta-se que cerca de 1/3 ou 1/2 de todas as infecções hospitalares são preveníveis. Este dado serve de alerta para as equipes atuantes nas CCIHs e para toda a comunidade hospitalar. Se muito da ocorrência destas infecções está na dependência da organização do trabalho, na referência da assistência prestada pelas equipes aos pacientes/clientes e se, no mínimo um terço pode ser evitada, está posto na ação do trabalho desenvolvida pelo trabalhador que, por meio de sua mente e mãos, imprime movimento organizativo ao trabalho, a responsabilidade por esta redução.

Esta adesão dos trabalhadores às medidas de prevenção e controle das infecções hospitalares está na dependência de um processo de educação permanente, que seja considerado como um componente do processo de trabalho no qual o trabalhador está inserido, o que exige uma produção e reprodução constante de conhecimentos, quanto pela necessidade de que esta produção de conhecimentos tenha aplicabilidade na prática cotidiana dos trabalhadores da saúde (AZAMBUJA; PIRES; VAZ, 2004).

Segundo Brasil (2005), a educação permanente é compreendida como aprendizagem-trabalho; ou seja, que acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, construída a partir dos problemas enfrentados na realidade, levando em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Partindo do pressuposto da aprendizagem significativa de Paulo Freire, a educação permanente se configura uma possibilidade pedagógica no setor saúde (BRASIL *apud* MACHADO, FLÔR e GELBCKE, 2009), uma pedagogia em ato, que opera pelo desenvolvimento de si e dos entornos de trabalho e atuação, estabelecendo contato com as informações e com os movimentos de transformação da realidade. Permite colocar o trabalho, as práticas cotidianas e as articulações formação/atenção/gestão/participação em análise, constituindo-se, não em um processo didático pedagógico, mas em um processo político-pedagógico, haja vista mudar o cotidiano do trabalho na saúde e colocar o cotidiano profissional em invenção viva, afirmam Ceccim e Ferla (2007).

Brasil (2005) afirma que a proposta de educação permanente parte de um desafio central, onde “a formação e o desenvolvimento devem ocorrer de modo descentralizado, ascendente e transdisciplinar, ou seja, em todos os locais, envolvendo vários saberes”, apresentando, como resultado decorrente, a democratização dos espaços de trabalho, o desenvolvimento da capacidade de aprender e de ensinar de todos os sujeitos envolvidos, a busca de soluções criativas para os problemas encontrados, o desenvolvimento do trabalho em equipe, a melhoria permanente da qualidade do cuidado à saúde e a humanização do atendimento; significando, em suma, mudanças nas relações, nos processos, nos produtos e, principalmente, nas pessoas.

Desta forma, dentre os espaços onde o ensino, a gestão, a atenção e o controle social estão em encontros rizomáticos, tem-se os hospitais de ensino, os quais são unidades hospitalares que prestam assistência à saúde de alta complexidade, desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, e, de acordo com a Portaria Interministerial MEC/MS nº 2.400 de 2007, devem dispor de programa de capacitação profissional (BRASIL, 2007).

A partir do ano 2007, com a certificação da unidade em estudo como Hospital de Ensino, as ações de educação permanente voltadas para os profissionais foram fortalecidas e passaram a constar o Plano Operativo do Hospital. Portanto, pode-se afirmar que o estudo favorecerá a obtenção de conclusões relevantes para a prática profissional e para o desenvolvimento da aprendizagem-trabalho no que tange o controle de infecção hospitalar. O estudo objetivou caracterizar as ações de educação permanente em controle de infecção hospitalar desenvolvidas em um Hospital de Ensino.

Metodologia

Estudo retrospectivo, documental, exploratório-descritivo de abordagem quantitativa, uma vez que se utilizou de fontes documentais das atividades de educação permanente realizadas no ano de 2012, em um hospital de ensino, para responder a questão norteadora.

O estudo foi realizado no Departamento de Ensino e Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE (SCMS), o qual tem como

papel desempenhar as ações de formação profissional e desenvolvimento de recursos humanos, bem como acompanhar as ações de pesquisa no âmbito do hospital. Assim, desde o ano 2007, a SCMS é certificada como Hospital de Ensino.

Os dados foram coletados no mês de julho e agosto de dois mil e treze a partir da aplicação de um instrumento, que contemplou a caracterização das ações de educação permanente realizadas, tais como temática, período, modalidade da ação, categoria profissional dos participantes, serviços envolvidos e número de participantes, aos registros das ações de educação permanente dispostos no Departamento de Ensino, Pesquisa e Extensão do local de estudo.

Apresentaram-se as informações do estudo por meio de quadros para melhor apreensão das informações. Quanto à análise, esta ocorreu mediante as informações obtidas por meio do instrumento proposto, organizados em categorias de análise que emergiram a partir das temáticas dos momentos formativos e as discussões foram ancoradas na literatura pertinente.

Inicialmente o estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil, posteriormente encaminhado à subcomissão científica da SCMS e ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual Vale do Acaraú de Sobral/CE, localizada à Avenida Comandante Maurício Ponte, nº 150, Bairro Derby, CEP-62041-040, Sobral/CE, recebendo parecer consubstanciado com nº do CAAE 14941613.3.0000.5053.

No decorrer do estudo os princípios éticos de pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 – autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça – foram respeitados.

Resultados e Discussão

Com a coleta dos dados pode-se verificar que durante o ano de 2012 houve 81 ações de desenvolvimento dos profissionais voltadas para a melhoria da qualidade da assistência no hospital de ensino em estudo, das quais 11 foram voltadas para o controle de infecção hospitalar e contemplaram 327 profissionais da enfermagem e do serviço de limpeza e lavanderia como participantes. Essas ações abordaram a questão de higienização das mãos, prevenção de infecção em hemodiálise, processamento de roupas e artigos e limpeza de áreas e superfícies.

Ao abordar a questão da higienização das mãos, verifica-se o reconhecimento que a unidade em estudo tem sobre a temática e a necessidade de discuti-la em seus espaços, já que esta prática de controle de infecção hospitalar, embora eficaz e de baixo custo, ainda é negligenciada pelos profissionais da saúde.

Neste aspecto, estudo realizado em um hospital de ensino de Goiânia (BARRETO *et al*, 2009) corrobora a relevância desta prática para prevenir as infecções associadas aos cuidados em saúde, ressaltando o comportamento passivo dos profissionais frente a ela e a necessidade de estratégias para estimular a realização desta técnica.

Quando discute o processamento de roupas e artigos e limpeza de superfícies, demonstra o compromisso em romper com a cadeia de transmissão de microorganismos, uma vez que esta medida é considerada uma forma de minimizar a infecção hospitalar previsível (PEREIRA *et al*, 2005).

Vale destacar que, dentre as modalidades de treinamento, verificou-se o uso de abordagens educativas tradicionais, tais como palestras, cursos, oficinas e eventos científicos, que conforme Santos (2005), se caracterizam pela transmissão de conhecimentos, na qual os alunos são apenas depositários e os professores detentores do conhecimento.

Percebeu-se que a prevenção e o controle das infecções hospitalares não acontece em um contexto dissociado da formação/educação do trabalhador em seu espaço/ambiente de trabalho. Isto posto, depreende-se a necessidade de que o processo de trabalho na área da saúde contemple, em sua organização, o processo educativo, que é capaz de desacomodar para transformar. Transformação esta no sentido de disseminar, entre os trabalhadores da saúde, as ações de prevenção e controle das infecções hospitalares, para que se possa melhorar a qualidade da assistência em qualquer nível de atenção.

Conclusão

A produção e reprodução de conhecimentos sobre esta temática, faz com que o trabalho seja organizado no sentido da prevenção, de forma a reduzir a ocorrência de casos de infecção hospitalar e de melhorar a qualidade da assistência e a qualidade de vida dos pacientes/clientes e seus familiares e dos próprios trabalhadores.

Havendo participação coletiva, produção de conhecimentos com sua aplicação nas ações das práticas cotidianas, políticas elaboradas e supervisionadas quanto ao seu cumprimento, fortalecimento das ações de prevenção, certamente resultados expressivos no tocante às infecções hospitalares serão alcançados. O estudo permitiu compreender a importância do uso da educação permanente como uma ferramenta para a melhoria das práticas em saúde, no âmbito da atenção à saúde terciária e nos demais níveis de atenção, não trabalhados neste estudo, e reconhecer a necessidade do empoderamento dos gestores sobre a questão e de outros estudos sobre a temática a fim de que se conheça o impacto desta ferramenta na assistência à saúde e se proponha maior utilização desta prática político-pedagógica nos diversos cenários de saúde, com maior aplicação de recursos financeiros e investimento em horas de treinamento.

Referências

AZAMBUJA, E.P.; PIRES, D.P.; VAZ, M.R.C. Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar: As interfaces com o processo de formação do trabalhador. Texto Contexto Enferm. Rio Grande (RS), 2004.

BARRETO, R.A.S.S.; ROCHA, L.O.; SOUZA, A.C.S.; TIPPLE, A.F.V.; SUZUKI, K.; BISINOTO, A.S. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. Rev. Eletr. Enf., v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm>. Acesso em: 20 set. 2013.

BELLO, J.L.P. Paulo Freire e uma nova filosofia para a educação. Disponível em: <http://www.pedagogiaemfoco.pro.br/per01.htm>. Acesso em: 23 mar. 2013.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.616, de 12 de maio de 1998. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 13 de maio de 1998. Seção I, p.133-35.

BRASIL, Ministério da Saúde. A educação permanente entra na roda: pólos de Educação Permanente em saúde Disponível em: <<http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/textos%20eps/educacaoopermanente.pdf>>. Acesso em: 09 set.2013.

BRASIL, Organização Mundial de Saúde. Guia Para Implementação: Um Guia para a implantação da estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos a observadores: estratégia multimodal da OMS para a melhoria da higienização das mãos. Tradução de Sátia Marine – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2008.

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Educação Permanente em Saúde. 200?. Disponível em: <<http://www.rafaelveloso.com/estagio>>. Acesso em: 02 abr. de 2010.

MACHADO, Rosani Ramos; FLÔR, Rita de Cássia; GELBCKE, Francine Lima. Educação permanente: uma estratégia para dar visibilidade aos riscos físicos e biológicos. Rev. Saúde Pública, v. 2, n. 1, Florianópolis (SC), jan./jul. 2009.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. Ciência e Saúde Coletiva. v. 12, n. 4, p. 871-877. 2007.

PEREIRA, M.S.; SOUZA, A.C.S.; TIPPLe, A.F.V.; PRADO, M.A. A infecção hospitalar e suas implicações para o cuidar da enfermagem. Texto Contexto Enferm, v. 14, n.2, abr-jun. 2005.

SANTOS, Roberto Vatan. Abordagens do processo ensino-aprendizagem. Integração, a. 11, n. 40, jan/fev/mai, 2005.

Agradecimentos

Agradecemos aos colaboradores da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, que direta ou indiretamente, contribuíram no desenvolvimento desse estudo.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ENFRENTAMENTO DE EPIDEMIA DE DENGUE NO MUNICÍPIO DE JAGUARIBARA/CE, EM 2014.

Vanuza Cosme Rodrigues- Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE vanusacosme@gmail.com

Mariana de Moraes Fortunato - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Raimundo Pascoal Queiroz Chaves - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Lídia Maria Negreiros - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Maria da Conceição Cavalcante Peixoto - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Francimones Rolim de Albuquerque - Prefeitura Municipal de Jaguaribara – CE

Palavras-chaves: Dengue. Epidemia. Educação em Saúde. Promoção à saúde.

Resumo

O estudo informa a importância das ações educativas para prevenção e controle da dengue, as estratégias utilizadas nas ações educativas e aponta os limites/dificuldades. Com a configuração de epidemia de dengue nesse município, dos meses de janeiro a agosto de 2014, foram notificados 345 e confirmados de 193 casos de dengue. Começou-se a perceber que a prevenção e o controle da dengue necessitam de ações intersetoriais, onde a educação em saúde deve ser a principal ferramenta para contornar toda a situação instalada. Diante disso, várias reuniões foram realizadas com o objetivo de direcionar um plano de ação estratégico que pudesse viabilizar ações de educação em saúde em todo o município. Participaram das reuniões representantes das seguintes secretarias: saúde, educação, obras, infraestrutura, planejamento, administração, agricultura, cultura e turismo, ação social e finanças. Ações como mutirões, rodas de conversas, spots sobre dengue em rádios e nas ruas da cidade, peças de teatro, caminhadas da dengue, feira de ciências, reuniões em grupos estratégicos, ação com professores, limpeza de terrenos baldios, entre outros, fizeram parte do plano de enfrentamento da dengue em Jaguaribara/CE. Várias dificuldades surgiram para que todas as ações pudessem acontecer, desde a não participação dos atores envolvidos nas reuniões convocadas até mesmo a fragilidade na avaliação e monitoramento das ações implantadas. Foi notória que a educação em saúde foi ferramenta basilar para que o agravo reduzisse significativamente no decorrer dos meses, e assim as pessoas evitassem se expor a fatores condicionantes e determinantes de doenças e promovessem saúde.

Introdução

Jaguaribara encontra-se situado no nordeste do Ceará, na microrregião do Médio Jaguaribe. Possui uma área territorial de 668,29 km², e limita-se com os municípios de Morada Nova, Jaguaribe, Pereiro, Alto Santo, Iracema e Jaguaretama. Nosso clima é tropical quente semi-árido, com uma temperatura média anual de 28°.

O município conta com organização dos serviços de saúde voltada para a assistência em redes, onde tenta articular e atuar intersetorialmente em todas as instâncias do município.

O município de Jaguaribara adotou um modelo de saúde priorizando a prevenção e voltado para a Vigilância a Saúde. Atualmente, na organização da Atenção Primária, o município conta com quatro equipes de Saúde da Família, três Equipes de Saúde Bucal e 26 agentes comunitários de saúde, com uma cobertura de 100% de Saúde da família.

Nos últimos anos, o município vem notificando e investigando casos de dengue, porém não se configurava enquanto epidemia. O ano de 2014 foi um ano de enfrentamento de uma epidemia em Jaguaribara, onde toda essa organização dos serviços tiveram que se voltar para o controle e a prevenção da dengue.

Durante os 04 meses desse ano, as notificações e confirmação dos casos de dengue eram importados do município fronteira, o que silenciou um pouco das ações de prevenção e controle, pois o vetor ainda não estava presente em Jaguaribara. No entanto, já no mês de maio do corrente ano, o agravo começou a ser confirmado como autóctone de Jaguaribara, onde foram notificados 328, confirmados 174 e descartados 64 casos, de maio a agosto de 2014. Dos casos confirmados 171 foram classificados como dengue e 03 como dengue com sinais de alarme. “O objetivo principal nesse cenário é evitar óbitos. Dessa forma, recomenda-se que o foco das ações de comunicação e mobilização.” (BRASIL, 2009)

Desde o aumento do número de casos autóctones que foi desencadeado um processo de discussão e reuniões para elaboração de um plano de ação que tivesse como estratégia principal a educação em saúde, pois a dengue é uma problemática de toda a população.

Durante esses meses, as ações de educação em saúde foram desenvolvidas, no entanto outras tantas ações foram necessárias, como capacitação dos profissionais de saúde, garantia de insumos para tratamento e acompanhamento dos casos, realização de bloqueio focal, uso de inseticida em carros fumacês, etc.

Pelo fato de grande parte dos criadouros infestados ou potenciais se encontrarem no interior dos domicílios, as atividades educativas têm cada vez mais responsabilidades, tanto no engajamento da população na eliminação dos criadouros, como no esclarecimento sobre a dengue e sua etiologia.

Em face de todo empenho, não tinha sido possível reduzir o número de casos, se as ações de educação em saúde não tivessem sido colocadas como essenciais na promoção da saúde de todos os que residem nessa cidade.

Metodologia

Diante da epidemia de dengue que estava presente na cidade em tela, o prefeito municipal fez convocação de secretários municipais e representantes para que todos se envolvessem na problemática e contribuíssem para as ações necessárias. Participaram das reuniões representantes das seguintes secretarias: saúde, educação, obras, infraestrutura, planejamento, administração, agricultura, cultura e turismo, ação social e finanças. Foram necessários vários encontros para que um plano de ação pudesse ser definido e finalmente as atividades fossem desenvolvidas, pensando sempre na educação em saúde como elemento norteador do plano.

Os atores envolvidos nas estratégias entendem que “o fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico”. (BRASIL, 1981).

O plano de ação foi elaborado e dentre de tantas ações programadas, foram realizadas: mutirões, rodas de conversas, oficinas, orientações coletivas e individuais, utilização de panfletos educativos, faixas em locais estratégicos, spots sobre dengue em rádios e nas ruas da cidade, peças de teatro, caminhadas da dengue, feira de ciências, reuniões em grupos estratégicos, ação com professores, limpeza de terrenos baldios, entre outros fizeram parte do plano de enfrentamento da dengue em Jaguaribara/CE.

Vale salientar que educação em saúde foi realizada na perspectiva de co-responsabilizar a população para a prevenção e controle da

dengue. Portanto, as ações buscaram despertar nos indivíduos, a problemática que assola o município, fazendo com que construíssem um censo crítico de prevenção, de mobilização, de enfrentamento de uma epidemia que deve ser controlada por todos.

Resultados e Discussão

Com a realização das ações propostas no plano de ação foi possível diminuir os casos de dengue em Jaguaribara, pois no mês de agosto somente foram confirmados 11 casos, diferentemente do mês de julho que foram confirmados 117 casos.

Ressalta-se que houve dificuldades para que as ações se realizassem, pois as estratégias tiveram que acontecer concomitantemente, ou seja, tratamento, prevenção e controle da dengue. Tudo isso requer profissionais capacitados e em quantidade suficiente, recursos financeiros e uma população que seja capaz de atuar enquanto agente de transformação dentro da sua realidade.

É importante acrescentar que a educação em saúde foi uma importante ferramenta para reduzir os casos de dengue em Jaguaribara, porém é uma estratégia que requer um processo de conquista dos profissionais e da população, uma vez que perpassa por quebra de paradigmas, mudança de hábitos e paciência para visualizar os resultados.

Na interface da educação e da saúde, constituída com base no pensamento crítico sobre a realidade, torna-se possível pensar [educação em saúde](#) como formas do homem reunir e dispor recursos para intervir e transformar as condições objetivas, visando a alcançar a saúde como um direito socialmente conquistado, a partir da atuação individual e coletiva de sujeitos político-sociais. (Morosini et al, 2009)

Ainda é salutar informar que não se consegue realizar as ações de promoção e educação em saúde se não procurarmos a intersetorialidade, as parcerias, interagindo com os grupos, pois a partir disso lutamos, construímos e conseguimos resultados satisfatórios.

Diante de tantos casos confirmados de dengue, teve-se uma grande preocupação em evitar casos de óbitos e com a participação de todos, não houve nenhum caso de óbito por dengue em Jaguaribara, no ano de 2014.

Entende-se que as atividades desenvolvidas puderam impactar significativamente nos casos de dengue, porém devem ser permanente no município.

Conclusão

Durante essa caminhada, foram muitas idas e vindas, construções e reconstruções, ânimo e desânimo, os quais foram importantes para a maturidade e empoderamento de todos. Acrescenta-se que esses momentos vão permanecer, pois epidemiologicamente falando, o município de Jaguaribara não está imune de desencadear uma nova epidemia de dengue.

Com a compreensão de todas, as ações vão permanecer e a prevenção e o controle da dengue vão ser prioridade no município, pois com o empenho e a responsabilidade de todos, como foi visto, é possível promover saúde mesmo diante de tantos os riscos que existem.

Essa foi uma experiência muito enriquecedora para todos os envolvidos, pois a realização das ações foi um processo de muita conquista, onde foi criado um vínculo maior entre população/gestão/profissionais que pode desencadear muitas estratégias de promoção à saúde.

Com tudo que foi realizado, fica a tranquilidade de que foram desenvolvidas todas as estratégias possíveis. Fica ainda a certeza de que a luta deve permanecer em prol da promoção da saúde da população Jaguaribarense.

Referências

Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará, disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232008000100022&script=sci_arttext, acesso em 08/08/2014.

BRASIL.Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Educação em Saúde. “Ação educativa: diretrizes” . In: Encontro de Experiências de Educação e Saúde 1, Brasília, 1981. Anais ... Brasília, Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981. p. 16 - 33. [Educação e Saúde, 1].

BRASIL, Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue. 2009.

Educação em Saúde, 2009. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edusau.html>. Acesso em 01/09/2014.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus pela oportunidade estamos divulgando nossas ações.

A toda a população que se engajou nessa luta.

Aos gestores do município que confiaram e apoiaram o nosso trabalho.

A todos os que fazem a Saúde de Jaguaribara.

Agradecimento especial para Pascoal, Supervisor de Endemias do município de Jaguaribara, o qual foi o grande incentivador/articulador de todas as ações com o objetivo de controlar a epidemia de dengue.

AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE: UM ESTUDO ENTRE ADOLESCENTES

Jocielma dos Santos de Mesquita (apresentadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – jocielmam@hotmail.com

Ana Caroline Lira Bezerra - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Davi Rodrigues de Souza - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Rayann Branco dos Santos - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Antonia Siomara Rodrigues Silva - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Roberlandia Evangelista Lopes (Orientadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Adolescência. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Educação em Saúde.

Resumo

O objetivo deste estudo foi relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem promovendo ações de educação em saúde sobre DSTs e gravidez não planejada na adolescência com um grupo de adolescentes da Escola de Ensino Fundamental e Médio no Município de Varjota, Ceará. Para isso foi desenvolvido um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, utilizando-se rodas de conversa, observação participante, dinâmicas explanando as principais doenças sexualmente transmissíveis. Evidenciou-se um desconhecimento sobre os sinais e sintomas das distintas DSTs, alguns alunos tinham a informação solidificada da necessidade do preservativo nas relações sexuais, outros sabiam da importância, porém não gostavam de usar pois interferia no prazer, relataram ainda não sentir-se preparados para iniciar uma vida sexual, os pais não conversavam com os filhos devido considerarem que esta não é a idade e o momento certo para conversarem sobre esses temas. Por fim conclui-se que há pouca atuação dos pais no apoio aos filhos sobre as dúvidas relativas a sua sexualidade e/ou DSTs, bem como sobre a importância de desenvolver ações de educação em saúde com adolescentes, uma vez que, este público não costuma ser assíduo nas instituições de saúde.

Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), tem se tornado um problema de saúde pública não apenas por sua alta incidência e prevalência, mas por suas consequências, como as complicações psicossociais e econômicas que acometem a grande parcela da sociedade em idade produtiva e reprodutiva (FERNANDES *et al.*; 2010).

Para as mulheres jovens as DSTs representam um sério impacto na sua saúde reprodutiva, podendo causar esterilidade, doença inflamatória pélvica, câncer de colo de útero entre outras, além de interferir negativamente sobre a autoestima (DOLLABETTA apud BRÊTAS *et al.*; 2009).

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a grande maioria dos adolescentes inicia a vida sexual cada vez mais cedo, a maioria entre 12 e 17 anos (BRASIL, 2004). Os jovens que estão vivenciando esta fase ficam mais vulneráveis às DSTs, pois nesta fase, a atividade sexual normalmente é mais intensa e nem sempre acompanhada de práticas preventivas, podendo também acontecer uma gravidez indesejada (BRÊTAS *et al.*; 2009). A gravidez não planejada na adolescência se torna um problema para os jovens que iniciam uma família não intencionada, afetando sua juventude e a possibilidade de elaborar um projeto de vida estável, além de trazer riscos a saúde da mulher, como complicações no percurso da gravidez e aborto espontâneo (GURGEL *et al.*; 2008). Assim é importante que os jovens façam o uso dos métodos contraceptivos, inclusive o preservativo masculino, pois, além de evitar uma gravidez indesejada, evitará as possíveis DSTs.

Muitos pais, principalmente no período em que seus filhos são adolescentes, sentem-se despreparados para atender as exigências dos filhos, pois, se acham incapazes emocionalmente, para orientar e direcioná-los sobre a sexualidade. Nesse caso, é necessário que pais e filhos compreendam e vivenciem esta etapa da vida, valorizando seus conhecimentos, sua história, para que tomem consciência de que a família é um espaço essencial na formação dos indivíduos, garantindo a sobrevivência, a proteção integral de seus membros, independente da forma como ela está estruturada (ALMEIDA; CENTA, 2009).

Nesse ínterim torna-se necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde para este grupo, com enfoque na orientação sexual que promova saúde e propicie condições para o adolescente gerir sua sexualidade. A Organização Mundial da Saúde afirma que promoção da saúde é um processo que objetiva ampliar as possibilidades dos cidadãos de controlar, de forma crescente, os determinantes sociais da saúde, melhorando sua qualidade de vida e tornando-o protagonista do processo de produção da própria saúde. Nesse sentido, a escola, um espaço que contribui para a construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo, torna-se um lugar privilegiado para promoção da saúde, visto que tem potencial singular para formar sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam (BRASIL, 2011).

Considerando a magnitude do problema e buscando contribuir para o conhecimento da saúde sexual dos adolescentes, o estudo teve como objetivo relatar a experiência de acadêmicos de enfermagem promovendo ações de educação em saúde sobre DSTs e gravidez não planejada na adolescência com adolescentes da Escola de Ensino Fundamental e Médio no Município de Varjota, Ceará.

Metodologia

Estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência, realizado numa Escola de Ensino Fundamental e Médio no Município de Varjota, Ceará, Brasil, no mês de Julho de 2014. Participaram 15 adolescentes com idade entre 15 e 17 anos. Para a coleta dos dados o estudo fez uso da técnica observação participante e diário de campo da ação realizada. A interação com o público-alvo se deu através de dinâmicas, com a utilização de papel caneta, e também de recursos audiovisuais. No primeiro momento fizemos uma dinâmica conhecida como teia do conhecimento para averiguar o entendimento prévio dos adolescentes sobre a temática. Após isso, desenvolvemos palestras que abordaram gravidez não planejada na adolescência e os principais tipos de doenças sexualmente transmissíveis, dentre elas: Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Sífilis, Gonorréia, Tricomoníase, Papiloma Vírus humano (HPV) e Clamídia, além de sistematizar de forma dialógica os danos que estas trazem a saúde; dando sequência as atividades educativas através da estratégia roda de conversa, iniciamos as discussões dialógicas com os adolescentes.

Para incitar o diálogo, fizemos uso de algumas perguntas como: O que vocês já sabem sobre DSTs e gravidez? Acham que estão preparados para uma vida sexualmente ativa? Como se dá o diálogo com os pais sobre sexualidade? Para encerrar esse momento, optamos pelo uso da dinâmica do repolho, onde, cada um pôde responder as perguntas que continha nas “folhas” do repolho. Tal atividade nos deu subsídio para averiguar o conhecimento dos alunos sobre as discussões debatidas sobre as DSTs.

A análise dos dados se deu através da leitura dos diários de campo, bem como dos depoimentos realizados pelos sujeitos da ação e posterior organização do material coletado. É importante ressaltar que o presente estudo observou a preservação da privacidade e individualidade do sujeito investigado na pesquisa, requisito esse preconizado pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de

Saúde do qual regula as pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

As ações foram realizadas tendo como base a gestão do cuidado e apropriação do conhecimento com e para os estudantes. Durante a dinâmica inicial, a teia do conhecimento, destinada à sondagem dos conhecimentos prévios, notou-se que havia um desconhecimento sobre os sinais e sintomas das distintas DSTs; alguns alunos tinham a informação solidificada da necessidade do preservativo nas relações sexuais evitando assim uma infecção por DST; outros relataram conhecer o preservativo e sua importância, e apesar de ter uma camisinha sempre consigo, na maioria das vezes não utiliza-o, expondo-se aos riscos do sexo desprotegido, pelo fato de não gostar de usar porque interfere no prazer, e também por conhecer a parceira e confiar nela.

Nesse sentido, ressalta-se a necessidade da construção de espaços de diálogo entre adolescentes, professores e profissionais da saúde como um importante dispositivo para construir uma resposta social com vistas à superação das relações de vulnerabilidade entre os adolescentes, conscientizando-os da importância do uso do preservativo na proteção contra uma gravidez indesejada e DSTs simultaneamente(FONSECA *et al*,; 2010)

Na roda de conversa houve os mais variados discursos, em destaque obtivemos o desvelo das falas em que os adolescentes ainda não se sentiam preparados para iniciar a vida sexual, sinalização de que os pais não conversavam com os mesmos e que os jovens se sentiam constrangidos de perguntar aos pais sobre as questões envolvendo a sexualidade, pois se falassem no assunto os pais iniciavam uma discussão, devido considerarem que esta não é a idade e o momento certo para conversarem sobre esses temas com eles, sendo que os conhecimentos adquiridos sobre a temática, os jovens apreendem na escola com os colegas mais próximos, muitas vezes de forma equivocada o que pode gerar consequências diversas como gravidez indesejada ou infecções por DSTs.

Entretanto, houve falas em que os jovens revelaram ter um bom relacionamento com os pais, onde evidencia-se isso pelo discurso de alguns dos adolescentes, que afirmaram ter relações sexuais com seus parceiros, porém tomavam as devidas precauções necessárias para evitar DSTs e uma possível gravidez devido muitas vezes seguirem as orientações dos pais.

É importante que os pais ao perceberem a entrada dos filhos na adolescência, procurem entendê-los de forma a facilitar um vínculo afetivo entre ambos, criar um ambiente de confiança, conversar, assim o adolescente não se sentirá sozinho e desorientado. É fundamental que a sexualidade na adolescência, seja discutida o mais precoce possível, pois é um assunto que gera muitas dúvidas, ideias contraditórias, e discuti-las permite que o adolescente esclareça suas dúvidas e fale sobre questões que se refira a sua saúde. (CRIVELARI *apud* ALMEIDA, CENTA,2009)

Em relação às meninas, as mesmas mostraram, preocupação diante da gravidez não desejada, por já observarem em seu contexto vivencial que muitas vezes a responsabilidade pela gestação e posterior cuidados com a criança recaem em grande parte sobre a mulher quando esta assume uma gravidez não planejada. Entre as perdas da origem da gravidez não planejada, as adolescentes alegaram: perda de liberdade, comprometimento dos estudos, limitação de ingresso no mercado de trabalho, aproveitamento das oportunidades para desenvolvimento pessoal.

. Para os pais, uma gravidez na adolescência é marcada por sentimentos variados, tais como surpresa, decepção, raiva, culpa ou alegria, e também por questionamentos do tipo “por que isto aconteceu?”, “onde foi que eu errei?”, “será que dei liberdade demais à minha filha?” (DIAS *et al*,; 2011). Na verdade, muitos pais desconhecem a importância de um diálogo aberto com os filhos, que poderia prevenir a ocorrência de uma gravidez não planejada e uma infecção por DSTs.

Na sondagem final, para análise dos conhecimentos adquiridos pelos participantes, observou-se que as orientações repassadas foram apreendidas de forma satisfatória pelos jovens, pois estes responderam coletivamente as perguntas que lhes foram feitas, sempre interagindo conosco de forma a demonstrar o quanto estava sendo valioso aquele momento de discussões e orientações para sua vida, mostraram-se bastantes satisfeitos, nos agradecendo pela iniciativa de levar até eles essas informações que até o momento eram pouco conhecidas. Evidenciou-se pelas falas que os jovens estavam dispostos a cuidar-se mais, procurando um serviço de saúde para orientações e consultas quando acharem necessário. Foi um momento muito proveitoso, pois além de contribuímos para o aprendizado dos jovens, foi pra nós uma grande experiência. Deste modo, ressalta-se que os objetivos foram alcançados, pois intervimos de alguma forma na vida de cada um dos participantes, por meio da orientação prestada.

Conclusão

A ação realizada foi bastante eficaz, pelo fato de ter atendido aos objetivos da equipe organizadora e por ter sido recebida de maneira tão positiva por parte do público-participante, dos coordenadores e diretores da escola, que foi cenário da ação.

Permitiu concluir a pouca atuação dos pais no apoio aos filhos sobre as dúvidas oriundas das atividades sexuais e/ou DSTs; possibilitou que os adolescentes explorassem e discutissem sobre diversos temas que englobavam sua sexualidade, como: Doenças sexualmente transmissíveis, gravidez na adolescência e como se prevenir.

Dito isto, reforçamos a importância de desenvolver ações de educação em saúde com adolescentes, uma vez que, este público não costuma ser assíduo nas nossas instituições de saúde e para ir até ao seu alcance, necessitamos dispor de ações multidisciplinares e integradas como forma de contribuir para os ajustes necessários à implementação da Educação em Saúde efetiva, integral e humanizada deste grupo. Ainda Sinalizamos a importância desta ação para os autores desta produção textual, uma vez que, o seu desenvolver aprimorou o nosso conhecimento e permitiu vivenciar na prática a função social da Universidade.

Referências

ALMEIDA,A.C.C.H;CENTA,M.L. A família e a educação sexual dos filhos: implicações para enfermagem. Revista Acta Paul Enfermagem 2009;22(1);71-6

BRASIL. Ministério da Saúde, 2011. Programa Saúde na Escola.

BRÊTAS, J.R.S;OHARA,C.V.S;JARDIM,D.P;MUROYA,R.L.Conhecimentos de adolescentes sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis: subsídios para prevenção. Revista Acta Paul Enferm 2009;22(6):786-92. .

CASTRO, M.G; Abramovay M, Silva LB. Juventudes e sexualidade. Brasília: UNESCO; 2004.

DIAS,A.C.G;GOMES,W.B .Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência:a percepção dos pais.Revista Estudos de Psicologia 2011, 4(1), 79-71096.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

FERNANDES, A.M.F;ANTONIO,D.G;BAHAMONDES,L.G;CUPERTINO,C.V. Conhecimento, atitudes e práticas de mulheres brasileiras atendidas pela rede básica de saúde com relação às doenças de transmissão sexual. Revista Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16(Sup. 1):103-112, 2010.

FONSECA,A.D;GOMES,V.C.O;TEIXEIRA,K,C. Percepção de adolescentes sobre uma ação educativa em orientação sexual realizada por acadêmicos(as) de Enfermagem. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem 2010 abr-jun; 14 (2): 330-337

GURGEL,M.G.I;PINHEIRO,P.N.C;ALVES,M.D.S;BARROSO,G.T;VIEIRA,N.F.C. Gravidez na adolescência: tendência na produção Científica de enfermagem. Esc Anna Nery Revista de Enfermagem 2008 dez; 12 (4): 799-05

Agradecimentos

Agradeço a Deus pela força e coragem que me deu para que pudesse desenvolver este trabalho e por me proporcionar esse momento que será de grande aprendizado, ao diretor e professores da escola na qual foi cenário da ação, a orientadora professora Roberlandia Evangelista Lopes, pelo apoio e a Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).

AÇÕES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (AB)

Francisco de Sales Clementino. (Apresentador e Orientador) Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Email: fclementino67@yahoo.com.br

João Paulo Lopes da Silva. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Emanuella de Castro Marcolino. Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Thainá Vieira Chaves. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA

Luciano Bezerra Gomes. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Rodrigo Pinheiro de Toledo Viana. Universidade Federal da Paraíba – UFPB.

Palavras-chave: Atenção Básica. Promoção da Saúde Educação em saúde.

Resumo

Objetivo: Avaliar as ações educativas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Método:** Estudo transversal de caráter quantitativo baseado em dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) desenvolvido em todo território brasileiro. A avaliação externa do PMAQ-AB percorreu 5.565 municípios e abordou 17.482 equipes de Saúde da Família. Em cada equipe de ESF que aderiu ao PMAQ-AB um profissional de saúde de nível superior respondeu ao instrumento denominado “módulo II”, composto por 39 blocos temáticos de perguntas acerca das ações de saúde desenvolvidas na Atenção Básica. O trabalho de campo se estendeu entre maio a outubro de 2012 em todo o Brasil. **Resultados:** A Região Centro-Oeste, se destacou com ações de “Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica” com envolvimento de 92,4% das equipes de AB. Enquanto as regiões Nordeste com 91,9%, e Norte com 92,2% apresentaram destaque nas ações educativas e de promoção da saúde para os “Homens”. A Região Sudeste com 88,2% e Sul com 89,6%, com atividades de apoio ao autocuidado para doenças crônicas”. Destaca-se como atividades de baixa produção nas regiões brasileiras, as ações de promoção de saúde voltadas para a “Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”. **Conclusão:** Estudo mostrou que as Regiões brasileiras apresentam dinâmicas de desenvolvimento de algumas ações de promoção de saúde, de modo comum, apesar das diferenças regionais.

Introdução

Com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, orientada pela Conferência de Alma-Ata, em 1978, ocorreu uma nova releitura na organização dos serviços públicos de saúde no país.

Neste processo, a atenção básica em saúde (ABS) vem ocupando lugar de destaque na discussão da reforma do SUS, particularmente no que se refere à equidade e ao acesso universal à atenção em saúde, concebida como porta de entrada dos usuários para o acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2004).

No Brasil, em março de 1994, a atenção básica se materializa através do Programa Saúde da Família (PSF), atualmente, denominado de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

A ESF propõe uma nova visão de saúde e dos processos de intervenção nas ações de promoção, prevenção de saúde. Tais proposições e atribuições destacam as ações de promoção da saúde como importante campo de atuação da ESF, a partir do enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença da população, abrangendo a concepção de saúde de forma ampla (SASAKI; RIBEIRO, 2013).

A discussão do conceito de promoção da saúde tem como ponto de partida o próprio conceito de saúde (CZERESNIA, 2003). Tal fato ocorreu mais intensamente nos últimos vinte anos, com três conferências internacionais que abordaram esse tema, em Ottawa, Adelaide e Sanderval, e que são responsáveis pelo seu conceito atual (BUSS, 2003).

Surge como reação às críticas da concepção biomédica hegemônica, pela sua insuficiência em enfrentar a complexidade dos problemas de saúde da população (FURTADO, 2010). Pressupõe o reconhecimento da saúde como direito de cidadania, podendo ser expresso em melhores condições de vida, serviços mais resolutivos e ações integrais, com foco na intersetorialidade e no efetivo exercício do controle social (BUSS, 2000).

Assumindo tais pressupostos como referência epistemológica, a Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006), propõe que as ações sejam voltadas às mudanças de hábitos e comportamentos, pautadas nos aspectos biológicos do processo saúde-doença.

Numa perspectiva crítica, estudos apontam que as formulações e práticas acerca da promoção da saúde desenvolvidas pela maioria dos profissionais das equipes da estratégia saúde da família parecem estar ligadas a uma organização de trabalho estruturada em torno de pacotes fechados, destinados a grupos de risco, objetivando principalmente a cura-prevenção. Além disso, somam-se a demanda excessiva, a burocratização do trabalho, e a cobrança por produtividade, apontadas como dificultadores para a realização de ações de promoção da saúde (SASAKI, RIBEIRO, 2013).

Dessa forma, o Ministério da Saúde, instituiu o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), em 19 de julho 2011, a partir da Portaria nº 1.654 GM/MS, com o objetivo de ajustar as estratégias previstas pela Política Nacional de Atenção Básica, na direção de reconhecer a qualidade dos serviços ofertados à sociedade brasileira e estimular a progressiva ampliação do acesso e da qualidade na AB (BRASIL, 2012).

Nesta perspectiva, o presente estudo justifica-se pela necessidade de conhecer e refletir sobre as práticas de promoção da saúde desenvolvidas pelas equipes da estratégia saúde da família, que aderiram ao PMAQ-AB, possibilitando a partir dos resultados obtidos um conhecimento mais sistematizado da realidade que circunscreve questões relativas à organização das atividades de educação e promoção e saúde.

Esta investigação busca responder as seguintes questões norteadoras: Quais as ações educativas de promoção de saúde são oferecidas pela Unidade Básica de Saúde da Família? Quanto ao desenvolvimento de práticas corporais, atividades físicas, a equipe incentiva e desenvolve na unidade básica de saúde ou no território? Diante do exposto, o objetivo que emerge neste estudo é avaliar as ações educativas de promoção da saúde desenvolvidas pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família.

Metodologia

Estudo transversal de caráter quantitativo baseado em dados da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) desenvolvido em todo território brasileiro.

A avaliação externa do PMAQ-AB percorreu 5.565 municípios e abordou 17.482 equipes de Saúde da Família. Em cada equipe de ESF que aderiu ao PMAQ-AB um profissional de saúde de nível superior respondeu ao instrumento denominado “módulo II”, composto por 39 blocos temáticos de perguntas acerca das ações de saúde desenvolvidas na Atenção Básica. O trabalho de campo se estendeu entre maio a outubro de 2012 em todo o Brasil.

Para este estudo, focou-se no bloco II.31 do “módulo II”, este se refere às ações de promoção da saúde praticadas pelas equipes de AB, sobretudo, os subitens II.31.1 e II. 31.2 relativo às ações educativas e de promoção da saúde ofertadas pela eSF e as ações de práticas corporais e atividade física direcionadas aos grupos específicos de cuidado.

Em cada entrevista era assegurada a participação voluntária com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de cada respondente (profissional de saúde e usuário). Realizou-se análise descritiva dos dados, através da distribuição de proporções absolutas e relativas das variáveis elencadas. Durante o processamento dos dados utilizou-se o programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 21.

Resultados e Discussão

A partir dos dados analisados observa-se que, quanto às ações educativas e de promoção de saúde, a Região Centro-Oeste, se destacou em realizá-las, especialmente, direcionadas a “Prevenção e tratamento da hipertensão arterial sistêmica” com envolvimento de 92,4% das equipes de AB, enquanto as ações voltadas para “Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, foram às menos produzidas, apenas, 3,4% das equipes de AB mencionaram essa ação.

As regiões Nordeste e Norte apresentaram destaque no desenvolvimento de ações educativas e de promoção da saúde para os “Homens”, sendo o Nordeste com 91,9%, e a Região Norte com 92,2%. Em relação ao menor envolvimento das equipes da ESF dessas duas regiões, as mesmas novamente apresentaram resultados semelhantes; as ações voltadas para “Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, no Nordeste apresentou um percentual de apenas 2,6% e a Norte de 3,0%.

Na Região Sudeste e Sul, as atividades educativas e de promoção da saúde para “os grupos com objetivo de apoio ao autocuidado para doenças crônicas” predominaram, a região Sudeste apresentou participação de 88,2% das equipes nessas ações, e a região Sul 89,6%. As ações voltadas para “Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, obtiveram, novamente, menor destaque, sendo o Sudeste com 4,7% de realização, e o Sul, com 3,6%.

Observa-se que as diferentes regiões do país, realizam diversas formas de ações educativas e de promoção da saúde, o que tende a demonstrar o desenvolvimento dessas práticas conforme a especificidade de cada território. Desse modo, a educação em saúde mostra-se como dispositivo do processo de promoção da saúde principalmente, na Atenção Básica, a qual tem como premissa o fortalecimento de ações em saúde para melhoria da qualidade de vida da população (OLIVEIRA, SANTOS, 2011).

Portanto, promover saúde significa fornecer a oportunidade ao indivíduo de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde, incluindo a possibilidade de fazer escolhas saudáveis (BUSS, 2000).

Nos dados apresentados, apesar das diferenças regionais percebe-se que as Regiões apresentam dinâmica de desenvolvimento de algumas ações de promoção de saúde, de modo comum. Em todo o Brasil, as ações de promoção de saúde voltadas para a “Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, mostra-se como as ações menos produzidas, o que revela déficit na à área de saúde mental quanto a ações de promoção da saúde.

A fragilidade de ações de promoção de saúde na Atenção Básica, relacionado ao uso racionalizado e as condutas de uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos decorre do despreparo da equipe para atuar na área da Saúde Mental (ROCHA; WERLANG, 2013). Além disso, a atual prática ainda segue uma lógica de exclusão com base em conceitos reducionistas e mecanicistas, cujo tratamento principal resume-se, essencialmente, a prescrição de psicofármacos.

No que se refere ao desenvolvimento no território de ações de práticas corporais e atividades físicas percebeu-se que a Região Sudeste representou a região com maior percentual de equipes de AB que desenvolvem essas atividades, 53,4% das equipes incentivam a realização de praticas corporais, 72,6% atividade física e 3,2% incentivam outras práticas além destas. Atuar na atenção básica, na perspectiva da promoção da saúde configura-se como uma “possibilidade de responder a demandas sociais e exige reflexões que perpassam quatro eixos fundamentais: a concepção de saúde, a gestão do processo de trabalho e educação, a formação dos profissionais de saúde, a participação e o controle social” (SILVA; SENA; GRILLO; HORTA; PRADO, 2009, p.86).

Conclusão

Em síntese, este estudo mostrou que as Regiões brasileiras apresentam dinâmicas de desenvolvimento de algumas ações de promoção de saúde, de modo comum, apesar das diferenças regionais.

Interessante observar, que em todo o Brasil, as ações de promoção de saúde voltadas para a “Prevenção e tratamento ao uso, abuso e dependência de ansiolíticos e benzodiazepínicos”, mostra-se como atividades de baixa produção, o que revela déficit de ações de promoção da saúde na área de saúde mental.

Dado preocupante, tendo em vista a questão da medicalização que se destaca como principal recurso terapêutico, em detrimento das ações de educação e promoção da saúde no âmbito da saúde mental. Acredita-se que todo esse processo deve-se ainda a reprodução do modelo biomédico, que observa o processo saúde-doença do ponto de vista fisiopatológico.

Nesta perspectiva, sugerimos a seguir algumas medidas que acreditamos relevantes para o fortalecimento das ações de educação e promoção da saúde no âmbito da Atenção Básica, tais como: Incentivar a formação de rede de troca de experiências e saberes; desenvolver práticas de Educação Permanente em Saúde; aprofundar reflexão sobre as habilidades e competências desses profissionais frente às práticas de promoção; descentralizar a relação médico-paciente para uma abordagem que envolva usuário, equipe e familiar;

Pelo exposto, conclui-se que a promoção da saúde constitui-se como proposta inovadora que visa fomentar a produção de saúde de formas diferenciadas, fortalecendo os laços sociais e, conseqüentemente, melhorando a qualidade de vida da população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, 60p.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 15-37.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*. v.5, n.1, p.163-177, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): Documento síntese da Avaliação Externa do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica. Brasília: DF, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/sistemas/pmaq/Documento_Sintese_Avaliacao_Externa_2012_04_25.pdf>. Acesso em: 01 set. 2014.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 3 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-54.

FURTADO, M. A. *Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2010.

OLIVEIRA, R. L.; SANTOS, M. E. A. Educação em Saúde na Estratégia Saúde da Família: conhecimentos e práticas do enfermeiro. *Rev. Enfermagem Integrada*. v.4. n.2. Nov./Dez. 2011.

ROCHA, B. S.; WERLANG, M. C. Psicofármacos na Estratégia Saúde da Família: perfil de utilização, acesso e estratégias para a promoção do uso racional. *Ciênc. saúde coletiva*. v.18, n.11, 2013.

SILVA, K.L.; SENA, R.R.; GRILLO, M.J.C.; HORTA, N.C.; PRADO, P.M.C. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. *Rev. Brasil. de Enfermagem*. v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009.

SASAKI AK, RIBEIRO MPDS. Percepção e prática da promoção da saúde na estratégia saúde da família em um centro de saúde em São Paulo, Brasil. *Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade*. v. 8, n.28, p.155-163, 2013

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Unesco/Ministério da Saúde; 2004. 725 p.

AÇÕES EDUCATIVAS NO CUIDADO HOSPITALAR A CRIANÇAS COM DIABETES: DISCURSO DE ENFERMEIROS SOBRE A PRÁTICA

Déborah Danna da Silveira Mota (deborahdannasm@gmail.com) - Universidade Estadual do Ceará.

Amanda Newle Sousa Silva - Universidade Estadual do Ceará.

Viviane Peixoto dos Santos Pennafort - Universidade Estadual do Ceará.

Caroline Magalhães de Alcantara - Universidade Estadual do Ceará.

Maria Veraci Oliveira Queiroz (orientadora) - Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Diabetes Mellitus Tipo I; Educação em saúde; Enfermagem pediátrica.

Resumo

Objetivou-se descrever a prática educativa de enfermeiros junto a crianças com diabetes e suas mães/acompanhantes em unidade hospitalar. Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em unidade de internação de hospital público, em Fortaleza/CE, de janeiro a fevereiro de 2013 com seis enfermeiras. Na coleta das informações, utilizaram-se entrevistas semiestruturadas submetidas à análise de conteúdo, emergindo duas categorias: cuidado do enfermeiro e da equipe à criança diabética: a interseção necessária e educação em saúde voltada à criança com diabetes no contexto hospitalar. A educação em saúde foi destacada pelas enfermeiras como um processo de cuidado contínuo na vida da criança diabética e de seus familiares. Entretanto, ressaltaram dificuldades em sua efetivação relacionadas ao tempo e outras carências, além da ausência de trabalho interdisciplinar. O cuidado integral à criança diabética requer atividades socioeducativas com participação ativa dos sujeitos (criança e família), repercutindo no cotidiano, além da hospitalização.

Introdução

O *Diabetes mellitus* tipo 1(DM1) é uma doença crônica que consiste em um distúrbio metabólico, caracterizado por uma deficiência total ou parcial de insulina. O tratamento deve incluir a reposição da insulina por via parenteral⁽²⁾.

O diagnóstico para DM1 tem maior frequência para crianças, adolescentes e adultos jovens. Corresponde de 5% a 10% dos casos de diabetes. Pode ser classificado em autoimune e idiopático, cuja fisiopatologia ainda é pouco conhecida. As principais complicações do diabetes podem ser classificadas em microvasculares, macrovasculares e neuropáticas⁽³⁾.

Há aumento crescente do DM1 em todo o mundo. No Brasil, são poucos os estudos referentes a este tema, porém em concordância com os dados anteriores, há semelhança, pois os índices de crianças com DM1 são elevados⁽⁷⁾.

O sofrimento pode ser exacerbado com a internação da criança, gerando incertezas, desequilíbrio familiar e sobrecarga materna. Assim, destaca-se o papel essencial dos profissionais de saúde junto ao binômio mãe e filho como provedores de um cuidado integral, de qualidade e mais humano, acolhendo-os da melhor possível, por meio de uma relação ética, proporcionando a formação de vínculos terapêuticos⁽⁶⁾.

Ante essa realidade, as ações educativas representam estratégias de apoio, aprendizado, independência e motivação para autogerenciamento do cuidado, por meio de ações dialógicas e emancipatórias, distintas das metodologias tradicionais⁽⁷⁾.

Compreendendo que para alcançar uma comunicação mais efetiva, é indispensável que os educadores em saúde conheçam a realidade, a visão de mundo e as expectativas de cada sujeito, para que possam priorizar as necessidades de crianças e não apenas as exigências terapêuticas. Deve-se partir do conhecimento preexistente, pois desvalorizar experiências e expectativas desencadeia uma série de consequências, como a não adesão ao tratamento, descrédito em relação à terapêutica, deficiência no autocuidado, adoção de crenças e hábitos prejudiciais à saúde, distanciamento da equipe multiprofissional, cultivo da concepção de que somente os outros são responsáveis por seus cuidados, comportamento desagregador, entre outros⁽¹⁾.

As reflexões e os questionamentos sobre o enfoque educativo com a criança diabética emergiram ao reconhecer que, frequentemente na prática, o enfermeiro se afasta desta atividade, ou não a desenvolve com vistas a contemplar as necessidades e condições de aprendizagem da criança, de modo que ela e a família possam entender, decidir e agir em sua condição de saúde, aderindo ao projeto terapêutico compartilhado com a equipe. Logo, partiu-se, então, do seguinte questionamento: como o enfermeiro pode desenvolver atividades educativas junto às crianças diabéticas hospitalizadas e seu acompanhante?

Vislumbra-se a possibilidade de colaborar com reflexões que desperte o desenvolvimento de atividades educativas junto às crianças com diabetes em ambientes de cuidado, propiciando momentos de aprendizagem no qual ela seja partícipe, e junto à família, possa incorporar saberes práticos mediados por saberes científicos.

Assim, para responder ao questionamento delineou-se seguinte objetivo: descrever a prática educativa de enfermeiros junto a crianças com diabetes e suas mães/acompanhantes em unidade hospitalar.

Metodologia

Estudo descritivo, com abordagem qualitativa, a qual se afirma no campo da subjetividade, com o universo de significados, crenças, valores, entre outros. Realizado na Unidade de Internação Pediátrica de um hospital público, terciário do Sistema Único de Saúde, situado em Fortaleza – CE, de janeiro a fevereiro de 2013. Esta unidade possui 36 leitos e tinha como característica principal a internação de pacientes clínicos para investigação diagnóstica e tratamento; por ser um hospital de ensino com residência médica nesta especialidade, há interesses na investigação clínica. Essa Unidade é constituída por 10 enfermeiras assistenciais, destas, seis participaram do estudo, escolhidas intencionalmente. Considerou-se como critérios de inclusão: cuidar de crianças com diagnóstico de diabetes mellitus e ter experiência de no mínimo seis meses neste setor. Ressalta-se que entre as enfermeiras do serviço, a maior parte não tinha vínculo empregatício, o que favorecia os rodízios frequentes no setor e dificultava a apropriação do cuidado a estes usuários. Foram excluídas as enfermeiras que trabalhavam apenas no período noturno. As entrevistas foram suspensas quando as informações obtidas passaram a apresentar certa repetição ou redundância.

Para coleta de dados utilizou-se a entrevista semiestruturada, com as seguintes questões norteadoras: como você percebe a prática educativa com a criança diabética e sua família? Como você desenvolve esta prática no contexto da hospitalização? Estas foram gravadas com permissão das participantes da pesquisa e autorizadas conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pré-análise consistiu na organização do material e procedeu-se à preparação pela “edição” das entrevistas transcritas. Destacando-se as unidades de sentido na leitura horizontal e vertical, fazendo uso de lápis colorido, para sublinhar as unidades semelhantes com a mesma cor.

A etapa seguinte consistiu no agrupamento das unidades semelhantes, ou seja, na categorização: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem). Nesta etapa, emergiram duas categorias: cuidado do enfermeiro e da equipe com a criança diabética: a interseção necessária e educação em saúde voltada à criança diabética e sua família no contexto hospitalar. Por último, procedeu-se ao tratamento dos resultados obtidos, os quais foram interpretados e discutidos com base na literatura.

A pesquisa seguiu às exigências e orientações da Resolução 466/2012 que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos⁽⁴⁾. O estudo está vinculado ao Projeto “Diabetes infanto-juvenil e tecnologia educativo-terapêutica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem”, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE), conforme parecer nº 181.489 e com anuência formal da instituição lócus da coleta das informações. Ressalta-se que o projeto foi contemplado pelo edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

As enfermeiras participaram voluntariamente por meio da assinatura do TCLE, o qual explicava a forma de participação, riscos e benefícios da pesquisa e a garantia do anonimato. Para garantir o anonimato das participantes, estas foram identificadas pela letra “E”, seguida de numeral arábico, de acordo com a ordem em que foram entrevistadas.

Resultados e Discussão

Quanto à caracterização das participantes, todas são do sexo feminino, a maior parte é jovem com idade média de 25 anos, pouco tempo de formação e sem especialização na área de Pediatria, contratadas por cooperativa de enfermagem.

As enfermeiras destacaram em seus relatos que no momento da admissão há preocupação em investigar o conhecimento prévio da criança e da família acerca do adoecimento e terapêutica.

A criança chega à enfermaria e vamos procurar saber se ela já foi orientada, porque a maioria descobre que é diabético na internação. Orientar no início vai ajudar futuramente o paciente ter um controle, uma educação, uma disciplina. Procuramos saber se já teve uma orientação, pois existe uma enfermeira no ambulatório que só trabalha com educação em saúde da criança diabética. [E2]

As enfermeiras destacaram a importância das atividades educativas no controle da doença como um momento de troca de saberes entre profissional, criança e familiares. Ressaltaram que apesar de ter uma enfermeira responsável pela educação em saúde no ambulatório, as demais que trabalhavam nas enfermarias não perdiam a oportunidade de junto com a criança e seu acompanhante realizar ações educativas.

Acho que o papel da enfermagem, além do cuidado do setor da unidade, é fundamental a educação, não só com a criança, mas com os familiares, mostrando a total importância e para que aquela insulina e aquela alimentação traz no ciclo de vida da criança. É uma troca importante, acrescenta para a vida da gente como enfermeiro, cresce o profissional, mas também o lado pessoal, da valorização que o enfermeiro tem para a vida dele (criança), a enfermagem fala realmente da arte do cuidar. [E3]

Todas as enfermeiras aqui têm o conhecimento, mas nem todas têm disponibilidade de ir conversar e explicar, não só pela correria do plantão, mas também porque não é o perfil da enfermeira, a maioria aqui senta com as mães[...] conversa sobre o que é a doença, sobre os cuidados que ela tem que ter, estimula a mãe e a criança aprenderem a fazer o autoexame da glicemia, aplicar a insulina, mas como o plantão geralmente é apertado, é difícil, o tempo que temos com eles é pequeno e não podemos nos dedicar só a eles, pois também têm os outros. [E1]

A necessidade da equipe multiprofissional e interdisciplinar no cuidado à criança com diabetes tipo 1 foi ressaltada como estratégia de apoio e adesão à terapêutica.

É necessária uma equipe multiprofissional, não só com a enfermeira, pois o psicólogo e o nutricionista têm grandes papéis nessa adesão ao tratamento. [E4]

Falta muito um acompanhamento psicológico, tanto para criança como para família. [E1]

Há nestes discursos, um chamado para a integração do cuidado entre a equipe, sutilmente, a importância do cuidado interdisciplinar, para que o tratamento seja efetivo pela interseção de vários saberes, proporcionando uma melhor adesão ao tratamento.

Os profissionais da saúde não podem se restringir aos cuidados técnicos, não se preocupando com os aspectos emocionais e psicológicos dos cuidadores informais, pois estão diretamente relacionados com a adesão da criança com diabetes mellitus tipo 1 ao regime terapêutico⁽⁵⁾. Nesse sentido, é mister a valorização das experiências da família, que pode ser somada, negociada com os conhecimentos profissionais, a fim de melhorar o cuidado à criança.

Os discursos de algumas enfermeiras mostram o que de fato acontece na prática educativa, a qual é movida por orientações, embora algumas destaquem o objetivo: facilitar o entendimento e o aprendizado das crianças e seus familiares em relação à insulinoterapia, dieta, higiene, prática de exercícios físicos e prevenção de acidentes.

A prática educativa esta atuando principalmente no foco da alimentação, do uso da insulina correta, do manuseio do aparelho, da fita glicêmica, durante o internamento e que isso seja repassado para o acompanhante para que faça isso corretamente em casa. É importante que a criança tenha uma alimentação saudável, para ter um controle melhor do controle glicêmico (...) a forma correta da lavagem das mãos. [E3]

Costumo dizer que o enfermeiro nasce com um dom de ser um pouco de tudo, orientando a nutrição, as práticas de exercício, a aplicação da insulina, o modo de como aplicar, cuidando e orientando sobre diversas coisas, no hospital. [E4]

É uma questão de orientação de higiene pessoal, evitar acidentes, evitar cortes (...) o local de aplicação, a higiene, sempre pedimos para lavar as mãos antes de fazer a glicemia capilar, para estar com os dedinhos limpos, pois é uma porta de entrada de infecção e orientação mesmo de alimentação. [E1]

Observa-se que no cuidado destas crianças, em geral, enfatizam-se o controle glicêmico, que sem dúvida é prioridade, no entanto, não se pode negligenciar algumas dimensões psicossociais desta criança como o brincar e a socialização em ambientes coletivos e na escola.

A prática educativa em saúde foi mencionada como abordagem fundamental para o cuidado familiar, reforçando a ação conjunta da equipe multidisciplinar e da família, o que auxilia no enfrentamento dos desafios e no autocuidado para o controle da doença.

Nós somos responsáveis por estar passando a informação dia a dia enquanto a internação dessa criança [...] tem que ter muito trabalho educativo, tanto para os profissionais da saúde como familiares, orientando a criança desde pequena, para que ela se acostume com o

autocuidado. Temos que ter um trabalho educativo com a criança, com paciência, todo um trabalho feito voltado para ela. [E4]

Seria muito importante se tivesse uma educação em saúde também para os acompanhantes, que assistissem palestras, fizessem cursos principalmente, mães pais e responsáveis que tivessem criança diabética dentro da sua casa. [E3]

As enfermeiras ressaltaram a relevância da prática educativa no ambiente hospitalar considerando-o como estratégia de cuidado da criança. Assim, consideram ser fundamental a educação dos familiares, que passam a ajudar à criança no cumprimento da terapêutica, evitando internações e mantendo uma vida saudável.

Isso [prática educativa] é importante para que essa criança não venha reinternar novamente, mas fique sabendo que o diabetes sendo tratada direitinho, com as devidas precauções, a criança pode sim ter uma vida saudável e uma vida normal como o de qualquer outra criança. [E3]

Nessa perspectiva, entende-se que o envolvimento da família com os profissionais de saúde no processo de cuidado é fundamental na adesão ao tratamento das crianças em idade escolar. Esse processo de aprendizado que a enfermagem realiza resulta na conscientização, na mudança de comportamento e, muitas vezes, no estilo de vida dessas famílias⁽⁶⁾. Assim, o enfermeiro não pode perder a oportunidade de inserção e implementação de atividades educativas nestes espaços, potencializando as habilidades das crianças para o desenvolvimento do manejo da doença⁽⁷⁾.

Conclusão

Em razão do impacto do diabetes *mellitus* na vida da criança e familiares, as estratégias educativas devem ser reconhecidas e valorizadas, com o propósito de promover esclarecimentos acerca do adoecimento, facilitar a terapêutica e o autocuidado, o que requer esforço conjugado entre sujeito adoecido, família e profissionais, para o controle glicêmico e redução de danos à saúde com a evolução da doença.

Observou-se que apesar da pouca experiência de alguns profissionais, estes reconhecem a responsabilidade do enfermeiro; que não pode perder a oportunidade de ensinar, trocar experiências com a criança e seus familiares, ajudando-os no manejo terapêutico.

Ficou evidente que o enfermeiro está presente em todo o processo de internação, é o profissional que convive mais com a criança neste período, podendo entender melhor seus hábitos de vida e suas necessidades, cuidando e ao mesmo tempo educando.

Acredita-se que para o manejo adequado do diabetes infantil torna-se necessária a educação e acompanhamento interdisciplinar contínuo, com incentivo à participação ativa dos sujeitos (criança e família), para que possam compreender aspectos fundamentais do tratamento e do controle da doença por meio de responsabilidades compartilhadas entre a equipe de saúde, criança e família, propiciando uma vida melhor.

Referências

ALMINO, M. A. F. B.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. J. Diabetes mellitus na adolescência: experiências e sentimentos dos adolescentes e das mães com a doença. *Revista da Escola de Enfermagem*, v.43, n.4, 2009.

GOES, A. P. P; VIEIRA, M. R. R.; LIBERATORE JUNIOR, R.D.R. Diabetes mellitus tipo 1 no contexto familiar e social. *Rev. paul. pediatri.*, São Paulo, v. 25, n. 2, Junho. 2007.

GOMES, M.B.; COBAS, R. Diabetes mellitus. In: GROSSI, S.A.A.; PASCALI, P.M. Cuidados de enfermagem em diabetes mellitus. Departamento de Enfermagem da Sociedade Brasileira de Diabetes. Manual de Enfermagem. São Paulo, 2009.

Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF); 2012.

SALES, C.A; TIRONI, N.M; ARTIBALE, D; FERREIRA, E; SILVA, M.A.P; VIOLIN, M.R; CASTILHO, B.C.O. Cuidar de uma criança com diabetes mellitus tipo 1: concepções dos cuidadores informais. *Rev Eletr Enf* .v 11, n.3, 2009.

RUBIN, O; AZZOLIN, K; MULLER S. Adesão ao tratamento de Diabetes Mellitus tipo 1 atendidos em um programa especializado em Porto Alegre. *Revista Medicina (Ribeirão Preto)*. V.44, n.4, 2011.

SPARAPANI, V.C; NASCIMENTO, L.C. Recursos pedagógicos para crianças com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. *Sau.&Transf. Soc.v.1n.1*. 2010;

SPARAPANI, V. C. ET AL .BORGES,A.L.V.; DANTAS, I.R.O.; PAN, R.; NASCIMENTO, L. C. A criança com Diabetes Mellitus Tipo 1 e seus amigos: a influência dessa interação no manejo da doença. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 20, n. 1, Fevereiro. 2012 .

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Universidade Estadual do Ceará – UECE, por nos proporcionar um ensino de qualidade. Agradecemos a professora/orientadora Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz, que nos orientou na elaboração desse trabalho, com muita paciência, incentivo e dedicação. Por fim, agradecemos ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e Doutorado em Saúde Coletiva da Ampla Associação Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza, por promover essa oportunidade que é tão enriquecedora para a nossa formação acadêmica.

ACOLHIMENTO: UMA AÇÃO PROMOTORA DE MUDANÇA NO PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Autor 1 Emanoela dos Santos Souza– Universidade Regional do Cariri-emanoela-souza@hotmail.com
Ingrid Mikaela Moreira de Oliveira – Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: *Saúde da Família. Humanização. Acolhimento*

Resumo

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, estruturada na lógica de atenção básica de saúde, buscando romper paradigmas e implantar um modelo assistencial através da mudança de práticas enfocando a relação entre profissional de saúde e usuário, sendo que em 1999, o seu nome foi mudado para Estratégia Saúde da Família (ESF). O acolhimento na ESF é considerado como espaço de escuta às necessidades de saúde do usuário, promovendo atendimento humanizado e melhor resolutividade, com vistas à reorganização dos serviços de saúde. Assim, este estudo tem como objetivo relatar as experiências de acadêmicos de Enfermagem que estão matriculados na disciplina Estágio Supervisionado I – em Área Comunitária na realização do acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF). Trata-se de um estudo do tipo relato de experiência vivenciada por seis acadêmicos, os quais foram inseridos na atividade de atendimento ao usuário via acolhimento em um UBSF, realizado no dia 03 de junho ao dia 14 junho de 2013. Observamos que as queixas mais relatadas são febre, dor de cabeça e diarreia. Embora seja uma proposta nova, identificamos que os usuários percebem que houve mudança no atendimento da unidade, porém não souberam expressar através de respostas o que seja o acolhimento e relacioná-lo ao acesso ao atendimento em saúde determinado pelo seu quadro clínico. Consideramos que essa oportunidade de realizar o acolhimento é de importante contribuição para desenvolver habilidades a partir da experiência compartilhada junto aos profissionais, a unidade básica de saúde e a clientela.

Introdução

O Programa Saúde da Família (PSF) foi lançado em 1994 pelo Ministério da Saúde, estruturada na lógica de atenção básica de saúde, buscando romper paradigmas e implantar um modelo assistencial através da mudança de práticas enfocando a relação entre profissional de saúde e usuário. Sendo que em 1999, o seu nome foi mudado para Estratégia de Saúde da Família (ESF), traduzindo a concretização de uma iniciativa de saúde nos mais novos moldes de organização da atenção básica. (BRASIL, 2006).

Para tanto, o PSF e os profissionais que nele atuam, necessitam desenvolver processos de trabalho que estabeleçam uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade e se traduzam, em termos de desenvolvimento de ações humanizadas, tecnicamente competentes, intersetorialmente articuladas e socialmente apropriadas, tornando fundamental “acolher” (FRACOLLI, 2004).

Para que a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) seja centrada no usuário é preciso que ela acolha a demanda espontânea e entenda o quanto a população valoriza os eventos agudos, que geralmente não encontram espaços nas agendas das equipes de saúde da família. O acolhimento no PSF é considerado como espaço de escuta às necessidades de saúde do usuário, promovendo atendimento humanizado e melhor resolutividade, com vistas à reorganização dos serviços de saúde de maneira usuário- centrada. O profissional deve acolher a demanda do usuário, por cuidados imediatos, consultas, exames ou procedimentos e, a partir delas, oferecer outras possibilidades de assistência, embasadas na promoção, prevenção e continuidade do cuidado (FRANCO, 2003).

Autores consideram o acolhimento como “receber o ajudado calorosamente ao iniciar o encontro com ele, sendo que ao acolhê-lo deve-se transmitir receptividade e interesse, de modo que se sinta valorizado” (MIRANDA; MIRANDA, 1990).

O acolhimento significa a humanização do atendimento, isto é, das relações entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe ainda garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema. Esse arranjo busca organizar uma nova “porta de entrada” que acolha todas as pessoas, assegurando a boa qualidade no atendimento, resolvendo o máximo de problemas e garantindo o fluxo do usuário para outros serviços quando necessário (MERHY, 1994).

O acolhimento pode ser entendido ainda como um processo que se inicia antes mesmo do usuário chegar ao serviço de saúde, devendo ser definido como um “modo de resposta” às necessidades que são expressas pela clientela (1999). Franco, Bueno e Merhy retrataram o acolhimento como uma tecnologia para a reorganização dos serviços, visando à garantia de acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1998).

Neste sentido o profissional deve incorporar o trabalho em saúde com práticas relacionais promovendo o acolhimento e vínculo. Estas são estratégias fundamentais, que consistem na reorganização do processo de trabalho de maneira a atender a todos que procuram os serviços de saúde, fortalecendo o princípio da universalidade e a busca da integralidade e da equidade. Assim, este estudo tem como objetivo relatar as experiências de acadêmicos de enfermagem na realização do acolhimento e triagem em um Centro de Saúde da Família.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência vivenciado por estudantes matriculados na disciplina de Estágio Supervisionado I, realizado em área comunitária, todos acadêmicos de enfermagem, os quais foram inseridos na atividade de atendimento ao usuário via acolhimento em uma Unidade de Saúde da Família, realizado no dia 03 de junho ao dia 14 junho de 2013.

O acolhimento foi realizado pelos acadêmicos durante 11 dias no período de atendimento a tarde, sendo operacionalizado por dia: seis acolhimentos e encaminhados ao atendimento a cada dia três pacientes, pois o serviço oferece aos pacientes que não possuem agendamento de consulta três a quatro vagas para o atendimento médico. Os acadêmicos foram escalados em dupla para realizar a atividade e formulou-se um cronograma contendo temas para serem abordados durante as atividades educativas. Os temas enfocados foram fluxograma da unidade de saúde, objetivos da Estratégia Saúde da Família (ESF) e diferença entre urgência e emergência, promovendo um momento de escuta qualificada no sentido de promover uma conversação entre o usuário e o profissional com questionamentos, os quais compartilham conhecimento, aspirações e busca compreender as dificuldades do processo.

Resultados e Discussão

No primeiro dia de atendimento, os acadêmicos acompanharam o acolhimento realizado pela profissional da unidade, com a finalidade de determinar o perfil do usuário e observar a realização da triagem. O acolhimento é direcionado aos usuários do serviço que não possuem agendamento de consulta e que necessitavam de atendimento, estes ficam em um banco de espera aguardando a liberação

do número de vagas disponíveis. Neste momento, os acadêmicos realizaram as atividades educativas com o objetivo de promover um conhecimento aos usuários acerca da ESF, como também, avaliá-los quanto à procura pelo atendimento. Logo após de verificar o número de vagas disponíveis, o qual é selecionado de acordo com o número de desistência dos pacientes agendado os usuários são atendidos em uma sala por ordem de chegada pelos acadêmicos, sendo então, realizada a triagem e distribuídas às vagas. Durante a triagem são investigados os sintomas dos pacientes enfocando o atendimento clínico.

Realizou-se uma anamnese dirigida à queixa principal, exame físico, verificação de sinais vitais, sendo então determinado se é caso de atendimento médico imediato ou mediato. Identifica-se como caso de atendimento imediato quando há presença de febre, dispnéia, náusea, vômito, dor intensa e pico hipertensivo. Já os casos de atendimento mediato são orientados quanto ao agendamento de consulta, encaminhamento para outro centro de saúde e condutas básicas de promoção e prevenção de doenças, enfocando a importância do acompanhamento médico por meio do agendamento de consulta com o objetivo de prevenção de doenças e agravos.

De acordo com a anamnese dos pacientes, observamos que as queixas mais relatadas são febre, dor de cabeça e diarreia e que durante os atendimentos muitos pacientes exageram as queixas clínicas já que o atendimento só é possível através da gravidade da queixa apresentada. Embora seja uma proposta nova, identificamos que os usuários percebem que houve mudança no atendimento da unidade, porém não souberam expressar através de respostas o que seja o acolhimento e relacioná-lo ao acesso ao atendimento médico ou de saúde determinado pelo seu quadro clínico.

É importante destacar que os usuários quando questionados quanto a sua necessidade de atendimento e o seu quadro clínico, muitos acreditavam ser necessário o atendimento por motivos de perda do dia de trabalho e a dificuldade em marcar a consulta, pois o horário estabelecido pela unidade é muitas vezes inacessível. Tivemos dificuldades em implementar o acolhimento no serviço de acordo com os objetivos propostos pelo SUS, como a presença de apenas um médico atendendo e a inexistência de enfermeiro na unidade, diminuindo o número de atendimentos para os pacientes do acolhimento. Os profissionais não seguem as normas de atendimento, habituando assim, o paciente a não agendar a consulta e sempre procurar a unidade de saúde para o atendimento de urgência, como também, automedicação dos pacientes e a falta de informação sobre o agendamento na unidade.

Conclusão

Consideramos que essa oportunidade de realizar o acolhimento é de importante contribuição para desenvolver habilidades a partir da experiência compartilhada junto aos profissionais a unidade básica de saúde e a clientela, através das ações de saúde humanizada, como atividades educativas, escuta qualificada e avaliação do quadro clínico, pois estas ações contribuem para a dinâmica e resolutividade do acolhimento, contribuído assim, para a efetivação do modelo de acolhimento proposto pelas diretrizes do Sistema Único de Saúde.

A estratégia de acolhimento para muitos usuários é algo novo e associam essa atividade como uma maneira de solucionar os problemas. A percepção que os usuários tiveram sobre o acolhimento como um espaço de escuta e apoio, sentiram-se acolhidos, atendidos com atenção e direcionamento dos seus problemas, observando assim, uma mudança e melhoria no atendimento do serviço na unidade de saúde.

Referências

_____. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>>. Acesso em: 24.jul.2011.

FRACOLLI, L. A ; ZOBOLI, E.L.C.P. Descrição e análise do acolhimento: uma contribuição para o Programa de Saúde da Família. *Rev. esc. enferm.*, vol.38, n.2, pp. 143-151, 2004.

FRANCO T.B.; BUENO W.S.; MERHY E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1999.

FRANCO T.B.; MERHY E. E. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: Merhy EE, Magalhães HM, Rimoli J, Franco TB, Bueno WS. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec; 2003.

MATUMOTO S. O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde [dissertação]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1998.

MERHY, E.E; CHAKKOUR, M; STEFANO, M.E, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia-a-dia de um serviço - interrogando e gerindo o trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. p.113-50. São Paulo: Hucitec. 1997.

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. In: Cecílio L, organizador. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994. p.117-60.

MIRANDA C.F.; MIRANDA M.L. Construindo a relação de ajuda. 6^aed. Belo Horizonte: Editora Crescer; 1990.

Agradecimentos

Primeiramente à Deus que está sempre à frente de novas vidas, à preceptora da disciplina e a Unidade Básica de Saúde da Família por conceder campo para pesquisas e aprimoramento do conhecimento.

ACOMPANHAMENTO SEMANAL COMO FATOR DE CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA TERCEIRA IDADE

Larissa Gladya Viana Santos – Universidade Federal do Ceará / larissagladya@gmail.com

Taís Castelo de Oliveira – Universidade Federal do Ceará / taiscastelo@hotmail.com

Brena Ferreira dos Santos – Universidade Federal do Ceará

Isadora Sales Nogueira – Universidade Federal do Ceará

Lirennna de Paiva Narciso – Universidade Federal do Ceará

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti – Universidade Federal do Ceará / pamplona.luciano@gmail.com

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica. Atividade física. Promoção da Saúde. Avaliação semanal. Estudantes de Medicina.

Resumo

O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar (PROSAF), semanalmente, atua auxiliando no controle dos níveis de pressão arterial, a partir do acompanhamento regular de idosos na “Caminhada Contra Hipertensão e Diabetes”. A atividade, que consiste em aferição de pressões e exercício físico de caminhada, tem grande importância para a melhora da qualidade de vida da comunidade atendida. O registro das pressões arteriais permite que uma avaliação, realizada em seguimento, seja feita e, dessa forma, consegue-se observar quais participantes estão com os níveis pressóricos na faixa adequada ou não. Isso constitui um importante fator para prevenção e controle de patologias, pois permite a visualização direta da evolução do paciente, além de disseminar orientações importantes, como sobre a necessidade de uma alimentação saudável ou uma visita ao médico, fazendo assim com que busquem a ajuda profissional antes que um quadro grave seja instale. Tendo em vista o contexto apresentado, o presente trabalho objetiva comprovar a relação do acompanhamento semanal com o controle da pressão arterial como importante fator de promoção de saúde desses idosos. O resultados mostraram que, dos 28 idosos acompanhados, apenas 4 (4,3%) tiveram uma média de pressão arterial sistólica (PAS) acima do adequado ($>140\text{mmHg}$) e somente 1 (3,6%) foi avaliado com média de pressão arterial diastólica também acima do preconizado ($>90\text{mmHg}$) estabelecido pelas “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”. Percebe-se, portanto, clara relação entre a atividade desenvolvida com os níveis pressóricos dentro da faixa normal, evidenciando a importância do controle exercido durante os encontros semanais, nos quais o incentivo, a orientação e o acompanhamento prevalecem como fatores contribuintes a um estilo de vida mais saudável, desde a prática de exercícios à alimentação exercida no cotidiano dos idosos.

Introdução

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). Associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais. (SBC; SBH; SBN, 2010, p 1). A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica $\geq 140\text{ mmHg}$ e/ou de PA diastólica $\geq 90\text{ mmHg}$ em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões (SBC; SBH; SBN, 2010, p 8).

A HAS é uma doença crônica com alta prevalência no mundo todo, sendo considerada um problema de saúde pública. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da PA (54% por acidente vascular encefálico - AVE e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (SBC; SBH; SBN, 2010, p 1). Nesse contexto, apresenta-se como fator de risco para várias doenças, principalmente as doenças cardiovasculares (DCV), onde já está esclarecido o fato de que o aumento da pressão arterial (PA) implica no aumento da incidência de DCV. E isso é fato preocupante, visto que as DCV são a principal causa de morte, segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). Tendo isso em vista, sabe-se que criar e adotar medidas efetivas de controle e de prevenção é crucial para a diminuição da incidência de HAS, como também para diminuir a incidência de doenças causadas pela HAS.

Dentro desse contexto, é importante avaliar riscos para o surgimento de HAS e considerar a relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos, segundo VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010). A maior incidência em idosos torna necessário que planos específicos de intervenção também estejam voltados a eles, garantindo uma boa qualidade de vida com o controle da HAS. Em conjunto com o tratamento medicamentoso, o tratamento não-farmacológico possui o objetivo de diminuir os fatores de risco para DCV e reduzir a pressão arterial. Deve-se iniciar um processo de educação em saúde no qual o paciente é estimulado a adotar medidas que favoreçam a adesão às recomendações. As medidas sugeridas terão impacto no seu estilo de vida e sua implementação depende diretamente da compreensão do problema e da motivação em aplicá-las. (Brasil, 2009). Um bom exemplo de tratamento não-farmacológico é a prática regular de exercícios físicos, pois reduz a pressão arterial e fornece benefícios adicionais, tais como: diminuição do peso corporal, ação coadjuvante no tratamento das dislipidemias, da resistência da insulina, do abandono do tabagismo e do controle do estresse, além de melhorar a qualidade de vida. Exercícios físicos como a caminhada e a natação são recomendadas numa intensidade entre 50% a 70% da frequência cardíaca máxima, durante 30 a 45 minutos, na maior parte dos dias da semana. (Brasil, 2009)

Com esse panorama da saúde nacional, o PROSAF atua justamente nessa interface da promoção de saúde e, devido ao acompanhamento semanal, da detecção precoce. Essa prática de aferir as pressões e caminhar com os idosos toda semana, regularmente, faz-se importante, pois, através do exercício físico, conseguimos manter a maioria das PA's sob controle, associando essas práticas ao tratamento medicamentoso. Pensando nisso, o exercício físico aparece nesse contexto como um fator que reduz a PA e, ao mesmo tempo, funciona como tática para manter as PA's, de quem já é hipertenso ou não, controladas.

Metodologia

Análise descritiva realizada a partir do acompanhamento de um grupo de idosos que participam de um Projeto de Extensão em um bairro da periferia de Fortaleza. Os dados referentes às variáveis: idade, sexo, tempo de participação e níveis pressóricos foram obtidos a partir da análise das fichas de acompanhamento individuais dos integrantes do grupo, atualizados dos últimos seis meses, e, tratados estatisticamente.

Resultados e Discussão

Foram avaliados os níveis pressóricos de 28 idosos participantes da “Caminhada contra Hipertensão e Diabetes” em atividades

semanais realizadas pelo PROSAF, durante 6 meses. Dentre os 28 idosos, 27 (96,4%) eram do sexo feminino e 22 (78,5%) tinham diagnóstico de Hipertensão Arterial Sistêmica, todos os diagnosticados fazendo uso de anti-hipertensivos. A média de idade é de 70,2 e o tempo médio de participação no grupo é de 60,4 meses, ou seja, aproximadamente 5 anos. Os idosos participaram de, no mínimo 6 atividades e de, no máximo 13, nas quais suas pressões foram aferidas. A média total das pressões arteriais sistólicas (PAS) foi de 130,9mmHg e das pressões arteriais diastólicas (PAD) foi de 77,5mmHg. Do total de idosos acompanhados, 24 (85,7%) apresentaram média individual de PAS abaixo de 140mmHg, valor máximo preconizado nas “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão” como meta para pacientes hipertensos. A variação entre as PAS aferidas foi de, no máximo, 20mmHg, mostrando que os níveis pressóricos mantiveram-se regulares. Os demais 4 (4,3%) idosos que tiveram média de PAS individual acima de 140mmHg, assim que identificadas as pressões elevadas, receberam orientações a respeito de alimentação adequada, da importância de seguir as indicações do tratamento corretamente e da necessidade de procurar uma avaliação médica. Na atividade da semana seguinte a da medida elevada, 3 destes já apresentaram diminuição da PAS. No grupo, 27 idosos (96,4%) tiveram média individual de PAD abaixo de 90mmHg, medida tida como ideal para controle da pressão diastólica pelas “VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão”. A variação apresentada entre as PAD foi de 10mmHg, no máximo, também evidenciando certa regularidade pressórica. Apenas 1 (3,6%) participante foi avaliado com média individual acima de 90mmHg, sendo também orientado a um estilo de vida mais saudável e a buscar auxílio médico.

Conclusão

A avaliação dos dados obtidos permite concluir que o acompanhamento regular e frequente das pressões arteriais sistêmicas tem impacto positivo para controle e prevenção da hipertensão arterial, tendo em vista que se trata de uma doença, na maioria das vezes, silenciosa e que necessita da colaboração e da adesão ao tratamento pelo paciente. O fato de o paciente ter ciência do grau de controle de sua pressão e de receber orientações acerca de como melhorá-la é, consideravelmente, benéfico e traz significativa melhora à sua qualidade de vida. Acredita-se que a metodologia da atividade, com realização sistemática de atividades físicas semanais, também contribua para o controle da pressão arterial, devido a já comprovada influência positiva da prática regular de exercícios físicos na vida de hipertensos.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica para a Atenção Primária em Saúde; organização de Sandra Rejane Soares Ferreira... /et.al/; ilustrações de Maria Lúcia Lenz. -- Porto Alegre : Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009.

Jairo Carneiro de Araujo; Armênio Costa Guimarães. (2007). Controle da hipertensão arterial em uma unidade de saúde da família. *Rev Saúde Pública* 2007;41(3):368-74 .

Agradecimentos

Agradecemos, inicialmente, aos nossos amigos, colegas de projeto, e ao nosso orientador, Professor Luciano Pamplona que ao nosso lado, mantém o PROSAF um projeto atuante a partir de muita dedicação e disponibilidade. Somos gratos, em especial, aos idosos acompanhados pelo PROSAF, por estarem conosco diariamente, dividindo felicidade.

ADEQUAÇÃO DAS SALAS DE VACINA ÀS NORMAS E ROTINAS DO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÃO EM ICÓ, CE.

Lorena Barreto de Alencar – Secretaria Municipal de Saúde de Icó/Ce - lorenabarreto_a@hotmail.com

Galdêncio Cunha Diniz – Faculdade Vale do Salgado (FVS)

Raimundo Tavares de Luna Neto – Faculdade Vale do Salgado (FVS)

Tereza Cristina de Arruda – Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA)

Natália Bastos Ferreira Tavares – Universidade Regional do Cariri (URCA)

Kerma Márcia de Freitas (Orientadora) – Faculdade Vale do Salgado(FVS) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Sala de vacina; Refrigeração; Imunização.

Resumo

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado no ano de 1973, com responsabilidade da organização das políticas nacional de saúde, que consolidou em resultados significativos como erradicação da varíola, o controle da tuberculose e de doenças imunopreveníveis. Estruturado na rede de frio, que é um processo indispensável para garantir a qualidade e a eficácia dos imunobiológicos, uma vez que a mesma garante a qualidade satisfatória dos produtos que nela são disponíveis, através do armazenamento, conservação, manipulação e distribuição dos imunobiológicos. Objetivou-se: analisar a adequação das salas de vacina segundo as normas e rotinas estabelecidas pelo Programa Nacional Imunização em Icó, CE. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional com abordagem quantitativa. O estudo foi realizado com 17 vacinadores. Os resultados encontrados foram: 76,5% possuíam sala exclusiva e 23,45% salas climatizada. Quanto à geladeira exclusiva para vacina 58, 9% e 5,9% não tinha geladeira, na organização interna da geladeira 88,2% adequada. Com relação aos impressos, 76,5% disponibilizam cartões para toda a população e 88,2% estavam atualizados. Como responsável pela sala de vacina em 76,6% eram os técnicos de enfermagem, 17,6% enfermeiros e 5,9% o auxiliar de enfermagem, onde 88,2% já receberam treinamento sobre sala de vacina, com uma carga horária de três dias. Quanto aos registros da vacina aplicada no cartão 94,4% estava adequado e apenas 5,9% estavam inadequados. Em se tratando de acolhimento em sala de vacina, 94,1% responderam que faziam e 5,95 % não faziam. Quanto à explicação sobre os eventos adversos pela vacinação 100% afirmaram que explicava.

Introdução

O Programa Nacional de Imunização (PNI) foi criado em 1973, com o objetivo de atender o propósito da Organização Mundial de Saúde (OMS) de ofertar imunobiológicos seguros e de boa qualidade a toda a população, visando grupos prioritários como crianças, gestantes, adolescentes, idosos e índios. A coordenação do PNI pelo Ministério da Saúde tem como responsabilidade implantar, normatizar, supervisionar e avaliar o programa. Visando viabilizar altas coberturas vacinais em todo o território nacional (PEDRAZZANI *et al.*, 2002). A história do PNI ao completar os 40 anos de conquista e vitória buscar cada vez mais suas competências aos desafios das doenças imunopreveníveis. Nas últimas décadas vários avanços significativos vem se destacando no campo do PNI, como o aumento das coberturas vacinais a erradicação da paralisia infantil e prevenção e promoção das doenças infectocontagiosas (BRASIL, 2003).

A contribuição do Programa Nacional de Imunização o PNI se faz mais eficiente a partir da construção do sistema único de saúde o SUS no final dos anos 80 que iniciou a descentralização das ações de saúde entre elas a de vacinação ofertando assim imunobiológicos seguros a toda a população e a grupos específicos como crianças gestantes, idosos, adolescentes, índios e profissionais de saúde (FEIJÓ, SÁFADI, 2006).

A vacinação ocupa grande destaque no campo da saúde pública, pois representa um dos grandes avanços da tecnologia em saúde nas últimas décadas, constituindo uma das medidas de melhor custo-benefício na prevenção e promoção de várias doenças infectocontagiosas (BRASIL 2003).

A vacinação é uma ação preventiva de suma importância a toda a população do mundo, que proporciona além de uma proteção individual contra várias doenças infecciosas visa também à proteção de toda comunidade diminuindo assim a circulação de vários agentes infecciosos (TEMPORÃO, 2003).

As ações realizadas na sala de vacinação devem ser desenvolvidas pela equipe de enfermagem e esta deverá ser capacitada e treinada para o recebimento, conservação manuseio e a administração dos imunobiológicos de forma segura e eficaz. (QUEIROZ *et al.*, 2009).

A responsabilidade da equipe de enfermagem que atua na sala de vacinação é: orientar, dar uma assistência humanizada e acolhedora com responsabilidade segurança e respeito aos usuários. Acompanhar a entrada e saída dos imunobiológicos mantendo as condições ideais de conservação, manipulação dos mesmos, observar sempre as condições de funcionamento dos equipamentos. Acompanhar a administração das vacinas as doses, e via de administração de acordo com o calendário vacinal avaliando sistematicamente coberturas vacinais, fazer busca ativa dos faltosos, realizar atualização e capacitação técnica científica (QUEIROZ *et al.*, 2009).

A rede de frio consiste é um processo de armazenamento, conservação, manipulação, transporte e distribuição imunobiológicos seguros desde o laboratório até o seu destino final a sala de vacina, onde o objetivo do mesmo é assegurar que todos os imunobiológicos administrados mantenham seus aspectos iniciais, a fim de conferir uma imunidade, sabendo-se que produtos são termolábeis e não podem variar de temperaturas que estas devem estar sempre entre +2 e +8. O PNI determina que a rede de frio é um complexo de ligação entre as instâncias nacional estadual regional e municipal (BRASIL, 2011).

Diante do exposto surgiu o seguinte questionamento: Qual a situação das salas de vacina do município de Icó, Ce, considerando o que preconiza o Ministério da Saúde?

O interesse pelo estudo surgiu a partir da vivência como profissional técnica de enfermagem da central de distribuição do município do Icó em estudo ao perceber que várias normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde relacionadas à sala de vacina não eram cumpridas em várias unidades de saúde.

Neste contexto tem-se como relevância da pesquisa a identificação das lacunas existentes na rede de frio do município de Icó, e desta forma servir de parâmetro para tomadas de decisão no que se refere à adequação das salas de vacina, a fim de garantir à eficácia dos imunobiológicos conferindo à proteção as doenças na população.

Dessa forma o presente estudo teve como objetivo analisar a adequação das salas de vacina segundo as normas e rotinas estabelecidas pelo Programa Nacional Imunização em Icó, Ce.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e observacional com abordagem quantitativa. Segundo Brevidei; Domenicio, 2009, o estudo descritivo tem o objetivo de buscar informações apuradas a respeito de sujeitos, grupos, instituições ou situações a fim de caracterizar e conhecer um perfil. Possibilita também observar, descrever e registrar a incidência do fenômeno explorando suas dimensões, como se manifesta e com que fatores se relacionam sem que sejam manipulados. O estudo foi realizado no município de Icó Estado do Ceará Brasil, região Vale do Salgado, com população estimada de 65 456 habitantes (IBGE 2013). A Rede da Atenção Básica em Saúde do Município possui 17 unidades básicas de saúde onde funcionam 20 Equipes Saúde da Família (ESF) sendo 06 unidades na zona urbana, 11 unidades na zona rural. A população do estudo foi composta pelos 17 vacinadores das equipes de Estratégia de Saúde da Família no município de Icó. Foram incluídos no estudo todos os vacinadores que estivessem há pelo menos seis meses na sala de vacina. Foram excluídos os profissionais que estiverem de férias ou que se recusarem participar da pesquisa. Para a realização da coleta de dados foi utilizado um instrumento de supervisão abordando os seguintes aspectos: adequação da sala de vacina, procedimentos técnico relacionado à sala de vacina, rede frio, sistema de informação sobre eventos adversos da vacinação, vigilância epidemiológica e educação em saúde. Os dados foram coletados, agrupados, organizados utilizando-se o Software Excel e apresentados em forma de gráficos e tabelas para uma melhor visualização das variáveis estudadas. Após a organização dos dados os mesmos foram analisados a luz da literatura pertinente a temática. Foram obedecidas, no decorrer da pesquisa e apresentação dos resultados, as normas legais conforme preconizado pela Portaria 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foi enviado um ofício a Secretaria Municipal de Saúde solicitando a realização do presente estudo, bem como foi solicitado dos profissionais envolvidos a assinatura do Termo de Consentimento com a garantia do anonimato. A pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil e avaliada pelo ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Leão Sampaio de Ensino Universitário Ltda.

Resultados e Discussão

Ao analisar as salas de vacina no município de Icó observou-se que em se tratando da infraestrutura, das 17 unidades básicas pesquisadas 76,5% possuem salas exclusivas para vacinas como preconizado pelo Ministério da Saúde, porém apenas 35,3% das salas possuem paredes adequadas (laváveis), e 23,4% são climatizadas. Somente 41,2% possuem janelas ou vitrô de vidro, 52,9% tinham o teto forrado e apenas 41,2% tem uma porta de entrada. Em relação aos materiais e equipamentos necessários para o trabalho nas salas, 88,2% possuíam armário, birô, cadeira, sexto de lixo e caixa para perfuro cortante.

Segundo o MS (2001), sala de vacinação é porta de entrada da estratégia de saúde da família onde a sala deve ser exclusiva para administração dos imunobiológicos, pois o mesmo é composto por vírus e bactérias vivos atenuados. Na sala de vacina é de suma importância que todos os procedimentos realizados e desenvolvidos garantam a segurança e prevenção das infecções nas crianças e adultos atendidas. A estrutura física deve obedecer às seguintes condições: paredes laváveis, bancadas para preparação da vacina, pia com torneira, ser arejada uma boa iluminação e deve ser climatizada e procurar sempre manter uma boa higienização e deve ser exclusiva para determinada função.

Quanto às geladeiras, somente 58,9% das salas de vacina continham a geladeira exclusiva para vacinas, as demais compartilhavam com outros produtos como insulina, por exemplo. Vale ressaltar que uma das unidades (5,9%) não tinha geladeira, utilizando apenas as caixas térmicas para o acondicionamento das vacinas. A organização interna da geladeira em 88,2% das unidades estava adequada. Das unidades que possuíam a sala de vacina todas apresentavam na porta da geladeira o termômetro para verificação de temperatura interna e externa e o mapa de controle afixado e possuíam uma tomada exclusiva para a geladeira das vacinas.

Para o MS a geladeira deve ser única exclusiva para a vacina, ter um interruptor exclusivo, a organização interna da geladeira deve conter na primeira prateleira as vacinas que são submetidas à temperaturas negativas e que podem ser congeladas com Sabin, tríplice viral, tetra viral e febre amarela. Na segunda devem ser colocadas as vacinas que são submetidas à temperatura positiva, e não podem ser congeladas como hepatite B, dT, DTP, penta valente, pneumocócica, meningocócica, BCG, pólio inativada, rota vírus (VORH), Anti-rábica, HPV e na terceira os soros e estoque. O bulbo do termômetro deve ser localizado na segunda prateleira, a temperatura interna entre +2° e +8° e a temperatura do ambiente entre 18° e 20° e o mapa fixado na porta.

Queiroz *et al.* (2009), alerta para importância da tomada exclusiva para a geladeira das vacinas evitando a sobrecarga elétrica que pode comprometer a conservação dos imunobiológicos. Destaca ainda que, cabe a Secretaria Municipal de Saúde oferecer condições adequadas para o desenvolvimento das atividades na sala de vacina garantindo a qualidade do serviço prestado.

Em relação às caixas térmicas somente duas unidades (11,8%) possuíam duas caixas 6 (35,3%) das unidades não possuem termômetro para as caixas térmicas. Situação semelhante foi percebida no estudo realizado por Queiroz *et al.* (2009) onde foram pesquisadas 11 salas de vacina e em seis delas o monitoramento das caixas térmicas estavam ausentes. Tal situação coloca em risco a perda das vacinas e aumenta sua reatogenicidade.

Com relação aos materiais impressos necessários para o registro das vacinas administradas, somente 76,5% tinham cartões disponíveis para toda população, no entanto 88,2% estavam com seus registros atualizados. Os vacinadores relataram que realizavam a atualização dos cartões nos seguintes momentos: 29,4% faziam no final do expediente, 35,3% ato das vacinas e 23,5% semanalmente e 11,8% não responderam. Apenas 76,5% continha fichário para guarda seus arquivos registrado.

De acordo com MS (2001), os impressos são materiais essenciais para um bom funcionamento da sala de vacina, pois contribuem para o registro das vacinas e que estes documentos servem de comprovação da dose aplicada, além de contribuir para organização da sala e do processo de trabalho do profissional com relação aos boletins de doses aplicadas aos quais devem entregues a cada fim de mês para alimentação do sistema do PNI. O preenchimento dos mesmos é de competência da equipe de enfermagem.

Em se tratando do responsável pela sala de vacina, pode-se observar que 76,6% é o técnico de enfermagem e 17,6% o enfermeiro e apenas 5,9% o auxiliar de enfermagem. Quando questionado em relação ao treinamento recebido em sala de vacina 88,2% já participaram de algum, onde 64,7% receberam o treinamento há um ano 11,8% há dois anos e 11,8% há mais de dois anos. Com relação à carga horária do treinamento 58,8% foi de três dias, 17,6% foram de uma semana, 5,9% foi de um dia. Quanto ao registro da vacina no cartão observou-se que 94,4% estão adequados para as normas e apenas 5,9% estava inadequado. Entretanto, quanto ao boletim de doses diária aplicada diária percebeu-se que 88,2% utilizam o mesmo e 11,2% não fazia uso. Contudo, quanto ao acolhimento em sala de vacina 94,1% responderam que faz e 5,9% responderam que não faz. E quanto a explicar sobre os efeitos adversos ocorridos sobre vacinas foram 100% afirmaram realizar.

Para MS (2001), as atividades realizadas em sala de vacina são desenvolvidas pela equipe de enfermagem que são capacitados com treinamento específico no manuseio, conservação, e a administração dos imunobiológicos. Onde a equipe deve ser composta especificamente por dois técnicos ou auxiliares de enfermagem por cada turno de trabalho. A orientação e o treinamento em serviço devem ser realizados por um enfermeiro. Conforme os resultados encontrados, observou-se que quanto à atividade realizada em sala de vacina é exercida pelo técnico de enfermagem sob orientação e supervisão do enfermeiro que atua sob forma subsidiária, e parcialmente nessa atividade. Assim podemos observar que os profissionais que estão atuando em sala de vacina estão de acordo com lei 7.498/86, lei do exercício profissional, Art. 12 e 15 aos quais referem que pode ser delegada a função aos técnicos de enfermagem

de caráter técnico sob supervisão dos enfermeiros (COREN-CE, 1986).

O vacinador para ser resolutivo deve manter uma postura criativa; para isso a capacitação é especial para esse fim, ela deve ser capaz de criar vínculo com a clientela e a postura que vai atender ao acolhedor. Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar e dar ouvidos, crédito e agasalhar, receber e atender bem (FERREIRA, 2004).

Conclusão

A partir do estudo realizado no município de Icó verificou-se que há 16 salas de vacina e uma das unidades não possuía sala de vacina. A maioria das salas mostrou-se cumpridoras das normas preconizadas pelo PNI. Porém, ainda há uma grande precariedade em sua estrutura física principalmente quanto à climatização das salas, considerando que o clima do município de Icó é bastante quente girando em torno de 30°C a 40°C diariamente. A importância do cuidado com a climatização do ambiente se deve ao fato de as vacinas serem termo lábeis necessitando de uma temperatura ambiente entre 18°C e 20°C e conservadas internamente entre +2 e +8. Com relação às paredes e o teto das salas deixaram a desejar por não serem adequadas. Mesmo assim o serviço prestado a população é de boa qualidade.

Quanto aos dados encontrados na organização interna da geladeira observou-se a necessidade de uma geladeira exclusiva para os insumos uma vez que das 17 unidades seis geladeiras eram compartilhadas com a insulina, pois o MS preconiza que a geladeira seja de uso exclusivo para vacinas e não deve conter nem outro tipo de medicamento ou qualquer outra que não seja vacina.

Com relação às caixas térmicas das unidades analisadas apenas 02 unidades possuíam duas caixas uma para vacinas virais e outras para vacinas bacterianas que é o correto segundo MS, mas devido à falta de investimento por parte dos nossos gestores que deixam muito a desejar.

Contudo, ao realizar o estudo pode-se observar que apesar de todos os avanços e tecnologia de ponta e investimento garantindo ainda há muito a se fazer na sala de vacina como: incentivar uma educação continuada em capacitações eficazes e segura para uma boa preparação dos profissionais na busca do aperfeiçoamento no campo da vacina que está sempre em processo de mudança e com o surgimento de novos imunobiológicos, na garantia da conservação, transporte, temperatura, na qualidade dos imunobiológicos e na aplicação e especialmente na imunização eficaz.

Referências

ALYRIO, R.D. Metodologia Científica. PPGEN: UFRRJ, 2008.

ARANDA, Clelia Maria Sarmiento de Souza; MORAES, José Cássio de. Rede de frio para a conservação de vacinas em unidades públicas do município de São Paulo: conhecimento e prática. Rev. bras. epidemiol. São Paulo, v. 9, n. 2, Jun 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica, Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações, Coordenação Geral de Custos e Investimentos em Saúde e Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de Rede de Frio - Orientações Técnicas para o planejamento arquitetônico e de engenharia na construção, reforma e ou ampliação das Centrais Estaduais de Rede de Frio. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações 30 anos/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BREVIDELLI, Maria Meimei; DOMENICO, Edvane Birelo Lopes. TCC – Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área de saúde. 3ed. rev. e atual.. São Paulo: Látria, 2009.

COREN-ce. Conselho Regional de Enfermagem - Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. “Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem”. Disponível em: <<http://www.portalcorence.gov.br/web/legislacao/leis/l7498.htm>>. Acesso em 20 de abril de 2014.

DOMINGUES, Carla Magda Allan S; TEIXEIRA, Antônia Maria da Silva. Coberturas vacinais e doenças imunopreveníveis no Brasil no período 1982-2012: avanços e desafios do Programa Nacional de Imunizações. Epidemiol. Serv. Saúde, Mar. 2013, v.22, n.1, p.9-27.

FEIJO, Ricardo Becker; SAFADI, Marco Aurélio P.. Imunizações: três séculos de uma história de sucessos e constantes desafios. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 82, n. 3, 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa. Editora Positivo, 2004.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne; PINHEIRO, Rosane. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 17, ago. 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. 2013. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/D17>>. Acesso em 19 de Nov de 2013.

Moura MM. Organização de serviços de imunização. In: Farhat CK, Wick LY, Carvalho LHR, Succi RCM. Organizadores. Imunizações - Fundamentos e Prática. 5a ed. p.136 -146. São Paulo: Atheneu; 2000.

PEDRAZZANI, Elisete Silva *et al.* Implantação de um banco de dados em vacinação: experiência desenvolvida em um projeto de integração. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2002, v.10, n.6, pp. 831-836.

PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. Cad. Saúde

Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 5, Out. 2003.

PEREIRA, Maria Aparecida Diniz, BARBOSA, Sandra R. de Souza. O Cuidar de Enfermagem na Imunização: os mitos e verdade. Rev. Meio Adib. Saúde; v. 2, n.1. p. 76-88, 2007.

QUEIROZ, Syntia Assis de *et al.* Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação e suas condições de funcionamento. **Rev. Rede, Fortaleza**, v. 10, n. 4, out./dez.2009.

RICHARDSON, R. J. Pesquisa Social: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 1999.

SCARAMUZZO, M. Valor Econômico. 2010. Disponível em: <<http://www.valoronline.com.br>>. Acesso em 20 de out de 2013.

SILVA, Mônica Vanessa Ochoa; FIGUEIREDO, Maria Renita Burt. Percepção dos enfermeiros sobre sua atuação nas salas de vacinação. 2010.

TEMPORÃO, J. G.: O Programa Nacional de Imunizações (PNI): origens e desenvolvimento. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol. 10 (suplemento 2): 601-17, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s2/a08v10s2.pdf>> Acesso em 25 de Ago e 2013.

VASCONCELOS, Kelly Cristina Impede; ROCHA, Sueli Alves; AYRES, Jairo Aparecido. Avaliação normativa das salas de vacinas na rede pública de saúde do Município de Marília, Estado de São Paulo, Brasil, 2008-2009. Epidemiol. Serv. Saúde, vol.21, no.1, p.167-176. Mar. 2012.

VICTORA, Cesar G. 40 anos do Programa Nacional de Imunizações: o desafio da equidade. Epidemiol. Serv. Saúde, vol.22, nº.2, p.201-202. ISSN 1679-4974. Jun 2013.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter me dado condições de lutar e alcançar os objetivos pretendidos que tanto foi sonhado e desejado.

ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO: FATORES DE INFLUÊNCIA NA SUA DECISÃO E DURAÇÃO

Karolliny Abrantes de Sousa – Universidade Federal de Campina Grande (karolabrantescz@gmail.com)

Dayanna Mayara Moreira de Alencar – Universidade Federal do Ceará

Manuella Uilmann Silva da Costa Soares – Universidade Federal de Campina Grande

Maria Soraya Pereira Franco – Universidade Federal de Campina Grande

Thyago Leite Campos de Araújo – Faculdade Leão Sampaio

Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Aleitamento materno. Gestantes. Desmame

Resumo

Diversos fatores estão associados à ocorrência do desmame precoce: primiparidade, uso de chupetas, apoio familiar, acompanhamento pré-natal e assistência ao parto. O objetivo deste trabalho foi conhecer o perfil das mães que apresentam maior dificuldade no período de aleitamento materno exclusivo; identificar as dúvidas e dificuldades mais relatadas; e determinar a prevalência da amamentação. Através de palestras e aplicação de questionário pode-se concluir que dentre as 48 gestantes entrevistadas (100%), 35 (72,91%) eram maior de 20 anos de idade e 13 (27,08%) menor de 20 anos, das quais 26 (54,16%) tinham mais de um filho vivo, 5 (10,41%) tinham apenas um filho vivo e 17 (35,41%) encontravam-se na primeira gestação atualmente. Das 31 entrevistadas que relataram quanto a experiência de um filho vivo ou mais, 26 delas (83,87%) referem ter amamentado em algum momento de suas vidas, enquanto que 5 (16,12%) referem nunca ter amamentado. Quando interrogadas a respeito da maior dificuldade durante o período de amamentação, das 26 mães que referiram ter amamentado filhos anteriores, 12 (46,15%) queixavam-se de dor, 11 (42,30%) referiam queixas em relação a qualidade ou quantidade do leite, e 3 (11,53%) ainda referiam causas diversas, como volta ao trabalho. Observou-se também que das 26 mães que já haviam amamentado outros filhos, 15 (48,38%) desmamaram precocemente seus filhos antes dos seis meses e 11 (35,48%) referiam ter amamentado seus filhos por mais de um ano. A precariedade das orientações sobre o aleitamento exclusivo, associada as queixas referidas podem determinar a duração e decisão da sua prática.

Introdução

A amamentação é fundamental para a saúde das crianças, resultando em benefícios nutricionais, imunológicos, emocionais e econômico-sociais, com reflexo em seu desenvolvimento infantil, além de apresentar vantagens para a saúde materna. (SANTOS, et al., 2009)

Nos últimos anos, o estímulo ao aleitamento materno é preocupação por parte de todos que norteiam o sistema de saúde, profissionais e serviços de saúde, órgãos governamentais, no intuito de se promover a saúde materna e infantil. Todavia, ainda é expressivo o número de desmame precoce pelas nutrízes brasileiras. (SANTOS et al., 2009)

A decisão da mulher em amamentar seu filho está interligada a sua história de vida, aspectos emocionais, familiares, sociais, econômicos e culturais. Bem como o desmame precoce está relacionado às representações sociais e culturais e a subjetividade da mulher. (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; PERCEGONI et al., 2002)

Considerar a amamentação satisfatória e adequada é uma questão familiar em parceria com a equipe de saúde local, isso leva a satisfação em números e qualidade da assistência prestada as famílias de qualquer área de abrangência. Muitas vezes, os conhecimentos das mães sobre questões fundamentais da amamentação são insuficientes, não permitindo o sucesso pleno do aleitamento materno e, conseqüentemente, o desmame precoce (SANDRE-PEREIRA et al., 2000; PERCEGONI et al., 2002).

A amamentação natural é apontada como fator de proteção contra cólicas nos primeiros meses de vida, sendo mais frequente em crianças desmamadas (SAAVEDRA et al., 2003).

Ao se alimentar exclusivamente com o leite materno nos primeiros seis meses de vida, a criança confere ao seu organismo imunidade a doenças que acometeriam o trato gastrointestinal, respiratório e urinário. O aleitamento exclusivo atua ainda na prevenção da anemia, cáries dentárias, alergias, obesidade, diabetes insulino-dependentes, entre outras patologias. A longo prazo, a criança alimentada ao seio materno exclusivamente no primeiro semestre de vida, apresenta redução da pressão sanguínea, diminuição do colesterol total, melhor performance nos testes de inteligência, menor prevalência de sobrepeso e de obesidade decorrente do diabetes tipo II. Todos esses benefícios para a criança associados aos fatores positivos para a mãe, como a perda de peso mais fácil e a queda das chances do câncer de mama, podem ser facilmente relatados e discutidos em consultas individuais durante o pré-natal e puerpério, como também abordado durante visitas domiciliares e palestras educativas e incentivadoras na Unidade Básica de Saúde (FALEIROS et al., 2006).

Tal como a nutriz, é importante que toda a família tenha informações sobre o processo de aleitamento, possíveis desconfortos, dificuldades de adaptação mãe-filho, vantagens nutricionais para o desenvolvimento da criança, que são influenciadas diretamente pelo sucesso ou fracasso do aleitamento.

Embora as ações educativas no pré-natal acerca da importância do aleitamento materno sejam preconizadas, ainda assim percebeu-se que as orientações as mães e famílias, nesta Unidade de Saúde, ainda não estão consolidadas. Nesta linha de pensamento, este estudo objetivou investigar os conhecimentos das mães sobre o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida, as dúvidas e dificuldades mais frequentes, além da importância do apoio familiar neste período.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido com mães acompanhadas no PSF IV do município de Porteiras – CE. Todas as gestantes foram convidadas a participar de encontros mensais, no período de julho a dezembro de 2013, na Unidade Básica de Saúde (PSF IV), com datas marcadas e comunicadas através dos agentes comunitários de saúde, onde nesses encontros eram expostos as vantagens do aleitamento materno exclusivo, benefícios mãe-filho-família, e ainda eram distribuídos questionários para as ouvintes para que elas pudessem responder acerca de suas principais dúvidas de forma clara e anônima. Com base nas respostas destes questionários eram montadas as apresentações dos encontros seguintes, tornando o assunto mais interessante as mães. Foram convidadas para as reuniões todas as gestantes acompanhadas no PSF IV do município de Porteiras – CE no período de junho a dezembro de 2013, totalizando 48 participantes como ouvintes. Para coleta de dados foram aplicados questionários em todos os encontros mensais seguindo um roteiro com as seguintes perguntas: 1) Idade? 2) Quantas gestações? 3)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Quantos filhos amamentados exclusivamente nos primeiros seis meses de vida? 4) Qual a sua maior dificuldade durante o período de amamentação? 7) Você teve apoio familiar na amamentação? Todas as respostas foram analisadas e transcritas a cada reunião, mantendo sempre o anonimato, eram então utilizadas como base para a preparação das reuniões posteriores, garantindo sempre que mais pacientes comparecessem aos encontros.

Como critério de inclusão: Gestantes de qualquer idade que estivessem em acompanhamento no PSF IV do município de Porteiras – CE; e como critério de exclusão: aquelas em que não se pode avaliar as respostas através do questionário por motivos diversos.

Concluídas três reuniões, fez-se uma visão geral sobre os conhecimentos maternos a respeito do aleitamento materno exclusivo no primeiro semestre de vida da criança, bem como as dúvidas e dificuldades mais frequentes relatadas através dos questionários e em conversa aberta durante as reuniões. Pode-se estabelecer também a importância do contexto familiar durante esse período.

Resultados e Discussão

Concluídas três reuniões com as gestantes do PSF IV, com pacientes diversas e em meses diferentes (Julho - , Setembro e Dezembro), podemos avaliar o perfil dessas mães e suas dificuldades mais comuns em relação ao aleitamento materno. Depois de excluídos os questionários incompletos ou incompreensíveis, pode-se concluir que dentre as 48 mães entrevistadas (100%), 35 delas (72,91%) eram maior de 20 anos de idade e 13 delas (27,08%) menor de 20 anos, das quais 26 (54,16%) delas relataram ter mais de um filho vivo, 5 (10,41%) tinham apenas um filho vivo e 17 (35,41%) delas encontravam-se na primeira gestação atualmente. Das 31 entrevistadas que relataram que tinham a experiência de um filho vivo ou mais, 26 (83,87%) delas referem ter amamentado em algum momento de suas vidas, enquanto que 5 (16,12%) delas referem nunca ter amamentado.

Quando interrogadas a respeito da maior dificuldade durante o período de amamentação, das 26 mães que referiram ter amamentado filhos anteriores, 12 (46,15%) queixavam-se de dor, 11 (42,30%) referiam queixas em relação a qualidade ou quantidade do leite, referindo que o mesmo era insuficiente, fraco para o sustento da criança ou que o mesmo havia “secado”, e 3 (11,53%) delas ainda referiam causas diversas, como volta ao trabalho.

Observou-se também que das 26 mães que já haviam amamentado outros filhos, 15 (48,38%) delas desmamaram precocemente seus filhos antes dos seis meses e 11 (35,48%) delas referiam ter amamentado seus filhos por mais de 1 ano, mesmo que de forma incorreta (complementação). Ao compararmos o estudo com os dados colhidos por PARADA et al, podemos observar que a grande maioria das crianças do estudo também recebia o leite materno (83,3%), porém chama atenção para a baixa prevalência do Aleitamento materno exclusivo, inclusive entre os menores de 4 meses (25,4%). Comparando ainda o estudo atual com o de PARADA et al, é importante ressaltar que a prevalência do aleitamento materno exclusivo entre os menores de seis meses e do próprio aleitamento materno no primeiro ano de vida também não se associou ao fato dessas mães serem adolescentes, uma vez que a maioria das mães do estudo eram maiores de 20 anos.

De todas as mães com 1 filho vivo ou mais (31), 25 (80,64%) delas afirmaram ter oferecido bicos diversos para seus filhos (chupetas, mamadeiras etc), enquanto que apenas 6 (19,35%) delas negaram o uso de bicos. Das 48 entrevistadas, todas elas informaram ter apoio familiar durante o período de amamentação, também não havendo relação entre ter recebido influência familiar positiva e a manifestação materna de sentimento de segurança com a prática do aleitamento materno.

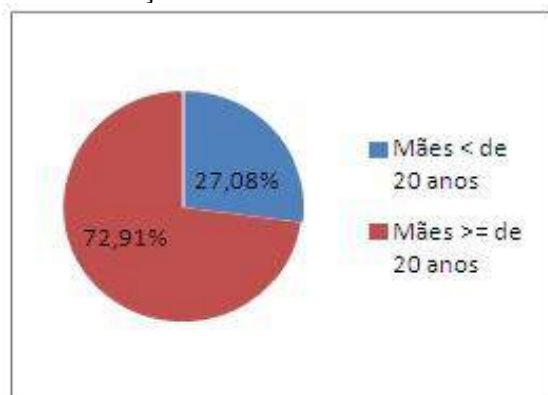


Gráfico 1- Idade das Mães

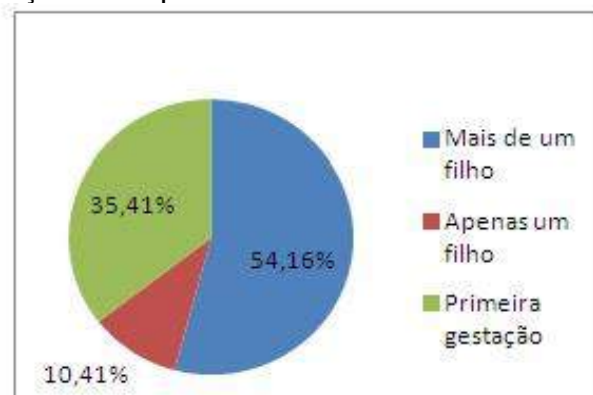


Gráfico 2- Quantidade de Filhos Vivos

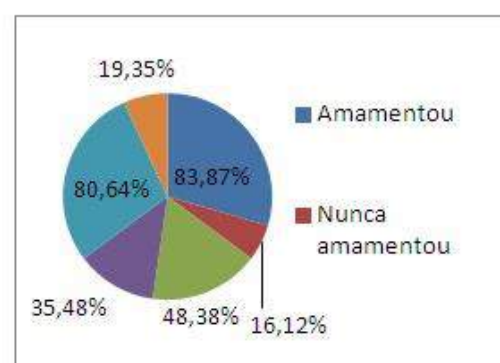


Gráfico 3 - Prevalência da amamentação entre as mães com um filho vivo ou mais

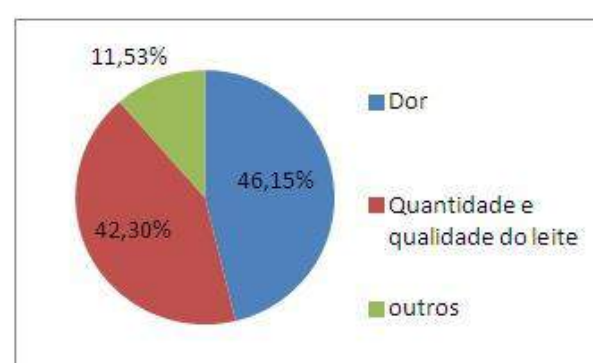


Gráfico 4 - Dificuldades relatadas pelas mães durante a amamentação.

Conclusão

A falta do preparo dos profissionais de saúde que possam orientar e desenvolver programas educativos de estímulo ao aleitamento materno, pode influenciar na adesão correta das mães usuárias da Unidade Básica de saúde a essa prática saudável. Diante desse estudo, podemos concluir que a maioria das entrevistadas que referiram ter amamentado seus filhos, amamentaram por tempo e forma inadequada conforme as orientações do Ministério da saúde, da mesma forma que revelaram em grande número que já ofereceram algum tipo de bico artificial para seus filhos. É importante ressaltar que todas elas referiam terem sido incentivadas pelos familiares

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

durante a amamentação nos fazendo considerar mais uma vez o papel dos profissionais de saúde no processo educativo dessas usuárias e seus familiares na forma correta da amamentação.

As palestras ministradas na própria Unidade de Saúde garantiram discussões construtivas entre profissionais e pacientes, nestas podemos trocar informações importantes de forma clara e educativa, garantindo para ambas as partes um aprendizado relevante para toda uma vida, provando que esta prática deve ser mantida de forma regular garantindo mudanças de hábitos, esclarecendo dúvidas e mitos, encorajando essas pacientes a prática do aleitamento materno e enfatizando os efeitos nocivos da administração de quaisquer outros líquidos (lácteos ou não) nos primeiros seis meses de vida da criança.

Referências

FALEIROS, Teresa Francisca Veneziano; TREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração, Rev. Nutr; 19(5):623-630, set.-out.2006.

PARADA C.M.G.L, et al., Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. Rev Latino-am Enfermagem; 2005 maio-junho; 13(3):407-14.

PERCEGONI, N. et al. Conhecimentos sobre aleitamento materno de puérperas atendidas em dois hospitais de Viçosa, Minas Gerais. Revista de Nutrição, Campinas, v. 15, n. 1, p. 29-35, 2002.

SAAVEDRA, M.A.L. et al. Incidência de cólica no lactente e fatores associados: um estudo de coorte. Jornal de Pediatria, Porto Alegre, v. 79, n. 2, p. 115-122, 2003.

SANDRE-PEREIRA, G. et al. Conhecimentos maternos sobre amamentação entre puérperas inscritas em programa de pré-natal. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 457-466, 2000.

SANTOS, Juliana Silva dos; ANDRADE, Marilda; SILVA, Jorge Luiz Lima da; Fatores que influenciam no desmame precoce: Implicações para o enfermeiro de promoção da saúde na estratégia de saúde da família. Informe-se em promoção da saúde, v.5, n.2, p.26-29, 2009.

SILVA, Amauri Pinto da; SOUZA, Nelson de. Prevalência do Aleitamento Materno, Rev. Nutr; 18(3), 301-310, maio-jun.2005.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Porteirás- CE, e a todos que contribuíram para o desenvolvimento deste projeto.

ADESÃO DOS PACIENTES HIPERTENSOS AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

Priscila França de Araújo- Universidade de Fortaleza-UNIFOR. ilafranca@yahoo.com.br
Antonio Uelton de Araujo da Silva-Faculdades Nordeste-FANOR
Gracielle Alves Remigio Moreira-Universidade de Fortaleza-UNIFOR
Iranildo Lopes de Oliveira-Faculdades Nordeste-FANOR
Tassianny Ferreira Nobre- Faculdades Nordeste-FANOR
Monalisa Abrante Mariano Costa-Universidade de Fortaleza-UNIFOR

Palavras-chave: Adesão. Hipertensão. Promoção da Saúde. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo descrever a adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uma Unidade de Saúde no município de Cascavel-CE. Para alcançarmos os objetivos, realizamos um estudo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quantitativa. O estudo foi composto por 113 participantes. A coleta dos dados foi realizada por um questionário que abordou variáveis socioeconômicas-demográficas relacionadas à adesão ao tratamento. Os dados foram analisados pelo programa EPI INFO versão 6.04. O presente estudo está de acordo com os aspectos éticos, tendo sido submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Os resultados apontaram para o predomínio da população feminina. Os achados demonstraram que os pacientes apresentam uma boa adesão, entretanto, a falta de orientação, esquecer-se de tomar a medicação, falta de medicação são fatores que interferem na adesão. Percebemos a partir dos resultados que diversos fatores podem interferir na adesão ao tratamento. Nesse contexto, o presente estudo nos possibilitou conhecer a adesão do paciente hipertenso ao tratamento farmacológico e os principais fatores que estão associados, logo para que ocorra uma boa adesão é preciso que seja desenvolvido um trabalho multiprofissional no qual o indivíduo seja o principal sujeito do cuidado. Destacamos a importância da identificação dos casos de não adesão e posteriormente os profissionais revisem constantemente as prescrições de maneira que a adesão seja otimizada, por isso é importante que toda a equipe participe da assistência ao hipertenso.

Introdução

A transição demografia é uma tendência em diversos países do mundo, que é caracterizada pela diminuição das taxas de fecundidade, aumento da expectativa de vida e envelhecimento da população. Em contrapartida, está ocorrendo uma transição epidemiológica com o aumento significativo das condições crônicas. O que muda em relação aos países são o estágio e a velocidade em que esse processo é desenvolvido, por isso a modificação do estilo de vida e dos padrões de consumo repercute diretamente no processo de adoecimento das pessoas, associado ao envelhecimento e o descuido com a saúde (MENDES, 2011).

As doenças crônicas compõem o conjunto de condições crônicas. Em geral, estão relacionadas a causas múltiplas, são caracterizadas por início gradual, de prognóstico usualmente incerto, com longa ou indefinida duração. Geralmente apresentam curso variável com períodos de agudos, podendo por vezes gerar incapacitação e requerer cuidados contínuos, pois nem sempre a cura é alcançada. Apresentam também, forte carga de morbidades relacionadas, sendo responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava (MENDES, 2012).

Dentre as principais doenças crônicas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), apresenta-se como uma das doenças de maior incidência e que causa forte comprometimento na vida dos portadores dessa patologia (WILLIAMS, 2010). Nos últimos 20 anos pesquisas apontam que a prevalência da HAS chega à 30% na população brasileira (CESARINO *et al.*, 2008).

Segundo Brandão *et al.* (2010), se considerarmos os valores de PA > 140/90 mmHg como hipertensão, a prevalência dessa doença na população brasileira fica entre 22,3% e 43,9%, (média de 32,5%). Na faixa etária entre 60 e 69 anos pode acometer 50% da população, e 75% da população acima de 70 anos são portadores de HAS.

A hipertensão arterial é uma doença multicausal, por isso o tratamento envolve diversos pontos. Dentre os fatores de controle da hipertensão arterial, as mudanças no estilo de vida e adesão ao tratamento farmacológico se destacam como as principais medidas de controle dessa patologia.

A adesão a hábitos saudáveis favorece a redução da pressão arterial e contribui para redução das complicações. Segundo Oliveira *et al.* (2013), somente um terço das pessoas acompanhadas pelos serviços de saúde tem sua pressão arterial mantida em níveis desejáveis. Nesse contexto, o tratamento é a principal ferramenta de suporte para os profissionais e para os pacientes.

No entanto, estima-se que 50% das pessoas regularmente acompanhadas em serviços de saúde apresentam pressão arterial mantida em níveis indesejáveis. A não adesão é identificada como a causa principal da Pressão Arterial (PA) não controlada (BEN, 2011). A baixa adesão ao tratamento é apontada como um dos importantes determinantes desse problema (SANTA-HELENA *et al.*, 2010).

Nesse contexto pesquisar a adesão ao tratamento é um caminho para descobrirmos importantes estratégias para entendermos o fenômeno da adesão ao tratamento e ao mesmo tempo qualificar os cuidados e elevando os níveis de resolutividade dos serviços de saúde (NEMES *et al.*, 2009).

Espera-se com este estudo, contribuir com o conhecimento dos profissionais para que estes sejam facilitadores na adesão aos tratamentos da hipertensão, além de fazê-los refletir sobre a prescrição de cuidados para esses cidadãos, permitindo qualificar as ações do serviço, pois para que uma prescrição de um cuidado seja eficaz, é necessário considerar vários fatores, destes destacam-se a condição socioeconômica, o acesso e acessibilidade dos serviços de saúde.

Baseado nesse enfoque, objetivou-se descrever a adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uma Unidade de Saúde no município de Cascavel-CE.

Metodologia

O trabalho desenvolvido seguiu os preceitos do estudo transversal, exploratório-descritivo com abordagem quantitativa, cujo intuito é descrever a adesão ao tratamento farmacológico dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) em uma Unidade de Saúde no município de Cascavel-CE.

A pesquisa foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) Marta Moura, localizada no município de Cascavel-CE, no período de abril à junho de 2014.

A população do estudo foi composta por 113 participantes e os critérios de inclusão foram: I) ter cadastro na unidade há mais de 06 meses; II) não apresentar outras co-morbidades que não sejam de origem cardiovascular; Os critérios de exclusão contemplaram: I)

deficiência cognitiva; II) pessoas cadastradas que não foram localizadas.

Os dados foram coletados através de questionário elaborado pelos responsáveis pela pesquisa sendo composto por questões abertas e fechadas, contendo dados referentes à caracterização socioeconômica-cultural dos participantes, terapêutica medicamentosa, hábitos e estilo de vida.

Os dados foram, organizados e processados utilizando o programa EPI INFO Versão 6.04, e posteriormente apresentados em forma de gráficos e tabelas, sendo analisados em caráter descritivo baseado na literatura pertinente e nos comentários do pesquisador.

O componente ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa, como preconiza os princípios da ética envolvendo seres humanos, no qual os participantes da pesquisa foram informados do intuito da pesquisa e posteriormente assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), com o parecer nº 618.821/2014.

Resultados e Discussão

Ao avaliarmos a adesão ao tratamento farmacológico identificamos que 70,80% (80) dos hipertensos tomam todas as medicações de acordo com a prescrição médica. No entanto, 74 (65,49%) participantes afirmaram que tomam a medicação no horário recomendado. Corroborando com esses resultados a próxima variável que investiga se o paciente tem problemas para lembrar-se de tomar a medicação constata que 50 (44,64%) não têm problema de lembrar-se de tomar a medicação.

Ainda de acordo com os resultados anteriores, quando são avaliados as quantidades de vezes que se esqueceram de tomar a medicação, 50 hipertensos (40,7%) referem que nenhuma vez durante a semana do preenchimento do questionário esqueceram-se de tomar as medicações prescritas, 35 (33,02%) esqueceram uma vez, 24 (22,64%) esqueceram duas vezes, e apenas 04 (3,77%) esqueceram três vezes na semana. É importante ressaltar que o responsável pela administração da medicação em 86,61% (99) entre os participantes é o próprio paciente. Vale ainda revelar que 100% dos participantes afirmam que o custo da medicação em uso é do serviço público.

Foi identificado que quando apresenta melhoras 82 (72,57%) permanecem tomando as medicações e 03 (2,65%) às vezes deixam de tomar a medicação ao apresentarem melhoras dos sintomas consequentes da elevação da pressão arterial, ou apenas melhora dos níveis pressóricos. Podemos sugerir que esta constatação sofre influência direta da presença ou não de efeitos adversos das medicações prescritas, sendo este referido por 29 (25,66%) dos hipertensos, já que 82 (72,57%) não referem e apenas 02 (1,79%) às vezes sentem algum efeito adverso.

Discussões

Ao analisarmos a adesão ao tratamento farmacológico percebemos que à tomada da medicação conforme prescrição médica, o horário da prescrição e quanto ao esquecimento da administração, os resultados encontrados são compatíveis com trabalho de Figueiredo e Asakura (2010), no qual 67% esqueceram-se de tomar a medicação, demonstrando que tomar a medicação de acordo com a prescrição e nos horários adequados é um dos desafios do hipertenso; e contradiz os resultados apresentados por (Carvalho *et al.*, 2012) que afirma em seu estudo que a maioria dos participantes não tem problemas de tomar a medicação conforme a prescrição. A complexidade do regime terapêutico pode ser outra dificuldade para aumentar o nível de adesão conforme apresenta Lima *et al.* (2010), pois quanto mais complexo a terapêutica prescrita maiores são as chances dos pacientes não segui-las.

Percebemos com isso a necessidade dos profissionais reforçarem as orientações e ao mesmo tempo buscar inserir a família no contexto do cuidado, pois quando os familiares tem conhecimento da doença, tratamento e orientações, os mesmos poderão participar de forma eficiente e direta e esse paciente receberá um cuidado diferenciado e a adesão ao tratamento será facilitada.

Para Perin (2004) a família é altamente relevante para melhoras de hábitos saudáveis, estilo de vida e adesão ao tratamento, por ela ser a primeira fonte de contato aos quais os indivíduos buscam ajuda para solucionar os seus problemas, logo a família deve ser envolvida diretamente no tratamento dos portadores de HAS.

No que se refere à administração da medicação, predominou a administração da medicação pelo próprio hipertenso (86,61%). Assim como Gilsogamo *et al.* (2008) que encontraram em seu estudo que 84% dos entrevistados são os próprios responsáveis pela administração de seus medicamentos, sugerindo que esses resultados indicam que a família tenha desconhecimento das necessidades do paciente e da importância da participação da mesma para melhorar a adesão.

Nessa perspectiva, identificamos que alguns pacientes (21,23 %) deixam de tomar a medicação quando apresenta melhoras o que contradizem investigações semelhantes que tem por base o teste de Morisky e Green (UNGARI, 2010; EID *et al.*, 2013). Percebemos com isso que a ausência de sintomas é um fator que interfere na adesão e que ao deixar de tomar a medicação por sentir melhora o paciente está correndo o risco de aumentar os níveis pressóricos e consequentemente poderá apresentar complicações como o infarto e o acidente vascular encefálico, sendo, por isso, é essencial as orientações durante as consultas.

Outro fator que pode estar associado ao abandono do tratamento farmacológico é a presença ou não de efeitos adversos das medicações prescritas, sendo este referido por 25,66% dos hipertensos do estudo. Segundo Carvalho *et al.* (2012) os efeitos adversos, como a cefaleia e a vertigem, foram referidos por 18% e 11% dos pacientes, respectivamente. Já Gilsogamo *et al.* (2008), afirmam que apesar dos efeitos adversos a maioria não interrompem o tratamento.

Segundo Coelho e Nobre (2006), a simplificação do esquema terapêutico é uma alternativa; com a redução dos números de tomadas de medicação sem dúvidas a adesão irá melhorar, atrelado a isso o número elevado de doses poderá aumentar a incidência de reações adversas. O envolvimento de equipe multiprofissional é uma alternativa que pode melhorar na adesão, além de medidas que garantam o acesso do paciente ao medicamento anti-hipertensivo.

Conclusão

O presente estudo nos possibilitou conhecer a adesão do paciente hipertenso ao tratamento farmacológico e os principais fatores que estão associados, nessa perspectiva ressaltamos que vários são os elementos que podem interferir na adesão.

Algumas dificuldades para a adesão foram identificadas, dentre as principais a falta de medicação, esquecer-se de tomar o remédio no horário da prescrição se sobressaíram, fica nítido que para os pacientes apresentem uma boa adesão, vários fatores devem ser levados em consideração, pois tantos fatores ligados ao paciente como fatores externos contribuem para diminuir a adesão.

Notamos ainda que existe uma carência muito grande de informação e desconhecimento das principais complicações que a hipertensão pode causar, por isso faz-se necessário que os profissionais intensifiquem as orientações e também busquem realizar atividades e seções educativas, voltadas principalmente para o tratamento farmacológico, ressaltamos também que é preciso que se trabalhe com plano terapêutico menos complexo com o menor número de medicação prescrita possível.

Percebemos também que os pacientes apresentam uma boa adesão, porém é necessário que se tenha uma atenção no horário da administração da medicação e se as mesmas estão de acordo com a prescrição.

Salientamos que é importante que seja identificado os casos de não adesão e posteriormente os profissionais revisem constantemente as prescrições de maneira que a adesão seja otimizada, por isso é importante que toda a equipe participe da assistência ao hipertenso. Enfatizamos que o processo de cuidado dos pacientes hipertensos deve ser desenvolvido num contexto em que todas as pessoas estejam envolvidas, familiares, amigos e principalmente que o paciente seja o principal sujeito do cuidado.

Referências

- BEN, A. J. Confiabilidade e análise de desempenho de dois questionários de avaliação da adesão ao tratamento anti-hipertensivo: Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire. 2011. 108 f. Dissertação de mestrado, universidade federal do Rio Grande do Sul, UFRS. Porto Alegre, 2011.
- BRANDÃO, A. A. *et al.* Conceituação, epidemiologia e prevenção primária. J. Bras. Nefrol. São Paulo, v.32, n.1, p. 1-4, 2010.
- CARVALHO, A. L. M. *et al.* Adesão ao tratamento medicamentoso em usuários cadastrados no Programa Hipertensão no município de Teresina (PI). Ciência & Saúde Coletiva, v.17 n. 7, p.1885-1892, 2012.
- COELHO, E.B.; NOBRE, F. Recomendações práticas para se evitar o abandono do tratamento anti-hipertensivo. Rev. Bras. Hipertens, v. 13, n. 1, p. 51-4, 2006.
- EID, *et al.* Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: análise pelo Teste de Morisky-Green. Rev. Eletr. Enf, v.15, n.2, p. 362-7, 2013.
- FIGUEIREDO, N. N.; ASAKURA, L. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo: dificuldades relatadas por indivíduos hipertensos. Acta Paul Enferm, v.23, n.6 p.782-7, 2010.
- GILSOGAMO, C. A. *et al.* Fatores que interferem na adesão ao tratamento da hipertensão arterial sistêmica em pacientes atendidos no Núcleo de Atendimento ao Hipertenso (NAHI) e no Programa Saúde da Família (PSF), no município de Barbacena. Rev Bras Med Fam e Com, v.4, n.15, pp.179-188.2008.
- LIMA, T. M.; MEINERS, M. M. M.; SOLER, O. Perfil de adesão ao tratamento de pacientes hipertensos atendidos na Unidade Municipal de Saúde de Fátima, em Belém, Pará, Amazônia, Brasil. Rev Pan-Amaz Saude, v.1, n.2, p.113-120, 2010.
- MENDES EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 512. 2012.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- NEMES, M. I. B *et al.* Assessing patient adherence to chronic diseases treatment: differentiating between epidemiological and clinical approaches. Cadernos de Saúde Pública. v. 25, sup. 3, p.392-400, 2009.
- OLIVEIRA, T.L *et al.* Eficácia da educação em saúde no tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Acta Paul Enferm, v.26, n.2, p.179-84, 2013.
- PIERIN, A. M. G.; STRELEC M. A. A. M.; MION D JR. O desafio do controle da hipertensão arterial e a adesão ao tratamento. In: Pierin AMG. Hipertensão arterial: uma proposta para o cuidar. São Paulo: Manole; 2004. p. 275-89.
- SANTA HELENA. *et al.* Desenvolvimento e validação de questionário multidimensional para medir não-adesão ao tratamento com medicamentos. Rev Saude Publica. v.42, n.4, p.764-7.2008.
- UNGARI, A. Q.; FABBRO, A. L. Adherence to drug treatment in hypertensive patients on the Family Health Program. Braz. J. Pharm, v.46, n.4, p. 811-8, 2010.
- WILLIAMS, B. The year in hypertension. Journal of the American College of Cardiology, New York, v. 55, n. 1, p. 66-73, 2010.

Agradecimentos

Agradeço aos participantes do estudo por disponibilizarem o seu tempo e história de vida. Agradeço também a equipe da unidade na qual a pesquisa foi realizada, por fim agradeço as professoras que contribuíram para o enriquecimento desse trabalho. Meu muito Obrigado à Monalisa Abrante Mariano Costa, Priscila França de Araujo e Gracielle Alves Remigio Moreira.

ADOLESCER SAUDÁVEL: AÇÕES PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE.

Lumma Rodrigues Olavo – Universidade Estadual Vale do Acaraú. lummaolavo@gmail.com
Flávia Vasconcelos Teixeira – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Raissa Mont'Alverne Barreto – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Antônia Gabriela Aragão de Oliveira Macedo – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Vanessa Ximenes Bertoldo – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Adolescência. Vida saudável. Promoção da saúde.

Resumo

Buscou-se desenvolver ações de promoção de saúde, visando um estilo de vida saudável junto a adolescentes em uma escola da rede municipal na cidade de Sobral - CE. Trata-se de uma pesquisa-ação, tendo como enfoque uma abordagem quantitativa e qualitativa. A coleta de dados foi levantada através de um roteiro de observação e aplicação de um questionário com o público em questão e de intervenções que foram desenvolvidas em dois momentos distintos. Foram entrevistados 26 estudantes, dentre eles 22 homens e quatro mulheres. A faixa etária dos participantes variou de treze a quinze anos. Dos 26 que concordaram em responder ao questionário, apenas doze consentiram em realizar o IMC. Após análise, foi verificado que 25% dos entrevistados encontravam-se no baixo peso, o que pode estar associado ao baixo número de refeições diárias, referido como inferior a quatro, por 61% dos entrevistados. Ademais, foi averiguado que a não ingestão de frutas e verduras atinge a percentagem de 13% dos entrevistados. No tocante a outros meios de se adquirir uma qualidade de vida adequada, foi relatado pelos participantes, que os mesmos teriam um padrão de sono eficaz, bem como uma frequente prática de atividade física. Foram respeitados os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Introdução

A adolescência compreende o período de idade entre 10 e 19 anos e 11 meses e corresponde a 25% da população brasileira. Nesta fase, ocorrem as alterações biológicas específicas da puberdade, o estirão de crescimento, o desenvolvimento de gônadas e o surgimento de pelos e mamas. As mudanças físicas, emocionais, sociais e psicológicas específicas da adolescência têm grande importância no processo de busca de identidade. A busca da aceitação pode afetar o comportamento alimentar dos adolescentes, uma vez que as escolhas alimentares parecem ter um padrão típico e seletivo do grupo etário, como a preferência por alimentos gordurosos e doces.

Estudos que avaliam o consumo alimentar de adolescentes apresentaram como resultados dietas com alto teor energético e lipídico e uma correlação com o aumento da prevalência de sobrepeso/obesidade nesta faixa etária. A implementação de programas de educação nutricional nas escolas e a consequente criação de um ambiente favorável à saúde e à promoção de práticas alimentares e estilo de vida saudáveis constituem-se em importantes estratégias para enfrentar problemas alimentares e nutricionais como obesidade e doenças crônicas não transmissíveis associadas.

Visando à promoção da saúde e à prevenção da obesidade e de outras doenças associadas, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a iniciativa "Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde", aprovada em 2004 por 191 países. Entre as ações preconizadas, destacam-se aquelas visando à promoção de práticas alimentares saudáveis no âmbito escolar, como a regulamentação do comércio de alimentos em cantinas escolares.

Para promover hábitos alimentares mais saudáveis, e, conseqüentemente, diminuir os índices de obesidade, acredita-se que seja importante que as pessoas tenham conhecimentos de alimentação e nutrição. Diante dos índices de prevalência de má alimentação na adolescência, torna-se fundamental adotar estratégias que levem ao seu controle. A educação nutricional tem sido apontada como propósito a ser implantado para que a população tenha uma alimentação mais saudável e, dessa forma, consiga a manutenção de um peso adequado.

Apesar da existência da Lei de regulamentação das cantinas e que mesmo não havendo a comercialização de tais produtos dentro das escolas, a realidade é que esses produtos encontram-se disponíveis à venda na porta das escolas durante o horário do lanche. Isso acarreta na resistência dos alunos em aderir à merenda escolar ofertada pela escola, fazendo com que haja um maior número de adolescentes obesos. Com isso faz-se necessária a adesão de estratégias que visam uma diminuição dos índices de obesidade, como foco principal a reeducação alimentar. Faz-se necessário, portanto, a implementação de medidas que proíbam comercializar balas, pirulitos, gomas de mascar, refrigerantes, sucos artificiais, salgadinhos industrializados, fritos e pipocas industrializadas, no ambiente escolar, seguindo a Lei de Regulamentação das Cantinas. Além disso, precisa-se que seja implantada a adoção de alimentos saudáveis, tais como frutas e cereais.

Diante disso, foram desenvolvidas ações de promoção de saúde, visando um estilo de vida saudável junto a adolescentes. Buscou-se, ainda, averiguar o estado nutricional dos adolescentes, investigar o conhecimento dos participantes acerca de um estilo de vida saudável e promover ações educativas em saúde para o adolescer saudável.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa-ação com abordagem quantitativa e qualitativa, realizada em uma instituição pública de ensino no município de Sobral – CE. Constituíram como sujeitos dessa pesquisa 26 adolescentes, com faixa etária entre 13 e 15 anos, estudantes do 9º ano do ensino fundamental II, e que estavam matriculados e frequentando regularmente a escola escolhida. A coleta de dados foi levantada através de um roteiro de observação, um questionário com o público em questão e de intervenções que foram desenvolvidas em dois momentos distintos. As intervenções foram realizadas da seguinte forma: no primeiro momento, foi aplicado um questionário norteador, para averiguar os hábitos alimentares dos alunos. No segundo momento, foi abordado o tema supracitado através de uma palestra em que os discentes esclareceram algumas dúvidas, além da realização do IMC – Índice de Massa Corporal (realizado em 26 alunos, dentre eles, 22 são homens e 4 mulheres). Esta pesquisa, diante de sua abrangência e seu caráter avaliativo, buscou respeitar os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466/12, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 26 estudantes, dentre eles 22 homens e quatro mulheres. Dos 26 que concordaram em responder ao questionário, apenas doze consentiram em realizar o IMC. A faixa etária dos participantes variou de treze a quinze anos. Dentre os questionamentos indagados, buscou-se focar em quatro: 1. Quantas refeições diárias?; 2. Quantas frutas consome diariamente?; 3. Considera a alimentação adequada?; 4. Como considera o corpo?

Em relação ao número de refeições realizadas por dia, verificou-se que 61% dos entrevistados as efetuavam em um número inferior a quatro. Sendo que, apenas 13% alimentavam-se seis vezes ou mais. Ao serem indagados no que concerne ao motivo por realizarem esse número de refeições, a maioria referiu não ter condições socioeconômicas o suficiente, em contrapartida, outros afirmaram não sentirem a necessidade de aumentar o número de refeições.

Em referência à ingestão diária de frutas, foi notória a precariedade, demonstrada na percentagem de 13% aos que referiram não consumir nenhuma fruta e apenas 8% aos que declararam consumir cerca de três frutas diariamente. Contudo, foi relevante o número de adolescentes que referiram ingerir frutas na quantidade de uma a três vezes (79%). Foi explorado o motivo pelo qual os fazem consumir essas quantidades de frutas, segundo uma das perguntas do questionário; e foi referido que a maioria preferia alimentos com alto teor calórico e ricos em gorduras a frutas e verduras.

No que concerne à opinião dos estudantes a forma como consideram sua alimentação, a maioria afirmou considerá-la adequada (61%), todavia mostram-se relevantes os valores referentes àqueles que se opuseram a essa afirmação (39%). Os adolescentes que não julgaram sua alimentação adequada dividiram-se da seguinte forma: aqueles que optam por alimentos ricos em açúcares e gorduras, mesmo sabendo os malefícios desses alimentos e sabendo da importância da ingestão de alimentos saudáveis; e aqueles que afirmaram não saber ao certo quais os devidos alimentos que devem ser inseridos em sua dieta, bem como os tipos de alimentos considerados saudáveis.

No tocante ao questionamento acerca da forma como consideravam seu corpo, mais da metade dos entrevistados afirmaram considerá-lo normal, enquanto 23% vê-se magro, 19% gordo e 4% obeso.

Inicialmente foi pretendido avaliar os índices de obesidade, bem como avaliar a qualidade de vida do público-alvo, entretanto os resultados mostraram-se opostos no condizente à presença alarmante de adolescentes acima do peso. O que se encontrou foi cerca de 25% dos entrevistados com baixo peso, mas foi observado que os indivíduos que se negaram a verificar o IMC, em sua maioria, aparentavam exibir peso acima dos padrões. Os demais se enquadraram, em sua maioria, nos padrões de normalidade, o que representa 58%, além de 17% que apresentam IMC acima 25 (acima do peso). Ressalta-se que, dentre os 26 entrevistados, apenas doze consentiram em realizar o IMC.

Verificou-se que o prevalente número de estudantes enquadrados no baixo peso, pode estar associado ao número de refeições diárias efetuadas, bem como a má qualidade da alimentação, o que leva a um número relevante de indivíduos magros.

Acredita-se, portanto, que há uma precariedade na educação acerca da temática, no que se refere aos meios que direcionam a uma qualidade de vida saudável. Além disso, falta conscientização por parte daqueles que têm conhecimento. A escola desempenha relevante função neste caso, uma vez que, no referente à alimentação, esta poderia adequar seu cardápio, bem como proibir o comércio de alimentos gordurosos e ricos em açúcar.

Ademais, buscou-se focar apenas na alimentação, mesmo sabendo que muitos outros são os meios de se adquirir uma qualidade de vida adequada, pois os entrevistados afirmaram ter um padrão de sono eficaz, bem como uma frequente prática de atividade física.

Conclusão

Acredita-se na relevância do estudo para profissionais e estudantes da área da saúde, por focar a promoção de saúde em um público-alvo pouco abordado. A pesquisa procurou desenvolver uma educação em saúde relacionada à qualidade de vida, tendo como enfoque uma alimentação saudável, a um grupo de adolescentes de uma escola de ensino público. Constatou-se que existe uma precariedade quanto ao conhecimento acerca da temática, entretanto, aos que o detém, há uma falta de conscientização no que concerne à importância de se ter uma alimentação adequada.

Referências

- BRASIL. Conselho Nacional de saúde. Resolução 466/12. Brasília: Ministério da saúde, 2012.
- BUSS, P.M. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública. 1999; 15 Suppl 2:177-85.
- GABRIEL, C.G; SANTOS, M.V; VASCONCELOS, F.A. Avaliação de um programa para promoção de hábitos alimentares saudáveis em escolares de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Ver. Bras Saude Matern Infant. 2008; 8:299-308.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. DE A. Metodologia do trabalho científico. São Paulo: Atlas, 1996.
- LEÃO, L.S *et al.* Prevalência de obesidade em escolares de Salvador, Bahia. Arq. Bras EndocrinolMetab. 2003; 47:151-7.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). Estratégia global sobre dieta, atividade física e saúde. Processo de consulta. <http://www.who.int/hpr/qs/consultation.document.shtml>. Acesso: 10/10/2013.
- PÁDUA, E. M. M. Metodologia da Pesquisa: abordagem teórico - prática. 8. ed. Campinas: Papirus, 2002.
- POPE, C; MAYS, N. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
- SILVA, G. A. P *et al.* Prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças pré-escolares matriculadas em duas escolas particulares de Recife, Pernambuco. Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, Recife, v. 3, n. 3, p. 323-7, jul./set. 2003.
- THIOLLENT, M. Metodologia da Pesquisa-ação. Cortez Editora, 11. Ed, São Paulo, 2002.

Agradecimentos

Deixo os agradecimentos às acadêmicas com quem desenvolvi a ação, à nossa orientadora, a qual se mostrou bastante interessada e satisfeita com nosso trabalho, além da instituição que nos cedeu o espaço e seus alunos para que pudéssemos executar a intervenção.

AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE ENQUANTO PONTO DE INTERSECÇÃO ENTRE A SUPLEMENTAÇÃO PERICONCEPCIONAL DE ÁCIDO FÓLICO E MULHERES

Mayara Ingrid Souza e Silva (apresentador) – UFCG – mayaraingridesilva@gmail.com

Gabriela Oliveira Chaves – UFCG

José Olivandro Duarte de Oliveira – UFCG

Mariana Marinho Muniz de Andrade – UFCG

Nathanny Thuanny de Oliveira Alves – UFCG

Fátima Aparecida Targino Saldanha (Orientador) – UFCG

Palavras-chave: Ácido Fólico. Defeitos do Tubo Neural. Agentes Comunitários de Saúde. Promoção da Saúde.

Resumo

Em todo o mundo nascem cerca de 250 mil crianças portando defeitos de fechamento do tubo neural (DTN), tanto nas suas formas craniais (anencefalia) como nas formas que acometem a medula espinhal (espinha bífida). Apesar da recente exposição do ácido fólico (ou Vitamina B9) para a comunidade científica, apenas a partir da segunda metade do século XX, se observou a suplementação periconcepcional de ácido fólico. O caminho traçado possui uma trilha eminentemente quantitativa e qualitativa de caráter descritivo. Para a coleta de informações foram utilizadas as seguintes técnicas, como: visita à atenção básica de saúde, roteiro de entrevista com agentes de saúde, além de observação participante. O público alvo do projeto foi composto por um número de 13 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sexos masculino (15,4%) e feminino (84,6%), inseridos na Estratégia de Saúde da Família e atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro Malvinas do município de Campina Grande-PB. Os dados coletados a partir da aplicação das entrevistas mostraram que 100% das respostas foram positivas para o questionamento acerca do conhecimento sobre ácido fólico. Da mesma forma, 100% das respostas foram positivas para o conhecimento acerca da função do ácido fólico. Cabe reconhecer os ACS enquanto multiplicadores e elo entre a Academia e comunidade, podendo assim atingir não somente gestantes, mas também toda a população referenciada na Atenção Básica.

Introdução

Em todo o mundo nascem cerca de 250 mil crianças portando defeitos de fechamento do tubo neural (DTN), tanto nas suas formas craniais (anencefalia) como nas formas que acometem a medula espinhal (espinha bífida). Em face dessa realidade, os discentes do curso de Medicina da Universidade Federal de Campina Grande, alocados no projeto de extensão “Suplementação do Ácido Fólico para prevenção de defeito aberto do tubo neural nas mulheres em idade fértil: medidas educativas e preventivas para usuárias das Unidades Básicas de Saúde do bairro das Malvinas”, encontraram nos Agentes Comunitários de Saúde uma oportunidade de expandir o campo de atuação estudantil e proporcionar seu indiscutível benefício à população alvo.

A fim de adentrar nesse serviço essencial da Atenção Primária da Saúde, foi aplicado um questionário que pretendia avaliar o conhecimento dos ACS à cerca da relação entre ácido fólico e Defeitos no Tubo Neural.

Apesar da recente exposição do ácido fólico (ou Vitamina B9) para a comunidade científica, apenas a partir da segunda metade do século XX, já foi observado que quando há suplementação periconcepcional de ácido fólico ocorre redução tanto no risco de ocorrência como no risco de recorrência para os defeitos de fechamento do tubo neural em cerca de 50 a 70% (MARGOTTO, 2004). Além disso, a vitamina B9 interfere com o aumento dos eritrócitos, o alargamento do útero e o crescimento da placenta e do feto, (BALDINO, 2011) fazendo dessa substância alvo de intervenção governamental, recebendo destaque no Planejamento Familiar.

Portanto, nesse contexto de Planejamento Familiar, o papel dos ACS se pauta em visitas domiciliares que objetivam promoção de saúde e prevenção de agravos. Dentre tantas responsabilidades, um público alvo na atenção básica em saúde são as mulheres em idade fértil, que necessitam de cuidados específicos e direcionados nesse âmbito. Tendo em vista que a maioria das gestações não são planejadas e que o uso do ácido fólico deve ser iniciado antes da concepção, cabe aos ACS transmitir informação coerente sobre o tema a essas mulheres, promovendo uma mudança comportamental, tendo impacto direto na Saúde Pública.

Dessa forma, o objetivo desta reflexão é verificar o conhecimento dos ACS sobre o efeito do uso do Ácido Fólico no período periconcepcional e sua ação na prevenção dos defeitos de fechamento do tubo neural.

Metodologia

O caminho traçado possui uma trilha eminentemente quantitativa e qualitativa de caráter descritivo (GIL, 2006), pois partimos da concepção que as pesquisas necessitam se ancorar numa compreensão da realidade do processo saúde-doença. Em outras palavras, privilegiamos uma interpretação da atenção básica sistêmica e transdisciplinar (MORIN, 2007).

Para a coleta de informações foram utilizadas as seguintes técnicas, como: visita à atenção básica de saúde, roteiro de entrevista com agentes de saúde, além de observação participante (MINAYO et al., 2007). A coleta de dados foi feita por meio de Pesquisa de Campo (GODOY, 1995). Para o processamento e análise dos dados foi utilizada a técnica de análise estatística (ROUQUAYROL et al., 1999).

No que diz respeito aos procedimentos éticos, as pessoas submetidas à entrevista foram esclarecidas a respeito do projeto e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido comprovando sua voluntariedade na pesquisa. Todo o processo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos.

Resultados e Discussão

O público alvo do projeto foi composto por um número de 13 Agentes Comunitários de Saúde, sexos masculino (15,4%) e feminino (84,6%), inseridos na Estratégia de Saúde da Família e atuantes nas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro Malvinas do município de Campina Grande-PB. Salienta-se que o bairro em questão é caracterizado por um perfil sócio-demográfico vulnerável no processo saúde-doença.

Conforme incentivo realizado pelo Ministério da Saúde (MS) os Agentes Comunitários de Saúde foram inseridos, desde 1991, como colaboradores das ações de promoção da saúde e prevenção das doenças (BRASIL, 1993). Tendo em vista a eficácia e eficiência da atuação desses profissionais no que diz respeito à atuação junto às famílias cadastradas na Estratégia de Saúde da Família, torna-se evidente a influência dos seus conhecimentos nas ações promotoras de saúde.

O fechamento do tubo neural ocorre entre a 3ª e 4ª semana de vida pós-concepcional em quatro ou cinco pontos simultâneos e de forma bidirecional. Defeitos do fechamento do tubo neural decorrem de falha no adequado fechamento músculo-esquelético (crânio e coluna) que protege o sistema nervoso central e produzem uma série de malformações, dependendo do momento, extensão e altura da falha e representam importante causa de morbimortalidade infantil passível de prevenção (CASTILLA et al., 2003). Sua relação com o ácido fólico surgiu a partir de estudos que apontaram que a suplementação de ácido fólico tem impacto positivo na prevenção dessas malformações (BRANDÃO et al., 2011).

Os dados coletados a partir da aplicação das entrevistas mostraram que 100% das respostas foram positivas para o questionamento acerca do conhecimento sobre ácido fólico. Da mesma forma, 100% das respostas foram positivas para o conhecimento acerca da função do ácido fólico. E, contraditoriamente, apenas 15,4% dos entrevistados responderam "sim" ao conhecimento do conceito de defeito do tubo neural e a mesma porcentagem foi encontrada para a noção da relação entre ácido fólico e defeito do tubo neural, com duas explicações corretas para esta. Ainda nesse universo de 15,4%, respostas equivocadas foram obtidas com relativa facilidade.

Partindo do pressuposto da influência dos ACS na promoção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde, essa contradição nas respostas obtidas apresenta-se como fator preocupante no desenvolvimento correto das ações de saúde (O ACS, de fato, possui conhecimento sobre o ácido fólico? O que significa essa contradição quanto à noção de não saber o que são defeitos do tubo neural?).

Como uma das prováveis causas da falta de conhecimento, 84,6% dos ACS afirmaram nunca ter recebido capacitação sobre o tema em questão.

Conclusão

A partir dos dados obtidos foi identificado que o conhecimento dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o ácido fólico e sua associação com a prevenção de má-formações fetais não estão bem consolidados, sendo caracterizado por uma concepção equivocada do efeito do uso da vitamina B9 durante o período gestacional e sua atuação na prevenção dos defeitos do tubo neural.

Diante da importância do uso do ácido fólico no período periconcepcional para o transcorrer de uma gestação saudável tanto para a progenitora quanto para o conceito, com impactos diretos na saúde pública e tendo em vista o cenário atual analisado, é pertinente o desenvolvimento de uma política nacional de capacitação dos ACS, promovendo uma educação permanente com vistas a conscientizar os Agentes Comunitários sobre o real efeito do uso de ácido fólico durante o período periconcepcional e sua associação com a prevenção dos defeitos de fechamento do tubo neural, além de outros efeitos benéficos do seu uso para o desenvolvimento embrionário. Dessa forma, eles se tornarão multiplicadores e elo entre a Academia e comunidade, podendo assim atingir não somente gestantes, mas também toda a população referenciada na Atenção Básica.

Referência

- BALDINO, C.F. Prevalência de defeitos do tubo neural no estado de São Paulo antes e após fortificação das farinhas com ácido fólico. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem. São Paulo, 2011.
- BRANDÃO, A.H.F; CABRAL, A.C.V; CABRAL, M.A. Prevenção dos defeitos de tubo neural com o uso periconcepcional do ácido fólico. Revista Médica de Minas Gerais. Minas Gerais, abr/jun, 2011.
- CASTILLA, E.E; ORIOLI, I.M; LOPEZ, C.J.S; DUTRA, M.G; NAZER, H.J. Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations (ECLAMC). Preliminary data on changes in neural tube defects prevalence rates after folic acid fortification in South America. Am J MedGenet A. Dec 1; 123A(2):123-8, 2003.
- GIL, A. C. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, mai/jun, 1995.
- MARGOTTO, P.R. Assistência ao Recém Nascido de Risco. 2ª Edição, 2004.
- MINAYO, M. C. S. *et al.* Pesquisa Social: teoria, métodos e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- ROUQUAYROL, M.Z.; ALMEIDA FILHO, N. de. Epidemiologia e saúde. 5.ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

Agradecimentos

Externamos imenso agradecimento aos Agentes Comunitários de Saúde da Unidade Básica de Saúde da Família, da comunidade Malvinas do município de Campina Grande – PB, pela gentileza e atenção ao nos acolher, e se mostrarem disponíveis durante todo o processo de entrevista. Além disso, agradecemos à professora doutora Fátima A. T. Saldanha por nos proporcionar a oportunidade de participação em um projeto de tamanha importância. Estendendo, também, nossos agradecimentos a PROPEX que forneceu subsídios para realização desse projeto.

AGRONEGÓCIO, AGRICULTURA CAMPONESA E INSEGURANÇA ALIMENTAR NO PERÍMETRO IRRIGADO TABULEIRO DE RUSSAS, CEARÁ

¹ Francisco Regis da Silva – Graduando em Nutrição pelo Instituto Federal do Ceará (IFCE), *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: regisfrs@hotmail.com;

² Diego Gadelha de Almeida – Mestre em Geografia pela Universidade Estadual do Ceará – UECE e Professor do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – IFCE, *Campus* Limoeiro do Norte. E-mail: diegogadelha@ifce.edu.br.

Palavras-chave: Agronegócio. Campesinato. Conflitos Territoriais. Insegurança Alimentar.

Resumo

O Governo Federal, já na década de 1960, planejava aproveitar a capacidade hidroagrícola no Vale do Jaguaribe para implantação de Perímetros Irrigados. Neste período, surgem os perímetros irrigados nesta região. Assim, sem a terra para cultivarem, os camponeses(as) foram submetidos a um conjunto de injustiças sociais e negações dos direitos, com destaque para a insegurança alimentar. Logo, o presente trabalho teve por objetivo problematizar a(s) relação(es) existente(s) entre o agronegócio, agricultura camponesa e insegurança alimentar. Trata-se de um estudo do tipo documental. A pesquisa foi realizada no período de janeiro a março de 2014. Os dados foram descritos e analisados de acordo com a literatura pertinente ao tema. Percebe-se que o agronegócio vem crescendo na região e consigo trazendo inúmeras contradições sociais, com destaque para a desapropriação de terras, fator gerador de insegurança alimentar. Logo, almeja-se por políticas públicas condizentes com os anseios dos agricultores(as) camponeses(as).

Introdução

Segundo Pontes e colaboradores (2013) as políticas agrícolas no semiárido brasileiro, desde os anos de 1960, vêm acompanhadas da implantação dos perímetros irrigados como estratégia de expansão do agronegócio na região, na perspectiva da indução do “*desenvolvimento*”. Os perímetros irrigados são áreas delimitadas pelo Estado para implantação de projetos públicos de agricultura irrigada que, em geral, possuem significativo potencial agricultável, caracterizado pelos solos férteis, presença hídrica, clima favorável e abundante força de trabalho expropriada. Estes elementos conjugados às infraestruturas implementadas (canais, piscinas de regularização de vazão, etc.) favorecem ampla produtividade agrícola.

Tal estratégia, de expansão da agricultura irrigada, é, agora, retomada pelo governo com grande ênfase e, certamente, vem ao encontro dos interesses do capital transnacional que aqui se instala para produzir *commodities* agrícolas, tendo como insumos terra, água e mão de obra, facilidades de infraestrutura e de financiamento, além de condições políticas e institucionais favoráveis (PONTES, et al., 2013).

Neste contexto, expansão do capital transnacional no Brasil e por extensão, no Vale do Jaguaribe, emergem-se os planos do Governo Federal para o aproveitamento hidroagrícola no Vale, que se intensificaram na década de 1960, com a elaboração do *Estudo Geral de Base do Vale do Jaguaribe*, realizado pela Superintendência de Desenvolvimento do Nordeste (SUDENE). Com base em informações extraídas do Estudo de Impacto Ambiental e o Relatório de Impacto Ambiental (EIA-RIMA) referentes a 1ª Etapa do projeto de irrigação, os estudos mapearam importantes zonas de solos férteis, propícios ao desenvolvimento da agricultura irrigada, que subsidiaram a implantação de diversos perímetros irrigados na região do Vale do Jaguaribe, entre eles o Perímetro Irrigado Morada Nova, no ano de 1968, o Perímetro Irrigado Jaguaruana, no ano de 1975, e o Perímetro Irrigado Jaguaribe-Apodi, no ano de 1987 (BRASIL, 1992).

Contudo, para a expansão da área irrigada na bacia do Rio Jaguaribe, em meados de 1987, o Departamento Nacional de Obras Contra a Seca (DNOCS) seguindo as diretrizes do Programa Nacional de Irrigação (PROINE), retomou os estudos sobre aproveitamento hidroagrícola da região, produzindo o documento intitulado de “*Estudos da Viabilidade da Zona de Transição Tabuleiros de Russas*”, identificando uma área de 15.000 hectares de solos irrigáveis, que subsidiou as ações Governo Federal para implantar o mais recente perímetro irrigado do Vale do Jaguaribe, o Perímetro Irrigado Tabuleiros de Russas (PITR), nosso objeto de estudo (BRASIL, 1992).

O DNOCS, órgão responsável pela excursão do projeto, dividiu a implantação do PITR em duas etapas: as obras da primeira etapa iniciaram no ano de 1992, totalizando 10.765 hectares (ha) e a segunda, com 3.365 ha, no ano de 2008. A 2ª etapa do perímetro Tabuleiros de Russas, conta com investimento de R\$120.05 milhões, do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC-2) (BRAGA, 2010).

Desta forma, o presente trabalho teve por objetivo problematizar a(s) relação(es) existente(s) entre o agronegócio, agricultura camponesa e suas influências no processo de negação da segurança alimentar, resultantes da instalação do Perímetro Irrigado Tabuleiros de Russas, Ceará.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo documental. Esta pesquisa foi realizada no período de janeiro a março de 2014. Foram utilizados como fontes de informação e/ou pesquisa: os Estudos e Relatórios de Impactos Ambientais (EIAs-RIMAs); documentação do Ministério Público Federal (MPF); o arquivo de atas, ofícios e laudos da Cáritas Diocesana (Limoeiro do Norte-CE), Organização Não-Governamental, que contribui com a Comissão de Resistência do Tabuleiros de Russas nas negociações com o DNOCS; Falas dos sujeitos atingidos pelo projeto, ressaltando que utilizou-se pseudônimos afim de garantir o anonimato dos mesmos; além de artigos, Teses e Dissertações publicadas sobre este objeto.

Além das fontes citadas, destaca-se que os autores do presente trabalho acompanham o conflito a quatro anos, participando das reuniões de negociação, audiências públicas, reuniões de planejamento da Comissão de Resistência, atos de rua, ações que possibilitaram apreender a dinâmica do conflito em curso, que possivelmente podem culminar em quadros de insegurança alimentar daqueles(as) camponeses(as).

Os dados foram descritos e analisados de acordo com a literatura pertinente ao tema, assim como através das inferências e vivências tidas pelos autores do respectivo estudo com a temática em questão.

Resultados e Discussão

Em relação às políticas agrícolas no semiárido brasileiro, o Vale do Jaguaribe, no Estado do Ceará, foi à região que mais recebeu tais políticas, sempre acompanhadas de intensos conflitos territoriais e socioambientais. O Perímetro Irrigado Tabuleiros de Russas, com mais de 14 mil hectares, ainda em instalação, esta aconteceu em duas fases, a primeira em meados dos anos 1988, e a segunda teve

início no ano de 2008, esta é a mais recente obra de hidro-agrícola do Departamento Nacional de Obras Contra as Secas (DNOCS) na região.

O PITR se territorializa nos municípios de Limoeiro do Norte, Morada Nova e Russas, e atinge um conjunto de comunidades rurais, que desde a década de 1930, se apropriaram do território e implementaram um conjunto de saberes e práticas que divergem da racionalidade economicista impregnada na política de irrigação proposta pelo órgão, principalmente aqueles conhecimentos e práticas relacionadas ao processo de produção de alimentos e convívio com o semiárido.

Para a implantação do referido perímetro, o Governo Federal publicou o Decreto nº 97.143, de 29 de novembro de 1988, que declara de utilidade pública e interesse social uma área com aproximadamente 24.471,2900 ha (vinte e quatro mil, quatrocentos e setenta e um hectares), necessária à implantação do projeto.

Para enfrentar as opiniões divergentes e angariar o apoio dos diversos segmentos da sociedade civil, o Estado, por intermédio do DNOCS, usa de diversas estratégias para conquistar, no plano ideológico, a aceitação, legitimidade e necessidade da obra. A estratégia tem como objetivo neutralizar a crítica e a resistência daqueles que questionam os verdadeiros interesses das políticas de irrigação, com destaque para as comunidades atingidas e seus grupos de apoio.

A imposição do PITR, considerando as duas etapas, atinge direta e indiretamente 30 comunidades rurais. Como relatamos anteriormente, a primeira etapa do projeto, que se iniciou em 1992, resultando na desapropriação de 22 comunidades rurais, que contava com cerca de 780 famílias. Segundo depoimentos de lideranças comunitárias da região, não há registros de reassentamento construído pelo DNOCS para as famílias desapropriadas. Parte das famílias se deslocou para a periferia da zona urbana de Russas, algumas se restabeleceram no Distrito de Flores e na localidade do Jardim São José, as margens da BR-116, ambas no município de Russas. De acordo com Braga (2010)

Segundo moradores de Lagoa dos Cavalos, a comunidade Lagoa da Várzea foi a única que resistiu à desapropriação do DNOCS durante a primeira etapa do projeto, porém, hoje vive em área de reserva legal da mesma, ou seja, não tem direito à propriedade da terra. Enquanto Mari, Germana, Massapê de Cima, Massapê de Baixo, Açude do Venâncios, Pedras, Sussuarana de Cima, Gibão e Lagoa do Arroz foram identificadas como comunidades desapropriadas nesta fase (BRAGA, 2010, p. 143).

Segundo Alves (2012), a implantação da segunda etapa do PITR impõe o risco de eliminar décadas de experimentação e convivência com o semiárido:

Com efeito, a implantação de tal proposta provocaria a perda de todas as áreas de cultivo e criação, inviabilizaria a proposta de Convivência que envolve a preservação ambiental e a história de luta e saberes. Eliminaria a própria organização comunitária e a autonomia relativa que as famílias mantêm atualmente. Com o aniquilamento de suas condições de reprodução e mesmo de subsistência, não restaria às famílias uma opção diferente de tornar-se mão de obra para o empresariado a se instalar no Perímetro (ALVES, 2012, p. 380).

Com o início das obras de engenharia, notadamente dos canais que transportam água para irrigação, os conflitos entre DNOCS e comunidades se tornaram mais intensos, já que a construção iniciou sem que processos legais básicos da desapropriação, tivessem sido esclarecidos ou resolvidos como, por exemplo, os valores e pagamentos das indenizações e a construção do reassentamento. Como podemos observar na fala a seguir,

(...) Entraram na terra, que era da nossa vizinha lá, eles [O DNOCS] já tinham entrado bem 50 mestros, me arrumei, eu, mais os meninos, podem voltar pra trás! Botou pra fora, pode sair pra fora, não pagou [Pela Terra], aí foi pra justiça (FALA DO SENHOR RAIMUNDO, MORADOR DA COMUNIDADE LAGOA DOS CAVALOS).

O DNOCS não cumpriu o rito processual básico da justa e prévia indenização para iniciar as obras. As famílias relatam que o órgão usou de diversas estratégias para 'entrar' nas terras atingidas, visto que os trâmites administrativos para pagamento de indenizações e reassentamento iriam 'atrasar' o cronograma estabelecido, com isso o processo de desapropriação foi feito de forma arbitrária pelo órgão competente, o DNOCS.

E mesmo sem definição política de reassentamento, os caminhões e tratores continuam cortando as terras, fragmentando e isolando as comunidades. O canal continua avançando, tornando-se vizinho de diversas casas que aguardam o reassentamento. A poeira, o barulho das máquinas, a mudança nas estradas, o desmatamento, a fuga da fauna, conformam a nova dinâmica da paisagem nas comunidades atingidas. Percebe-se, assim, que a vida das famílias, o acesso à alimentação, produção e segurança são preocupações que não fazem parte do cronograma físico-operacional da obra, dos planos do órgão.

Sabe-se, contudo, que a expansão do agronegócio na região, via instalação de perímetros irrigados, caracteriza-se por transformações territoriais com alterações nas relações e as condições de trabalho, no ambiente e na saúde das populações camponesas. Podendo, dessa forma, gerar quadros de insegurança alimentar que acomete os camponeses pode ser resultante da desapropriação da terra via indenização, que por seu baixo valor, impossibilita a aquisição de novas terras para produção.

Como é apontado nos Estudos de Impactos Ambientais (EIA), com a instalação do perímetro, o mercado de terras na região passa por um processo de valorização, impossibilitando a aquisição de uma área, com tamanho e fertilidade, que garanta a reprodução da família camponesa.

Tendo em vista tal cenário, em agosto de 2009, a pedido da Comissão de Resistência, foi realizada uma audiência pública no distrito do Peixe (município de Russas), que contou com a intermediação do Ministério Público Federal (MPF), estando o DNOCS representado por um técnico sem poder de decisão. A audiência tinha como objetivo esclarecer as várias dúvidas provocadas pela falta de transparência do órgão, e entre os encaminhamentos, foram lançadas duas propostas: (1) que o MPF produzisse um estudo antropológico da área para subsidiar as famílias atingidas com informações técnicas, contribuindo com o fortalecimento do processo de resistência e (2) que a Comissão de Resistência iniciasse um processo coletivo de construção de uma contraproposta de reassentamento, com o objetivo subsidiar o processo de negociação com o DNOCS.

A contra proposta de reassentamento foi elaborada pela Comissão de Resistência, que adotou as seguintes diretrizes para elaboração da referida:

O projeto consiste na definição de uma área de reassentamento para as famílias atingidas (1) que atenda às suas necessidades: moradia, trabalho e produção, água, infra-estrutura, preservação ambiental, (2) que leve em conta o desenvolvimento das comunidades e as gerações futuras, (3) que possibilite o desenvolvimento de uma agricultura familiar sustentável sem utilizar agrotóxicos, sem agredir o meio ambiente e sem prejudicar a vida humana, (4) que respeite a cultura tradicional dessas comunidades e (5) que garanta às

famílias e às o direito de serem sujeito de suas vidas e história (PROJETO DE REASSENTAMENTO, p. 2).

A área proposta para o reassentamento totalizava 1.442 hectares, extensão que, segundo as comunidades, contemplaria terra para moradia e produção. Na contraproposta, as comunidades exigiam a criação de uma *Zona de Amortecimento*, que consiste numa faixa com vegetação nativa, com a função de barreira de proteção entre o perímetro irrigado e a área do reassentamento. A proposta indicavam, também, que a área de Reserva Legal do perímetro fosse disposta ao redor da Zona de Amortecimento para ampliar a proteção das comunidades em relação aos riscos socioambientais desencadeados pela operação da primeira e segunda etapa do Projeto de Agricultura Irrigada Tabuleiros de Russas.

Outro ponto que merece destaque, diz respeito ao fato que o DNOCS para a instalação do Perímetro Irrigado Tabuleiros de Russas selecionou as melhores manchas de solo da região, restando, nas proximidades, apenas as áreas ‘pedras’ e ‘brejos’, impróprias para agricultura, desta forma, negando o processo de segurança alimentar da população, uma vez que, a terra foi retirada dos camponeses(as) em estudo, impossibilitando-os de produzirem seus alimentos. Desta forma, segundo um agricultor, que foi desapropriado, na 2ª Etapa do PITR,

Nois vivia da agricultura, criava gado, criação, galinha, assim, a maior parte criava isso aí mesmo, nois tinha terra lá pra isso aí pra plantar, pra criar, pra tudo no mundo. A nossa terra era 116 hectares, aí nois vivia mais a vontade. A dificuldade maior era a água, aí na hora que chega a água, aí nois somos tirados de cima do projeto da terra, aí viemo pra cá, aqui o rapaz arranhou a terra pra levantar somente a casa, e a terra pra gente trabalhar? trabalhar coma? se o DNOCS só deixou mesmo esses altos de pedras e esses brejos, aí ficou difícil, não tem onde trabalhar (LÚCIO – DESAPROPRIADO, ATUALMENTE MORADOR DA COMUNIDADE FAZENDA MAIA).

Fica nítido na fala anterior, que a desapropriação via política de reassentamento, na proposta do DNOCS, tampouco garante acesso à terra de produção, já que para o órgão tal ação se resume a construção de casas, infraestrutura de uso comum. Não garantindo assim o acesso a terras para os camponeses, desta maneira, os mesmos, sem a terra para cultivarem seus alimentos, que fazem parte da soberania alimentar, da cultura alimentar deles, podendo assim, contribuir para quadros de insegurança alimentar.

Não se pode esquecer também que o processo de ‘seleção’ para disputar um lote no perímetro irrigado é outro desafio. As experiências dos demais perímetros do Nordeste ensinam que apenas uma pequena parcela dos desapropriados será selecionada como irrigante, pois os critérios utilizados pelo DNOCS exigem um perfil de “*pequeno produtor empreendedor*”, adaptado à racionalidade capitalista do agronegócio. Mesmo sendo selecionado, contudo, a história dos perímetros demonstram que o custo de manutenção do lote irrigado, o aquecimento do mercado de terras, a subordinação ao agronegócio, levará o(a) agricultor(a) a vender seu lote, implicando num segundo processo de desapropriação. É por isso que as comunidades exigem uma área de 4 ha por família, não enquadrada na Lei de Irrigação, isto é, fora das regras e taxas impostas aos irrigantes e políticas públicas que proporcionem a autonomia frente ao agronegócio. Assim, como expressa a fala seguinte:

A gente tá até esperando ainda por que quando nois fumo, nois saimo de dentro do projeto aí, nois assinemo lá, tudim pra todos os agricultor ter direito um lote ne, num sei se esses lote vai chegar até aqui, por que nois já tamo...eu não sei se entregaram alguém por que até hoje ninguém sabe ainda né? Mas demo o nome todos, ninguém sabe se vamo receber [o lote], tenho vontade [de receber o lote], a maior parte de receber [a maioria gostaria de receber o lote], pelo menos recebendo um lote, eu sei que é comprado mais todos queria né? Num sei é se nois vamos ter esse direito mermo de receber (LÚCIO – DESAPROPRIADO, ATUALMENTE MORADOR DA COMUNIDADE FAZENDA MAIA).

Este modelo de produção é um modelo perigoso, cabendo questionarmos se realmente os(as) agricultores(as) camponeses(as), caso consigam o lote para praticarem a agricultura, eles conseguirão produzir alimentos fora da lógica capitalista, do agronegócio? que vem produzindo alimentos com a utilização de agrotóxicos e que podem estarem atuando para o desenvolvimento de doenças na população que faz uso desses alimentos, e não somente, mas também, as pessoas que residem na região como um todo, pois, como é sabido, esses inseticidas podem ser transmitidos pela água, ar, e desta forma, a população fica a mercê deste modelo, culminando em insegurança alimentar da população que ali vivem. Assim, “neste conflito, o modelo do agronegócio tem se mostrado predominante, disputando fortemente o espaço territorial com as culturas alimentares e sendo, concomitantemente, gerador de insegurança alimentar” (CONSEA, 2011). Portanto,

[...] vou lhe dizer é pelo veneno, a gente prefere não ficar próximo, que de qualquer maneira fica próximo, por [mais] distante que fique. (Neuma). [...] quando for pra ir pro assentamento, quando a gente ficar sujeito, quando for amanhã ou depois lá vem outra, a incomodação do veneno, que precisa sair de novo, aí você vai vender a quem? [...] no dia da reunião eu falei pra o rapaz do DNOCS que quem ficar nessa localidade como Junco ou qualquer uma comunidade e a pessoa brigar pra ficar, amanhã vai brigar pra sair, se a gente não pegar essa frente aí [áreas adjacentes às comunidades] não tem como a empresa entrar. (Pedro). É isso que estamos lutando para conseguir a terra aqui dentro [do projeto] para todas as famílias. Quanto mais famílias agregadas para perto da gente, mais espaço dentro do projeto pra livrar a questão dos agrotóxicos. O nosso projeto é bom, o nosso projeto. (José). (TRECHO DE ENTREVISTAS FEITAS COM OS MORADORES DE COMUNIDADES ATIGIDAS PELO PITR, ELABORADA POR BRAGA, 2010).

Além da contaminação ambiental provocada pelos agrotóxicos, o acesso às terras férteis, agricultáveis, está sendo negado à maioria da população rural que dela necessita para trabalhar e produzir alimentos. Tal problema se manifesta, principalmente, através do fenômeno de concentração de vastas extensões de terra nas mãos de poucos, convivendo com uma Agricultura Familiar caracterizada por minifúndios, em sua maioria sem a devida regularização fundiária (CONSEA, 2011).

Desta forma, com a instalação do Perímetro Irrigado Tabuleiro de Russas, a primeira estratégia utilizada foi construir uma trama discursiva que legitimasse a necessidade da intervenção territorial. A análise dos dois Estudos de Impactos Ambientais, realizados para fins de licenciamento da 1ª e 2ª Etapa do PITR, contribuem para desvelar a produção, por parte do Estado, de um arcabouço ideológico que justifica a implantação da obra.

O DNOCS manteve o entendimento de que as famílias desapropriadas teriam direito apenas ao reassentamento da moradia e para garantir a terra de produção deveriam participação do processo seletivo dos lotes agrícolas. Caso fossem selecionados, os postulantes a irrigante deveriam arcar com todos os custos de aquisição e manutenção do lote, de acordo com as regras estabelecidas na Lei de Irrigação. O DNOCS, assim, em nada alterou sua proposta, já que o reassentamento da moradia e a garantia de participação da seleção são direitos assegurados na legislação que dispõe sobre o tema.

Conclusão

Diante do exposto, pode-se afirmar que o agronegócio, a política de agricultura irrigada, vem crescendo alarmantemente no Vale do Jaguaribe, em Tabuleiro de Russas, em especial, esse modelo se instalou de forma impiedosa, desapropriando terras de agricultores camponeses, legitimado por políticas públicas Estatais, estas voltadas para os interesses do agronegócio, os burgueses, em detrimento da classe trabalhadora, os camponeses.

Assim, o DNOCS, ao selecionar as melhores manchas de terras para a agricultura irrigada, para os grandes latifundiários, sem oferecer terras similares às destituídas, nos aspectos relacionados à fertilidade da terra, água em abundância e livre de contaminantes, sistemas agroflorestais em potencialidade, etc. E com a proposta de reassentamento domiciliar, apenas, sem a presença do bem maior para aqueles camponeses, a terra, pode como ficou nítido nesta pesquisa, estar contribuindo para quadros de insegurança alimentar, uma vez, que o direito a terra, onde tais camponeses(as) tiravam sua alimentação, foi realocada para as mãos do agronegócio. Desta forma, almeja-se por políticas públicas agrárias condizentes com os anseios destes camponeses(as).

Referências

- ALVES, M. O. Mercado, arame e estado: recursos comuns e resistência em Lagoa dos Cavalos no sertão do Ceará. 2012, 341f. Tese (Doutorado em Desenvolvimento Sustentável) – Universidade de Brasília, Brasília, 2012.
- ANTONIO HESPAHOL, N. ROSAGELA HESPAHOL, A. M. Os efeitos da elevação dos preços das COMMODITIES agrícolas sobre a segurança alimentar. Revista Faz Ciência, v.12, n.15, p.73-94, 2010.
- BURLANDY, L.; MALUF, R.; MENEZES, F. Princípios e diretrizes de uma política de segurança alimentar e nutricional. Brasília: CONSEA, 2004.
- BRASIL. Projeto de Irrigação Tabuleiros de Russas – 1ª etapa. Estudo de Impacto Ambiental/Relatório de Impacto Ambiental. Departamento Nacional de Obras Contra as Secas. 1992.
- _____. Projeto de Irrigação Tabuleiros de Russas – 2ª etapa. Estudo de Impacto Ambiental/Relatório de Impacto Ambiental. Departamento Nacional de Obras Contra as Secas. 2005. DNOCS. DEPARTAMENTO NACIONAL DE OBRAS CONTRA A SECA. Disponível em: http://www.dnocs.gov.br/~dnocs/doc/canais/perimetros_irrigados/ce/tabuleiro_de_russas.htm. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.
- _____. Plano de Reassentamento. Disponível em: <http://www.memorialapodi.com.br/linhadotempo/docs/2010/06/Plano%20,%20Plano%0de%20Reassentamento%20Projeto20Tabuleiro%20de%20Russas%20DNOCS%20,%2006.2010.docx>. Acesso em: 20 de fevereiro de 2014.
- BRAGA, L. Q. V. Agronegócio cercando Agroecologia: Modo de Vida e Conflito Socioambiental em Comunidades Agrícolas de Tabuleiro de Russas, Ceará. 2010,182f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.
- CONSEA. Carta política da 4ª conferência estadual de segurança alimentar e nutricional. BAHIA: Salvador, 2011.
- DNOCS. DEPARTAMENTO NACIONAL DE OBRAS CONTRA A SECA. Disponível em: http://www.dnocs.gov.br/~dnocs/doc/canais/perimetros_irrigados/ce/tabuleiro_de_russas.html. Acesso em: 03 de fevereiro de 2014.
- _____. Plano de Reassentamento. Disponível em: <http://www.memorialapodi.com.br/linhadotempo/docs/2010/06/Plano%20,%20Plano%20de%20Reassentamento%20Projeto%20Tabuleiro%20de%20Russas%20DNOCS%20,%2006.2010.docx>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2014.
- DIAS, G. L. S.; AMARAL, C. M. Mudanças estruturais na agricultura brasileira: 1980-1998. Santiago: Editora CEPAL, 2001.
- FERNANDES, B. M., WELCH, C. A. Campesinato e Agronegócio da Laranja nos EUA e Brasil. In: FERNANDES, BM (org.) Campesinato e Agronegócio na América Latina: A Questão Agrária Atual. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2008.
- NOTA TÉCNICA N 05/09. O Projeto de Irrigação Tabuleiro de Russas e seus impactos nas comunidades situadas na área. Procuradoria da República no Estado do Ceará, Ministério Público Federal em setembro de 2009. Referência: P.A n ° 1.15.001.000059/2009-56, setembro.
- PONTES, et al. Os perímetros irrigados como estratégia geopolítica para o desenvolvimento do semiárido e suas implicações à saúde, ao trabalho e ao ambiente. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.18, n.11, p. 3213-3222, 2013.

Agradecimento

Agradecemos ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Ceará – IFCE, *Campus* Limoeiro do Norte, por oferecer-nos todas as condições necessárias para o desenvolvimento desta pesquisa.

ALEITAMENTO MATERNO: ABORDAGEM EDUCATIVA EM UM GRUPO DE GESTANTES ADOLESCENTES ORIENTADA PELO CÍRCULO DE CULTURA DE PAULO FREIRE.

Autor 1 (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA. dayannepaiva@hotmail.com

Autor 2 – Glícia Mesquita Martiniano Mendonça – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Autor 3 – Francisca Alanny Araújo Rocha – Faculdades INTA

Autor 4 – Ana Hirley Rodrigues Magalhães – Estratégia de Saúde da Família, Sobral/CE

Autor 4 – Raquel Xavier Guimarães – Estratégia de Saúde da Família, Sobral/CE

Autor 6 (Maria Adelane Monteiro da Silva) – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Palavras-chave: Amamentação. Gestantes. Adolescentes. Grupo.

Resumo

Esse estudo tem como objetivo promover ações de educação em saúde sobre a importância do aleitamento materno com gestantes adolescentes do Centro de Saúde da Família Herbert de Sousa, em Sobral/CE. Estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, apoiado no Ciclo de Cultura de Paulo Freire (2011). Ocorreu no mês de maio de 2014, partir das atividades realizadas pelos acadêmicos e extensionistas Pró-Pet-Saúde dos cursos de Enfermagem e Educação Física da UVA, junto aos residentes em Saúde da Família do CSF Padre Palhano e equipe de saúde, em um grupo de gestantes adolescentes. São abordados vários temas que são previamente escolhidos pelas participantes ao final de cada momento. Para esse momento foi dialogado sobre o aleitamento materno, contando com a participação de 7 gestantes adolescentes. A sessão se estruturou em acolhimento, desenvolvimento e avaliação. A atividade foi registrada através da observação participante e diário de campo, analisados e categorizados em consonância com a Resolução nº 466/12. Todas mencionaram em grupo a importância da amamentação de acordo com suas percepções, ressaltando que o ato é fundamental para o crescimento e desenvolvimento saudável da criança. Observou-se que as participantes estavam informadas acerca do período e sobre os benefícios do leite materno. Após atividade relataram que foi um momento importante de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas existentes. Diante disto, torna-se fundamental aliar informação, discussão e orientação, no sentido de proporcionar as gestantes esclarecimentos sobre suas dúvidas, medos, tabus e preocupações com relação ao aleitamento materno.

Introdução

As questões relacionadas à prática da amamentação têm-se configurado como objeto de interesse para diferentes autores e grupos sociais ao longo da história, principalmente quando a prática se associa ao período da adolescência. Dependendo da realidade social a ser considerada, a ambiguidade amamentação/desmame pode traduzir-se como um embate entre saúde e doença, entendendo-se que esses processos se associam em todos os momentos a variáveis econômicas e sociais. Muitas mulheres adolescentes deixam de amamentar porque, geralmente, nos primeiros dias de puerpério surgem as principais intercorrências da amamentação, que se associam à insegurança materna, resultando na introdução de outros alimentos para a nutrição do lactente (ALMEIDA, 1999).

A partir dessa visão de atenção integral a saúde da mulher sobre o aleitamento materno, entende-se que o primeiro passo para a prestação de um cuidado de saúde ampliado seria o uso e aprimoramento de tecnologias leves; capazes de promover essa saúde integral. Os grupos inseridos na atenção primária têm esse papel, uma vez que se constitui de uma etapa de informações e orientações para gestantes sobre a importância do leite materno e seus benefícios. Esse processo envolve o levantamento da situação e conhecimento das mesmas e iniciativas já existentes, a avaliação da viabilidade local para a implementação das atividades, assim como as expectativas da clientela.

Os grupos são tecnologias inseridas no contexto da atenção primária à saúde que buscam a potencialização dos sujeitos e mudanças de comportamentos. No espaço do grupo, o participante deve ser valorizado como pessoa humana e suas potencialidades ressaltadas e energizadas, a fim de ajudá-lo a superar suas limitações e obter reações para o enfrentamento de situações difíceis (CAVALCANTI; FERNANDES & RODRIGUES, 2002).

Portanto, o estudo é resultado do envolvimento de acadêmicos e extensionistas do Pró-Pet-Saúde dos cursos de Enfermagem e Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú em um grupo de gestantes adolescentes do Centro de Saúde da Família Herbert de Sousa, da cidade de Sobral – CE. Neste espaço são abordadas temáticas escolhidas pelas adolescentes. O grupo de gestantes adolescentes foi implantado no ano de 2013 no CSF. Os momentos são realizados semanalmente, as terças-feiras, 15:00 as 16:00 horas, no CSF supracitado, e uma das temáticas abordadas em uma das sessões foi “Amamentação”, e para a realização das atividades é adotada a tecnologia da abordagem grupal, mediante o “Círculo de Cultura” de Paulo Freire e orientados pelo círculo de cultura de Paulo Freire (2011).

O Círculo de Cultura, é um espaço em que dialogicamente se ensina e aprende, logo não há um espaço para transferência de conhecimento, mas sim a construção de saber do educando com suas hipóteses de leitura de mundo (BRANDÃO, 2005).

O estudo mostra o desenvolvimento de tecnologias educativas para gestantes adolescentes em um território vulnerável, contribuindo para a área da saúde, através de uma assistência integral com o direcionamento de políticas públicas para esse público. Além de revelar os enfrentamentos das adolescentes no processo de amamentação em recém-nascidos.

Esse estudo tem como objetivo promover ações de educação em saúde sobre a importância do aleitamento materno com gestantes adolescentes do Centro de Saúde da Família (CSF) Herbert de Sousa, em Sobral/CE.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo de abordagem qualitativa, apoiado no Círculo de Cultura, Modelo Pedagógico de Paulo Freire (2011). O estudo ocorreu no mês de maio de 2014, partir das atividades realizadas pelos acadêmicos e extensionistas Pró-Pet-Saúde dos cursos de Enfermagem e Educação Física da UVA, junto aos residentes em Saúde da Família do CSF Padre Palhano e equipe de saúde, em um grupo de gestantes adolescentes.

Os encontros acontecem às terças-feiras, a partir das 15 horas. Neste momento são abordadas várias temáticas e os temas são previamente escolhidos pelas participantes ao final de cada.

Dentre as sessões destacamos aqui o momento em que discutimos sobre aleitamento materno, onde contamos com a participação de 7 gestantes adolescentes. A sessão se estruturou da seguinte forma, conforme orientação do referencial:

Acolhimento: “Dinâmica do Espelho”, Janela da Alma com utilização de uma imagem de uma mulher amamentando. As adolescentes

são orientadas a olharem para o “espelho” escreverem em uma tarjeta um sentimento que represente a imagem.

Desenvolvimento: “Verdades ou Mentira” Dialogando e Problematicando sobre Amamentação. Essa atividade tem como objetivo estimular o diálogo e problematização do momento. Foram utilizadas placas de SIM e NÃO para que as participantes levantassem dizendo se era verdade ou mentira sobre algumas imagens, questionamentos e perguntas realizadas pelos facilitadores sobre a temática amamentação.

Avaliação: Construção Coletiva. Formação de uma frase coletiva, a partir das tarjetas utilizadas no primeiro momento.

Para identificar as participantes da pesquisa foram utilizados para a caracterização nomes de flores, como *Margarida, Violeta, Tulipa, Magnólia, Copo de Leite, Hortência e Girassol*.

A atividade foi registrada através da observação participante e diário de campo para representação dos achados do estudo. Posteriormente, estes foram analisados e categorizados. O estudo está em consonância com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados são apresentados em três categorias oriundas dos três momentos da atividade grupal, que foram: Acolhimento: Janela da Alma; Desenvolvimento: Dialogando e Problematicando sobre Amamentação; Avaliação: Construção Coletiva.

Acolhimento: Janela da Alma

O encontro aconteceu com 07 gestantes adolescentes. Foram elas: Margarida (18 anos), Violeta (18 anos), Tulipa (17 anos), Magnólia (16 anos), Copo de Leite (16 anos), Hortência (17 anos) e Girassol (18 anos).

Inicialmente realizamos a dinâmica do espelho, utilizando uma imagem de uma mulher amamentando, pois verificamos que o Círculo de Cultura incentiva a utilização e expressão de diferentes formas de linguagem e representação da realidade, já que, conforme entendemos, a realidade pode ser explicada com base em diferentes níveis, na perspectiva de diferentes olhares, que se traduzem em práticas vivenciais e contextuais (PADILHA, 2003).

As adolescentes, portanto, foram orientadas a olharem para o espelho e escreverem em uma tarjeta um sentimento que representasse a imagem. Cinco delas relataram que o sentimento em relação a figura era de amor, cuidado e carinho, conforme revela as falas abaixo:

- “Representa pra ela um gesto de amor, é a primeira injeção que o bebê toma, é o vínculo, é um pedacinho da gente”. (Margarida)
- “Fica imaginando como será ela amamentando, uma experiência única, sentir o que a nossa mãe um dia sentiu, o ser mãe. (Tulipa)
- “Lembra do jeito de pegar na criança, o cuidado”. (Girassol)
- “A figura mostra o carinho e o amor que se dar ao bebê”. Magnólia
- “O carinho é muito importante muitas mães não doam isso aos filhos”. (Hortência)

Todas mencionaram no diálogo a importância da amamentação de acordo com suas percepções, ressaltando que a amamentação é fundamental para o crescimento da criança e que o aleitamento materno facilita o estabelecimento do vínculo afetivo mãe-filho, promovendo uma maior união entre ambos. Essa ligação emocional muito forte e precoce pode facilitar o desenvolvimento da criança e seu relacionamento com outras pessoas (BRASIL, 2009).

Desenvolvimento: Dialogando e Problematicando sobre Amamentação

Esta fase de desenvolvimento permitiu que as participantes e facilitadores compartilhassem o conhecimento prévio sobre amamentação. Para isto utilizamos placas com indicativo SIM e NÃO para que as participantes atribuíssem as respostas as fotos, questionamentos e perguntas realizadas pelos facilitadores sobre a temática amamentação.

Após as respostas serem colhidas, partíamos para o diálogo, problematização e reflexão da atividade desenvolvida. De acordo com Freire (2011), faz-se necessário o exercício de práticas educativas críticas que constituam formas de intervenção no mundo, comprometidas com o princípio de democracia e livre arbítrio. Que integre uma atitude de inovação e renovação baseado, na crença de que é possível mudar. O ponto de partida para o trabalho no círculo de cultura está em assumir a liberdade e a crítica com o modo de ser do homem (FREIRE, 2011).

Dentre as figuras que promoviam o questionamento estava o uso de papinha salgada antes dos seis meses. Para esta, todas responderam que NÃO e ao questioná-las sobre as respostas, elas relataram que:

- “Outros alimentos são complementares e o leite é essencial”. (Violeta)
- “É super importante amamentar até os seis meses, o neném cresce mais saudável e não pega doenças” (Copo de Leite)
- “Não se pode dar papinha antes do tempo determinado e até os seis meses eles conseguem se manter só com o leite. (Margarida)

Observa-se que as participantes estão informadas acerca do período e os benefícios da amamentação, expressados nas falas supracitadas, assim como, reconhecem que o leite materno é o melhor e mais completo alimento para o bebê, especialmente nos primeiros seis meses de vida, e nenhum outro alimento pode substituí-lo com vantagem. Segundo Who (2000), este além de se constituir num gesto de amor, proporciona segurança afetiva à criança e oferece inúmeras vantagens para ambos, mãe e filho, uma vez que a criança amamentada no seio raramente adocece.

Já em relação a posição de amamentar, foi mostrado uma imagem que a mãe amamenta deitada. Duas (2) das participantes colocam a plaquinha do NÃO, por não saberem se é correto amamentar deitada. Cinco delas tinham DÚVIDA e nenhuma respondeu SIM.

“Não sei, nunca amamentei”. (Violeta)

Com frequência as mães têm muitas dúvidas sobre sua habilidade e a melhor forma de amamentar e, facilmente seguem conselhos de outras pessoas (BRASIL, 2009).

A imagem seguinte era sobre o abocanhamento de toda a aréola. Todas relataram que era a forma mais correta.

A abordagem em relação a posição e a forma certa de amamentar, fez com que as participantes verbalizassem algumas vivências de amigas que já amamentaram, sobre as dificuldades encontradas, como as fissuras de mama e o ingurgitamento do leite. No momento os facilitadores orientaram por meio de um boneco e uma prótese mamária, os cuidados de prevenção e tratamento de fissuras e formas de massagem para cuidado quanto ao ingurgitamento ou endurecimento das mamas.

Após a atividade as adolescentes relataram que foi um momento importante de aprendizagem e esclarecimento de dúvidas existentes.

Aliar informação, discussão e orientação, no sentido de proporcionar o esclarecimento de dúvidas, medos e tabus com relação à amamentação para as adolescentes grávidas, bem como abrir espaço para a troca de informações, conforme preconiza os “Círculos de Culturas” da literatura de Paulo Freire mostrou-se altamente eficaz, uma vez que aumentou o interesse de prevenir dos possíveis

agravos que ocorrem devido à falta de cuidados direcionados à mãe e ao bebê.

Avaliação: Construção Coletiva

No terceiro momento foi realizada uma pergunta norteadora “O que vocês acharam desse momento?”.

As gestantes relataram que o momento foi importante pois foi bastante apreendido por fornecer informações e esclarecimentos de dúvidas com relação à amamentação, permitindo que o espaço para o diálogo fosse estabelecido e a reflexão crítica se estabelecesse.

Conclusão

A oportunidade de desenvolver ações de extensão e pesquisa permitiu perceber a substancial necessidade de realizar atividades educativas no grupo de gestantes adolescentes da Atenção Básica, especificamente com temáticas que tragam subsídios para essas conviver com o bem-estar do seu bebê e de toda sua família.

Diante disto, torna-se fundamental aliar informação, discussão e orientação, no sentido de proporcionar as gestantes esclarecimentos sobre suas dúvidas, medos, tabus e preocupações com relação ao aleitamento materno. Além de permitir a prática do encontro, contribuindo para uma maior interação entre o conhecimento técnico e o popular, através da pedagogia proposta por Paulo Freire, no formato de rodas de cultura.

Referências

ALMEIDA JAG. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. Riode Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

BRANDÃO, C. R. O que é método Paulo Freire. 7ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2005.

BRASIL. Ministério da 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, 2009. 112.

CAVALCANTI, P.P.; FERNANDES, A.F.C.; RODRIGUES, M.S.P. A interação no grupo de autoajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas. Rev. RENE, Fortaleza, v. 3, n. 2, p. 37-47, jul./dez., 2002

FREIRE P. Educação e atualidade brasileira. São Paulo:Cortez; 2011.

WHO. World Health Organization, UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding, 2003, 14-15.

Agradecimentos

Queremos agradecer ao grupo de gestantes, que contribuíram bastante para alcançarmos nossos objetivos do presente estudo. Participando ativamente do processo desde seu planejamento ao término. Assim como aos profissionais de saúde do Centro de Saúde da Família Herbet de Sousa, principalmente as Agentes Comunitárias de Saúde e aos residentes em Saúde da Família na facilitação do grupo.

E por fim ao PROPET-Saúde que proporcionou a implantação e efetivação do estudo.

ALEITAMENTO MATERNO: ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE ÓBITOS INFANTIS - UM ESTUDO BIBLIOGRÁFICO.

Raimundo Nonato Pinho Filho – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA) rnpfilho@gmail.com

Marcus Brenno Ferreira da Silva – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Samia Freitas Aires – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Luiza Lorena de Sousa Brito do Nascimento – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Dean Carlos Nascimento de Moura – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Rosalice Araújo de Sousa – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Palavras-chave: Aleitamento Materno; Desmame; Morbidade Infantil; Leite Humano; Promoção da Saúde;

Resumo

Além de evitar mortes infantis, o aleitamento materno protege contra inúmeras doenças e promove a qualidade de vida das famílias. Porém, nos dias atuais, ainda é evidente o desmame precoce. Alguns fatores estão ligados diretamente a este processo, outros, nem tanto, mas que precisam serem estudados. Os programas e políticas que objetivam a redução dos números de morbidade infantil, precisam reforçar a promoção da saúde. Os profissionais devem ser qualificados e lançadores de medidas de estímulo à amamentação.

Introdução

Relatos dão conta de que o leite materno está presente desde o começo da civilização, já sendo reconhecido e recomendado como alimentação importante para evitar doenças, nos primeiros meses de vida da criança até um período aproximado de 2 a 3 anos (VINAGRE, 2001).

A promoção da interação profunda entre mãe e filho é presenciada desde o século XVIII, quando passaram a oferecer, aos bebês, o leite de vaca em pequenos chifres furados, acreditando “*que sugando o leite, sugava-se também o caráter e as paixões de quem os amamentava*” (MACHADO, 2015).

Durante o Cristianismo, a proteção às crianças e o incentivo à prática da amamentação ganharam forças, porém, foram os povos nativos das Américas que chamaram a atenção dos europeus ao amamentarem suas crianças (VINAGRE, 2001).

No Brasil, durante os séculos XVI e XVII, os filhos das Tupinambás eram amamentados durante um ano e meio e, neste período, eram transportados em pedaços de pano conhecidos por “*typoia*”. Do mesmo modo que os animais, as índias nutriam e defendiam seus filhos de todos os perigos. Por outro lado, se soubessem que o bebê tinha mamado em outra mulher, não sossegavam enquanto a criança não colocasse para fora todo o leite estranho.

Em 1911, com a industrialização, iniciou-se a era do aleitamento artificial, usando como modelo o valor nutricional do leite humano, assim como a fisiologia e necessidades nutricionais da criança. No século XX, as modificações das estruturas sociais, o surgimento das indústrias produtoras de leite em pó, o impacto da publicidade comercial e o desinteresse geral dos profissionais da área de saúde foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno, acarretando resultados desastrosos, como desnutrição, doenças graves, recorrentes e mortais (VINAGRE, 2001). Como consequência desses fatores, o Brasil, especificamente a cidade do Recife, foi considerado a segunda área de maior prevalência de mortes infantis (46,2%), ficando atrás apenas de municípios de El Salvador (46,9%), conforme a Pesquisa Interamericana de Mortalidade na Infância, realizada entre 1968 a 1970, o qual revelou que, das 35.095 mortes em menores de cinco anos, 34,1% tinham como causas subjacentes a deficiência nutricional, condicionada sobretudo pelo desmame precoce.

Diante desses resultados, uma primeira iniciativa institucional de proteção legal da amamentação surgiu no Brasil com a Portaria da Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (1974) estabelecia a proibição da distribuição direta de leite em pó às mães de recém-nascidos, além da distribuição de mamadeiras nos Hospitais e Unidades de Saúde pertencentes ao Estado de Pernambuco (CAMINHADA MFC, 2010).

Em 1981, o Brasil institui o Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno. Desde então, os índices de Aleitamento Materno vêm aumentando gradativamente. Nas últimas três décadas, o Brasil demonstrou grandes avanços no aumento da exclusividade e duração do aleitamento materno e na saúde das crianças, incluindo redução na mortalidade infantil. É importante destacar que essas grandes melhorias aconteceram em parte devido ao grande apoio e abertura do governo brasileiro para o desenvolvimento de políticas e programas de saúde e de nutrição materno-infantis baseados em evidência (VIANNA, 2011).

O leite materno protege contra a diarreia, infecções respiratórias, diminui o risco de alergia à proteína do leite de vaca, de dermatite atópica e de outros tipos de alergias, como asma e sibilos recorrentes, reduzindo o risco de obesidade e apresentando benefícios (em longo prazo) contra a hipertensão, colesterol alto e diabetes, consequentemente, promovendo a qualidade de vida das famílias, uma vez que as crianças amamentadas adoecem menos, o que implica em menos atendimento médico, hospitalizações e medicamentos (BRASIL, 2009).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000), todas as crianças devem receber exclusivamente leite materno até os seis meses de idade; a amamentação deve ser mantida por, pelo menos, dois anos; e apenas a partir dos seis meses de nascidas, o leite materno deve ser complementado. Ainda segundo a OMS (2000), o aleitamento materno se classifica em: exclusivo, predominante, complementado e misto ou parcial. O aleitamento materno é exclusivo quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos. Aleitamento materno predominante é quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adocicada, chás, infusões), sucos de frutas e outros. Já o Aleitamento complementado é quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido, com a finalidade de complementá-lo e não de substituí-lo. E o aleitamento misto ou parcial é quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Desta forma, é de fundamental importância a produção deste trabalho para elucidar os benefícios do aleitamento materno como forma de promoção da saúde da díade mãe-filho, assim como para a prevenção de óbitos infantis, salientando dessa forma a necessidade de seu incentivo.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo, que costuma reunir informações gerais a respeito do objeto em estudo, sem pretender resolver problemas e nem a explicar fenômenos, mas sim a compreender a intimidade das subjetividades, a descortinar o tema em questão, a esclarecer do que se trata, a conhecer a natureza dos fenômenos, a situá-lo no tempo e no espaço (RODRIGUES,

2007).

A pesquisa foi realizada durante o mês de Agosto de 2014, em bases eletrônicas. Efetuou-se uma revisão das publicações na área da saúde através da consulta de artigos científicos veiculados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), através das bases de dados, LILACS e SCIELO, utilizando o seguinte descritor: Aleitamento Materno.

Os artigos utilizados foram aqueles que continham maior informação a respeito do tema proposto e que estavam de acordo com o objetivo do estudo, sendo analisados 15 artigos após utilização dos critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão foram utilizados apenas artigos publicados nos anos de 2010 a 2014, disponíveis na íntegra, em língua portuguesa e na base de dados selecionado.

De posse do material levantado, foi realizada uma leitura crítica dos artigos, na íntegra, buscando respostas aos objetivos da pesquisa. Os dados foram coletados com base e separados em eixos relacionados aos objetivos da pesquisa: (1) importância da amamentação, (2) fatores associados ao desmame, (3) programas e políticas relacionadas a amamentação, (4) importância dos profissionais de saúde no incentivo ao aleitamento materno e (5) aleitamento materno na ótica das mães.

É com base nas análises dos artigos que buscaremos aprofundar o conhecimento frente os benefícios do aleitamento materno como estratégia de promoção da saúde e prevenção de óbitos infantis.

Resultados e Discussão

Das Produções

Observa-se que a publicação dos estudos em análise se deu a partir do ano de 2010. Por se tratar de um estudo bibliográfico, se fez necessário buscar informações históricas relacionadas ao tema abordado no estudo. Foi feita uma busca por produções recentes, também, objetivando estudar os contextos (diferentes) e as evoluções direcionadas ao aleitamento materno.

Em nossas pesquisas, obtivemos o total 22 de artigos, sendo o maior número de publicações nos anos de 2011 e 2013, ambos com 5 artigos publicados.

Buscamos compreender desde a importância do aleitamento materno aos fatores que influenciam o desmame.

Da importância do aleitamento materno

Com a realização desse trabalho percebeu-se que diversos estudos reconhecem os benefícios da amamentação sob os mais variados aspectos, sendo esses psicológicos, imunológico e/ou psicossocial (ANTUNES, 2008). O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) ressalta diversos argumentos em prol do aleitamento materno: evita mortes infantis, diarreias, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias e hipertensão arterial, melhora o desenvolvimento da cavidade bucal, tem um efeito positivo sobre a inteligência, reduz o risco de obesidade, além de não ter custo financeiro e promover melhor qualidade de vida (BRASIL, 2009). (DINIZ, 2011) afirmam que o leite materno, além de reduzir a morbidade em crianças pré-maturas, apresenta uma série de benefícios em decorrência das suas propriedades imunológicas, ajudando na maturação do sistema gastrointestinal e melhorando o desenvolvimento psicomotor da criança. Esse desenvolvimento psicomotor da criança também é observado no estudo de (ANTUNES, 2008). Segundo os autores, as crianças que mamam no peito tendem a ser mais tranquilas e fáceis de socializar-se durante a infância. Diante de todos os benefícios comprovados do aleitamento materno (PONTES, 2013) ressaltam a importância da amamentação em especial para crianças que nascem com baixo peso. (MALLOY/GRAUBARD, 1963), citados por Vinagre, (DINIZ/VAZ, 2001), afirmam que o uso do leite humano possibilita prever menor risco de hospitalização no decorrer do primeiro ano de vida das crianças. Por tanto, é claro a importância do aleitamento materno. Então, por que ainda existem mães que antecedem o desmame das crianças?

Dos fatores que influenciam o desmame

Dos cinco estudos que separamos para analisar os fatores que influenciam o desmame, 3 estão relacionados ao nível de conhecimento das mães. Destes, 2 afirmam que o grau de conhecimento da mãe influencia no desmame precoce (VENANCIO, 2010) (SILVA, 2013). Um terceiro estudo relata que o grau de conhecimento adquirido pela mãe durante a gestação não tem relação com a duração do aleitamento exclusivo (CARRASCOZA, 2011).

No século 19, com o surgimento de várias indústrias na Europa e EUA, constatou-se um crescimento no número de trabalhadoras. A sociedade começou então a valorizar cada vez mais a mulher trabalhadora em detrimento dos cuidados com as crianças. Além disso, a industrialização incentivou a produção do leite industrial, conseqüentemente aumentando os números de desmame precoce, tanto pela produção de leites não humanos, quanto pelo o acesso das mulheres ao mercado de trabalho. (PÉREZ/VIANNA, 2011) acreditam que seja importante responder as necessidades de apoio ao aleitamento materno em populações vulneráveis, como, por exemplo, mães empregadas. Por outro lado, nos países não industrializados, as mulheres de classes favorecidas, de baixo e médio poder aquisitivo, aumentaram mais que as de melhor nível socioeconômico (FALEIROS, 2006).

Programas e políticas relacionadas a amamentação

A industrialização, a urbanização, o trabalho externo da mulher, a redução da importância social da maternidade e a descoberta das fórmulas de leite em pó foram os principais responsáveis pela diminuição do aleitamento materno nos séculos 19 e 20. Com o desmame precoce, a amamentação passa a ser incentivada como importante ação pública de saúde e de fato, passa a ser universalmente aceita, que o leite humano é importante e desejável.

O Papel dos programas e políticas na expansão da prática da amamentação também tem sido relatado por vários autores. As amas de leite, por exemplo, foram muito utilizadas para substituírem o leite materno, porém, para alguns autores, nenhum outro tipo de leite, a não ser o da mãe, pode ser considerado a alimentação mais adequada para o seu filho.

Para (BOCCOLINI, 2011) investir na promoção do aleitamento materno em larga escala significa investir no bem-estar das crianças e no futuro do Brasil. Ainda segundo o mesmo autor, é necessário reforçar a promoção, o apoio e a proteção do aleitamento materno. Nesse contexto, surgem a Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (VENANCIO, 2010), Hospital Amigo da Criança e a Rede Cegonha, baseada num novo modelo de atenção humanizada à gravidez, ao parto e à criança (NASCIMENTO, 2013).

Com as evoluções evidenciadas, recomenda-se, a realização de estudos prospectivos que possam investigar as expectativas das mães em relação à amamentação e a sua percepção, enquanto mulheres, do desempenho das inúmeras funções domésticas, profissionais, sociais e maternas

O aleitamento materno na ótica das mães

Após analisar a prevalência dos relatos das mães em seus estudos, (CARRASCOZA, 2011) verificaram que elas se referem com maior frequência a situações relacionadas à sua realização e satisfação pessoal, colocam em segundo plano a questão do apego entre elas e a criança e, apenas em terceiro lugar, relatam informações sobre a saúde e o crescimento da criança.

É importante compreender como se sentem as mães que estão amamentando seus filhos, não esquecendo que a mãe não é apenas uma fonte de alimento, mas também possui necessidades psicossociais e é influenciada por um amplo conjunto de variáveis contextuais e culturais.

Nesse sentido, o aleitamento materno precisa ser fortalecido e incentivado através de orientações e apoio profissionais de saúde, além da família e da sociedade, com foco não somente no ato de amamentar, mas também no bem estar da mãe, na satisfação pessoal ao amamentar.

Importância dos profissionais no incentivo ao aleitamento materno

Vários estudos centralizam-se na importância dos profissionais de saúde perante a conscientização das mães ao amamentarem seus filhos. Alguns chegam a relatar pressão sofrida pelos profissionais por meio dos órgãos públicos.

Contudo, o vínculo dos profissionais com as usuárias facilitam o uso de estratégias que incentive o aleitamento materno. É preciso avançar nas estratégias de incentivo ao aleitamento materno, através da qualificação dos trabalhadores, para que sejam lançadas medidas de estímulo à amamentação, como, por exemplo, a criação de grupos de gestantes, e no sentido de sensibilizá-los e prepará-los para orientar, apoiar, divulgar e promover tal prática (BATISTA, 2013).

(BATISTA/FARIAS/MELO2013) acreditam que a participação ativa do profissional é vista como fundamental para a adesão à prática (da amamentação), visto que o “suporte social para a amamentação” é importante, pois a amamentação precisa ser ensinada e apoiada, não só por profissionais de saúde, mas pela família e pela sociedade em geral. É preciso uma troca de experiências, vivências e conhecimentos para que a amamentação ocorra em um ambiente de harmonia e segurança para mãe e o bebê (BATISTA, 2013).

Além dos profissionais, a participação das famílias no apoio à amamentação e durante a assistência ao pré-natal, parto e pós-parto também é fator fundamental para o aleitamento materno(PONTES, 2013).

Conclusão

Espera-se que o presente estudo tenha trazido elementos para entender a importância do aleitamento materno, os fatores que estão ligados direto e indiretamente com desmame precoce, assim como a percepção das mães sobre o assunto.

Diante dos estudos realizados, foi possível concluir que a importância do aleitamento materno é evidenciada no aspecto biopsicossocial e tem papel fundamental no desenvolvimento do recém-nascido. Desse modo, é de grande relevância o incentivo de práticas de promoção da saúde por parte dos profissionais de saúde que devem realizar atividades educativas a fim de fomentar os benefícios da amamentação. Ressaltando sua contribuição para a redução dos índices de mortalidade infantil, assim como para a recuperação da mãe e fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho.

Os fatores relacionados ao desmame contribuem para repensar as práticas utilizadas hoje nas unidades básicas de saúde (UBS). Funcionam como subsídios para a organização de projetos e estratégias que referem-se a importância do aleitamento materno.

Acreditamos que a inserção de visitas domiciliares com trabalhadores qualificados, a fim de acompanhar, avaliar, orientar a prática da amamentação evitaria a mecanização imposta por alguns profissionais do ato de amamentar, além de contribuir para evitar o desmame e conseqüentemente a morbidade infantil, promovendo a saúde da criança, da mães e toda a família.

Referências

- ANTUNES et al. Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. Revista Ciência e Saúde Coletiva. São Paulo, 2008.
- BATISTA KRA, Farias MCAD, Melo WSN. Influência da assistência de enfermagem na prática da amamentação no puerpério imediato. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BOCCOLINI CS, et al. Breastfeeding can prevent hospitalization for pneumonia among children under 1 year old. J Pediatr (Rio J), 2011.
- BOCI MLM, Machado MT. Amamentação: um resgate histórico. Escola de Saúde Pública do Ceará – V. 1 – N. 1 – Julho – Dezembro – 2005.
- CARRASCOZA KC, et al. Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.
- CAMINHA MFC, et al. Aspectos históricos, científicos, socioeconômicos e institucionais do aleitamento materno. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2010.
- FALEIROS FTV, Trezza EMC, Carandina L. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. Rev. Nutr, 2006.
- NASCIMENTO VC et al. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2013.
- OMS Organização Mundial De Saúde. Os dez passos da alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos. Brasília: OMS/OPAS, 2000.
- PEREZ - Escamilla R, Vianna RP. Breastfeeding and infant pneumonia in Brazil: the value of electronic surveillance information systems. J Pediatr (Rio J). 2011.
- PONTES AM, et al. As repercussões do aleitamento materno exclusivo em crianças com baixo peso ao nascer. Revista Saúde em Debate, Rio de Janeiro, 2013.
- RODRIGUES RM. Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas S.A., 2007.
- SILVA WF, Guedes ZCF. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. Rev. CEFAC. 2013.
- VENANCIO SI, et al. Breastfeeding practice in the Brazilian capital cities and the Federal District: current status and advances. J Pediatr (Rio J). 2010.
- VINAGRE RD, et al. Leite Humano: um pouco de sua história. Pediatria (São Paulo) 2001.

A ADOLESCÊNCIA E A MATERNIDADE: ANÁLISE TEÓRICO- REFLEXIVA DA ADAPTAÇÃO AO PAPEL DE MÃE

Anna Karolina Lages de Araujo (apresentador) – Universidade Federal do Piauí; Email: karol_lages@hotmail.com

Laís Gama Ibiapina – Universidade Federal do Piauí

Anna Katharinne Carreiro Santiago – Universidade Federal do Piauí

Inez Sampaio Nery – Universidade Federal do Piauí

Silvana Santiago da Rocha (Orientador) – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Teoria de Enfermagem. Gravidez na adolescência. Transtornos de adaptação.

Resumo

Objetivo: promover reflexões sobre as possibilidades de aplicação da teoria de adaptação, no atendimento às gestantes adolescentes. **Resultados:** a teoria de adaptação é aplicável à gestação na adolescência, já que instrumentaliza o profissional no manejo de situações em que um estado de normalidade é rompido, visando assim à adequação dessa nova circunstância. Trata-se, porém, de um desafio, porque os fatores socioculturais e econômicos são preponderantes e em situações de vulnerabilidade repercutem negativamente, tanto na saúde da díade mãe/filho quanto na efetividade das ações de saúde. É preciso assim, que essa jovem receba apoio proveniente não só da família, como também, de profissionais preparados, para auxiliá-las nesse momento de medo e angústias.

Introdução

Nas últimas décadas, o percurso entre a infância e a idade adulta foi profundamente alterado nas sociedades ocidentais modernas, e a gravidez na adolescência passou a ser apresentada com uma perturbação à trajetória juvenil, inserida em um discurso alarmista, moralizante e normativo. Estudos demográficos vem demonstrando um aumento da taxa específica de fecundidade e uma elevação relativa de nascimentos entre mulheres de 15 a 19 anos, em contraste com tendência revelada em outros grupos etários, levando a gravidez na adolescência a ser encarada como um problema social (BRANDÃO; HEILBORN, 2006; DIAS; AQUINO, 2006).

No início da vida reprodutiva, a maternidade pode ameaçar o bem-estar e o futuro das adolescentes em razão dos riscos físicos, emocionais e sociais, e está associada à pobreza, baixa escolaridade e resultados perinatais negativos contribuindo para a perpetuação do ciclo de pobreza. A gravidez demanda uma condição amadurecida, estável e estruturada, em termos econômicos, profissionais e pessoais, elementos dificilmente encontrados na adolescência (MOURA *et al.*, 2011).

Metodologia

Trata-se de uma reflexão baseada em uma revisão da literatura, oriunda da disciplina “Enfermagem em Saúde e Sociedade do Programa de pós-graduação”, do curso de mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Piauí, que relaciona o papel do enfermeiro no cuidado à gestante adolescente, evidenciando as limitações e possibilidades.

Resultados

e

Discussão

DIFICULDADES ENFRENTADAS POR ADOLESCENTES GESTANTES NO DESEMPENHO DO PAPEL DE MÃE

O nascimento de um filho na adolescência representa uma etapa de transição para a vida adulta, revelando significados próprios para pais e mães, demarcados por relações de gênero e expressos nos desdobramentos ocasionados pela existência de um filho numa etapa de vida determinada. Para a adolescente, a gravidez pode significar uma reformulação dos seus planos de vida e a necessidade de assumir o papel de mãe para o qual ainda não está preparada (DIAS; AQUINO, 2006; DIAS; GOMES, 1999).

A experiência do nascimento hoje é definida pelo desenvolvimento dos papéis maternos e paternos e esses papéis é que caracterizam a adaptação à gravidez, ou seja, a uma nova realidade pessoal e familiar diante a expectativa do nascimento de um filho. Entretanto, os novos papéis que a adolescente precisa assumir acabam tornando-se suas maiores dificuldades e estão relacionados principalmente à situação socioeconômica, como falta de emprego e casa própria, mudanças com o corpo e cuidados com o recém-nascido, como medo de dar banho e cuidar do umbigo. É fundamental nesse momento para a adolescente o suporte familiar e a ajuda de pessoas com experiência. A adaptação feminina ao período gestacional é influenciada por três fatores da vida da mulher: seu bem-estar psicossocial, sua família e a sociedade em que ela vive (SILVA *et al.*, 2011; BRÁS; PEREIRA, 2011).

Entender esse universo de dificuldades é refletir sobre quais demandas de apoio a mãe adolescente necessita para sentir segurança em seu desempenho e em sua capacidade para cuidar de seu filho, pois grande parte desse contexto é pré-estabelecido pelo conjunto de determinações históricas que compõem sua vida (ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006).

A acolhida por pessoas próximas à adolescente torna-se fundamental, pelo fato de ela estar vivenciando um período extremamente delicado, com repercussões não apenas para si, mas para outro ser, que poderá vir a ser cuidado por alguém com pouca experiência de vida. Por isso a importância da adolescente receber o apoio, o qual contribui para que ela não visualize a possibilidade de abortamento, e isso se constitua em mais um risco a sua saúde (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Na vivência do processo gestacional na adolescência, essas jovens ainda inexperientes e com pouco conhecimento da realidade que irão enfrentar sentem-se vulneráveis. A experiência do cuidar de seu filho, para a mãe adolescente, é determinada pela ação e interação com sua família e os profissionais de saúde que a auxiliam nos cuidados. Assim, o apoio familiar e profissional é extremamente importante para que possam expor ansiedades, medos e desejos que a cercam nesse momento tão singular na vida de uma mulher (ANDRADE; RIBEIRO; SILVA, 2006).

A IMPORTÂNCIA DA ENFERMAGEM NO ENFRENTAMENTO DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Dentre as atribuições do enfermeiro na atenção básica, está a promoção de saúde por meio de educação em saúde. Nessa perspectiva, a enfermagem precisa voltar os olhares para além das gestantes. É necessário alcançar essa população antes de iniciarem a vida sexual, instruí-las sobre os métodos contraceptivos, mas certamente considerar o contexto social, ao imergi-las nas possibilidades e limitações advindas da chegada de uma criança nessa fase da vida.

Configuram-se como essenciais na gestação, as informações e orientações que ajudam na compreensão do mundo pelas adolescentes. Educá-las para o mundo é um desafio, especialmente para os profissionais de saúde, uma vez que os cuidados necessários ao bem-estar materno e fetal sofrem interferência direta dos dilemas pessoais e familiares (SCHWARTZ; VIEIRA; GEIB, 2011).

Os jovens são por essência seres vulneráveis, e a gravidez amplia essa condição. A formação do vínculo com esses profissionais pode minimizar as dificuldades, à medida que orientações no que tange à saúde sexual e reprodutiva são compartilhadas com essas usuárias (PENNA *et al.*, 2012).

O enfermeiro é responsável por promover a atenção à saúde das adolescentes, na perspectiva da integralidade, respeitando suas especificidades e valorizando o contexto em que a gravidez se insere, incluídos fatores socioeconômicos e culturais nos quais as

relações de gênero se concretizam. O profissional que assiste as adolescentes gestantes tem importante papel na escuta sensível de suas necessidades, devendo permitir a expressão de sentimentos que emergem na vivência da gravidez de modo a se estabelecer uma relação de confiança. Diante disso, a assistência pré-natal deve configurar-se como troca de saberes entre profissional e a gestante adolescente, em detrimento do intercâmbio de informações fragmentadas e imposições (PENNA *et al*, 2012; MELO; COELHO, 2011). O ambiente da maternidade, o período de internação hospitalar e a relação que se constrói entre adolescente–profissional de saúde quando somados, geram resultados fundamentais: o momento de acolhimento, a troca de experiências e formação de laços institucionais e pessoais, configurando-se em um rico espaço para as práticas educativas e problematizadoras, dentro do processo dialógico enfermeiro-adolescente (PENNA *et al*, 2012).

Conclusão

O cuidado à adolescente grávida deve se concretizar sob o olhar da integralidade, na medida em que as práticas são orientadas por um modelo que possibilita a este grupo a oportunidade de atuarem como sujeitos. O papel do enfermeiro é acolhê-las com escuta qualificada e responsabilização diante das especificidades das demandas, valorizando o contexto em que estas são geradas. Desse modo, proporciona-se uma assistência de qualidade, um grupo de apoio no enfrentamento desta fase do ciclo vital das adolescentes. Assim, vê-se a importância do enfermeiro não apenas na atenção as adolescentes grávidas, mas também na atenção voltada à prevenção da gravidez nesta etapa da vida. São necessário profissionais capacitados e treinados que garantam os direitos reprodutivos e que orientem essas adolescentes sobre suas possibilidades, estratégias, riscos e desvantagens para a formação precoce de uma família.

Percebe-se que a utilização do referencial teórico de Callista Roy, permite visualizar a pessoa como um sistema adaptável, dotada de mecanismos de resistência, cujas respostas são condicionadas aos estímulos aos quais está exposta, facilitando a compreensão do enfermeiro sobre as principais necessidades comprometidas no modo adaptativo de função da vida real/função de papel, pois favorece um melhor entendimento do Processo de Enfermagem e uma resolução mais efetiva do cuidado das gestantes adolescentes.

Referências

- ANDRADE, P.R.; RIBEIRO, C.A.; SILVA, C.V. Mãe adolescente vivenciando o cuidado do filho: um modelo teórico. *Rev Bras Enferm.* v.59, n.1, p. 30-35, 2006.
- ARAÚJO, A.C *et al*. Implicações da sexualidade e reprodução no adolescer saudável. *Rev Rene.* v.13, n.2, p. 437-444, 2012.
- BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v. 22, n.7, p. 1421-1430, 2006.
- BRÁS, C.; PEREIRA, A. Promoção da saúde de grávidas adolescentes: estudo prévio de identificação de necessidades. *Millenium.* v.40, p. 69-81, 2011.
- DIAS, A.B.; AQUINO, E.M.L. Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Cad. Saúde Pública.* v.22, n.7, p. 1447-1458, 2006.
- DIAS, A.C.G.; GOMES, W.B. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. *Estudos de Psicologia.* v.4,n.1,p. 79-106, 1999.
- MELO, M.C.P.; COELHO, E.A.C. Integralidade e cuidado a adolescentes grávidas adolescentes na Atenção Básica. *Ciência & Saúde Coletiva.* v.16, n.5, p. 2549-2558, 2012.
- MOURA, L.N.B *et al*. Informação sobre contracepção e sexualidade entre adolescentes que vivenciaram uma gravidez*. *Acta Paul Enferm.* v. 24, n.3, p. 320-326, 2011.
- PENNA, L.H.G. *et al*. Assistência às adolescentes abrigadas em maternidade sob a ótica de profissionais de saúde. *Acta Paul Enferm.* v.25, n.2, p. 121-127, 2012.
- SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L.T.C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. *Ciênc. saúde coletiva.* v.16, n.5, p. 2575-2585, 2011.
- SILVA, J.L. *et al*. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. *Rev Bras Ginecol Obstet.* v.33, n.8,p. 182-187, 2011.

A ADOLESCÊNCIA E A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

Gabriela da Cunha Gomes^{1*} (PG), Ana Maria Fontenelle Catrib² (PQ).

1. Mestrado em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE

2. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Fortaleza, Fortaleza-CE.

Email: cunhagg@hotmail.com

Palavras-chave: Adolescência. Psicanálise. Promoção da Saúde. Escola.

Resumo

Para o saber psicanalítico a adolescência refere-se a um momento em que os laços fraternos sobrepõem-se aos laços parentais, de forma que os jovens se identificam entre si e tendem a formar grupos, como meio de integrar-se à sociedade. Com o intuito de manter um embasamento teórico coerente com a opção epistemológica, o presente estudo é do tipo bibliográfico, de natureza descritiva e segue as diretrizes e procedimentos da abordagem qualitativa. Para tanto, analisa o texto freudiano “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, aborda a adolescência no ponto de vista de Calligares (2009) e explora a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010). Os resultados apontam que, atualmente, a escola é reconhecida como o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de adolescentes, uma vez que se compreende que é no ambiente escolar que o adolescente se reconhece como *sujeito* no laço social. Nessa perspectiva, entende-se que no espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito, de maneira que a escola é o ambiente ideal para a adoção de políticas de *saúde mental*, tendo em vista que a mesma se propõe a estimular a autonomia e o crescimento do indivíduo. Concluiu-se que as ações promotoras de saúde na escola são ferramentas que estimulam os sujeitos a ampliarem seu potencial de vida e bem-estar, uma vez que possibilitam o desenvolvimento de habilidades pessoais, mudanças de atitude e controle sobre as circunstâncias da própria vida.

Introdução

A Constituição Federal, em seu art. 227 *caput*, preconiza que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem com absoluta prioridade o direito à saúde, dentre outros. (BRASIL, 1988). Sendo assim, é função do Estado e demais organismos de proteção dos direitos de crianças e adolescentes fomentar ações que garantam o acesso à saúde e promovam a cidadania de pessoas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) se destaca no cenário mundial, uma vez que incentiva, organiza, planeja e aciona recursos para a vida. A OMS considera que a adolescência compreende o período dos 10(dez) aos 19(dezenove) anos de idade e constata que nos dias atuais, quase 1(um) em cada 5(cinco) pessoas no mundo é um adolescente. Existem cerca de 1,2 bilhões de pessoas no mundo nesta faixa etária, de forma que a OMS desenvolveu um relatório denominado “Saúde para adolescentes do mundo”, visando compreender a saúde e desenvolvimento de adolescentes a partir de trabalhos voltados para promover a saúde dos mesmos, incluindo o que promove ou prejudica a saúde e de que forma as comunidades e países estão atendendo às necessidades dos adolescentes. (WHO, *online*, tradução nossa).

Para o saber psicanalítico a adolescência refere-se a um momento em que os laços fraternos sobrepõem-se aos laços parentais, de forma que os jovens se identificam entre si e tendem a formar grupos, como meio de integrar-se à sociedade. O ambiente escolar, por sua vez, oferece oportunidades para o jovem interagir e conviver em pares, tendo em conta que este reúne condições para o desenvolvimento cognitivo e emocional do sujeito, contribuindo para a livre manifestação psíquica. É necessário ressaltar que, atualmente, a escola é contemplada por diversas políticas que visam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos. Sendo assim, a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010) destaca-se no cenário brasileiro, ao passo que valoriza o ser humano em sua integralidade, estimulando a adoção de modos de viver não-violentos, apoiando o desenvolvimento de uma cultura de paz e incentivando a responsabilidade coletiva e o exercício da cidadania, à medida que reconhece a necessidade de superação da abordagem fragmentada dos processos de saúde-adoecimento.

Partindo-se desse entendimento, este trabalho dedica-se a analisar a adolescência, suas particularidades e singularidades sob uma perspectiva psicanalítica, destacando o contexto escolar na efetivação da Política Nacional de Promoção da Saúde (2010).

Metodologia

Com o intuito de manter um embasamento teórico coerente com a opção epistemológica, a presente pesquisa é do tipo bibliográfico, de natureza descritiva e segue as diretrizes e procedimentos da abordagem qualitativa, coerente com a compreensão de que os fenômenos humanos, devido a sua complexidade, necessitam ser pesquisados sob os mais diferentes ângulos e variadas metodologias (MINAYO, 2002). O estudo analisa o texto freudiano “Psicologia das Massas e Análise do Eu”, aborda a adolescência no ponto de vista de Calligares (2009) e explora a Política Nacional de Promoção da Saúde (2010).

Resultados e Discussão

Estudar a *passagem adolescente* é fundamental para compreender as dificuldades e peculiaridades do sujeito adolescente no meio social. Em decorrência dessa constatação, torna-se indispensável reconhecer as operações psíquicas mais comuns durante a adolescência, no que tange a análise das formações grupais e a dimensão de sua estruturação a nível inconsciente. Para tanto, é imprescindível recorrer aos textos freudianos, uma vez que Freud anuncia que as formações grupais são norteadas por uma espécie de mente coletiva, na qual os integrantes do grupo podem vir a renunciar seus interesses pessoais a favor dos interesses coletivos.

Nos estudos de Freud os grupos são considerados impulsivos, mutáveis e irritáveis, sendo quase exclusivamente direcionados por seu inconsciente grupal. Ao falar das massas artificiais como a *igreja* e o *exército*, Freud ressalta o amor destinado aos líderes das duas organizações, pois o líder impulsiona seu grupo e desperta à memória coletiva de seus componentes, assumindo assim o lugar do *pai primordial*. À vista disso, nos grupos há um sentimento de onipotência que, por conseguinte afeta as noções de possibilidade e impossibilidade, fazendo com que a mente grupal não obedeça a limites e permaneça sugestiva a influências, apresentando uma suspensão de suas faculdades críticas. Freud também menciona o papel do líder no grupo, uma vez que este anseia por obediência, se mostrando suficientemente forte por meio do fascínio irresistível que exerce sobre o grupo, o que recebe o nome de *prestígio*. (FREUD, 2011).

Segundo Freud (2011, p.22) “O prestígio é uma espécie de domínio exercido sobre nós por um indivíduo, um trabalho ou uma ideia”. Sendo assim, o prestígio suspende as faculdades críticas do sujeito e o infla de adoração e respeito ao líder. O prestígio pode ser do

tipo *artificial* ou *pessoal*, sendo o primeiro em geral, procedente de bens materiais e o segundo de sua própria supremacia sobre o grupo. Neste contexto, os grupos providos de líder são mais fortes e coesos, entretanto, são suscetíveis a inconstâncias. Assim, entende-se que a mente grupal se autogoverna e tende a não discernir entre o que é falso ou verdadeiro excluindo a autoconsciência do sujeito.

Para a compreensão da formação grupal na atualidade infere-se que “o comportamento adolescente é considerado, no mínimo anormal por parecer (e de fato ser) transgressivo, quando comparado ao padrão adulto (o padrão confesso dos adultos)”. (CALLIGARES, 2009, p.35). O autor destaca que eles transgridem para ser reconhecidos e, os adultos idealizam uma visão da adolescência. Em seus estudos, Calligares menciona que a comunidade impõe uma moratória ao adolescente, já que embora ele disponha de recursos maturacionais e tenha assimilado valores, ainda está em um tempo de suspensão em que ainda não é reconhecido como adulto. Esta perspectiva demonstra que o adolescente se sente frustrado pela possibilidade de autonomia e pela relação de dependência que ainda vive. Para exemplificar as identificações adolescentes o referido autor destaca cinco formações grupais comuns a este período: o *adolescente gregário*, o *delinquente*, o *toxicômano*, o *que se enfeia* e o *adolescente barulhento*.

Embora as formações grupais dos tipos: *delinquente* e *toxicômano* sejam formas extremas de identificação entre adolescentes, as formações grupais são necessárias para o desenvolvimento psíquico dos adolescentes e sua inserção no tecido social. Portanto, a organização grupal delineada pelo saber psicanalítico, revela que o *ser adolescente* manifesta-se em sua plenitude, no contexto escolar em que o sujeito investe nas relações com seus semelhantes, o que confere sentido ao decurso da adolescência.

Em face desta constatação, compreende-se que a *escola* é atualmente reconhecida como o espaço de referência para promover a saúde e o bem-estar de adolescentes, uma vez que se compreende que é no ambiente escolar que o adolescente se reconhece como sujeito no laço social. Nessa perspectiva, entende-se que no espaço escolar são gestadas as condições para o desenvolvimento integral do sujeito, de maneira que a escola é o ambiente ideal para adoção de políticas de *saúde mental*, tendo em vista que a mesma se propõe a estimular a autonomia e crescimento do indivíduo.

Partindo dessa concepção, percebe-se que a promoção da saúde na escola efetiva ações intersetoriais complexas e requer a modificação de comportamentos, uma vez que não deve centrar-se exclusivamente em ações de natureza preventiva, como o controle de doenças. Mas, sobretudo, estimular a construção de atitudes de vida saudáveis, o desenvolvimento psicossocial e a saúde mental a partir de práticas mais efetivas. (BRASIL, 2006). O reconhecimento deste panorama evidencia que a política de promoção transcende o foco da saúde como ausência de doença, legitimando a saúde enquanto recursos para a vida, tais como: educação, condições de trabalho, lazer, cultura, acesso a bens entre outros. (BRASIL, 2010).

A Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Ottawa (Canadá), tornou-se fundamental para se repensar o aperfeiçoamento da saúde e seus desdobramentos na vida das pessoas. A Política Nacional de Promoção da Saúde preconiza a equidade, justiça social, habitação e, sobretudo a educação, de forma que torna-se fundamental trabalhar com estratégias de Promoção da Saúde na escola. Por conseguinte, ações que promovem a saúde na comunidade escolar estimulam a melhoria de vida das pessoas, fomentando o protagonismo social e a construção de ambientes saudáveis.

Conclusão

Assegurar às crianças e aos adolescentes o direito à saúde e o acesso às estratégias de redução de danos é uma exigência legal, conforme preconiza o art. 227, *caput* da Constituição Federal. Ciente das exigências legais, este estudo pôs em relevo as contribuições dos estudos psicanalíticos acerca das formações grupais na adolescência, bem como o papel da escola como espaço de referência do sujeito adolescente no laço social. Por fim, considera-se que as ações promotoras de saúde na escola são ferramentas que estimulam os sujeitos a ampliarem seu potencial de vida e bem-estar, uma vez que possibilitam o desenvolvimento de habilidades pessoais, mudanças de atitude e controle sobre as circunstâncias da própria vida. Portanto, as ações de promoção da saúde refletem ações de promoção da *saúde mental* à medida que viabilizam espaços para se discutir as reais necessidades e dificuldades dos adolescentes ao passo em que constrói um canal para troca de informações e experiências destes sujeitos.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. 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. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf> Acesso em: 19 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CALLIGARES, Contardo. A adolescência. 2.ed. São Paulo: Publifolha, 2009.

FREUD, S. Psicologia das Massas e Análise do Eu e Outros Textos (1920-1923). Tradução de Paulo César de Souza. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

MINAYO, Cecília de Souza. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

WHO. World Health Organization. Disponível em: <http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/adolescent_health2014/en/index.html> Acesso em: 15 out. 2013.

Agradecimentos

Agradamos ao Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

A ANTICONCEPÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará. rafegobr@yahoo.com.br

Jacqueline Mota da Silva – Universidade Federal do Ceará

[Escolástica Rejane Ferreira Moura](#) – Universidade Federal do Ceará

Zuila Maria de Figueredo Carvalho (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde sexual e reprodutiva. Análise de conceito

Resumo

Objetivou-se analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos. A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Introdução

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, a anticoncepção é assunto pertinente e constante nas ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Assim, segundo o Ministério da Saúde, a anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Para Costa, Rosado, Florêncio e Xavier (2013) a anticoncepção é um assunto fortemente ético, uma vez que aproxima aspectos políticos, socioeconômicos e de caráter individual. Configura-se como tema importante para a autodeterminação individual e de um povo, uma vez que a tomada de decisão acerca da anticoncepção está relacionada à cultura, educação e condição socioeconômica. O uso adequado de métodos anticoncepcionais (MACs) necessita de acompanhamento eficaz e constitui comportamento adequado de promoção da saúde.

A competência profissional no panorama da anticoncepção deve incluir conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados. Isso inclui a habilidade para dar orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando na tomada de decisão quanto aos MACs e acolhendo com respeito o/a cliente. Ademais, o profissional deve estar preparado para lidar com mitos, preconceitos e percepções errôneas da clientela a respeito do tema, proporcionando-lhe instrumentos e oportunidades para a aquisição de conhecimentos favoráveis a prática segura da anticoncepção (MOURA, SILVA; 2005).

Para tanto, refletir sobre o conceito de anticoncepção no cenário da saúde sexual e reprodutiva é relevante, pois permitirá um entendimento abrangente desse conceito, fornecendo ferramentas esclarecedoras para uma prática clínica efetiva.

Diante desses fatos, a análise de conceito consiste em um exercício intelectual que visa ao esclarecimento de um conceito de interesse. Devido às modificações contínuas e complexas do conhecimento ao longo do tempo, emerge a necessidade da análise de conceito para a prática cotidiana a fim de esclarecer, clarificar e realizar intercâmbio de saberes e do conhecimento científico (MANGUEIRA, LOPES; 2014)

A análise de conceito é basicamente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo e seus usos, associada a explicação de outras palavras ou termos relacionados (WALKER e AVANT, 2005).

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: Quais os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva?

Para responder a esta indagação decidiu-se pela realização do presente estudo com o objetivo de analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Metodologia

Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para esses autores, o objetivo da análise de conceito consiste em investigar a estrutura e o uso do conceito. Trata-se de um processo no qual os elementos básicos são examinados, distinguindo as semelhanças e as diferenças entre outros determinados conceitos. Desse modo, os autores mencionam o conceito como contendo características definidoras que permitem decidir que fenômenos estão compatíveis com o conceito (WALKER, AVANT; 2005).

Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos (WALKER, AVANT; 2005).

A seleção do conceito deve ser cuidadosa, deve refletir um tópico de interesse para o pesquisador e ser importante no programa de pesquisa para o desenvolvimento teórico futuro na sua área (WALKER, AVANT; 2005). O conceito escolhido para análise foi o de anticoncepção, cuja relevância abrange a prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids. Destaca-se que a anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids é objeto de investigação de uma das autoras como Dissertação de Mestrado, aspecto que também influenciou a escolha do tema.

Determinar o objetivo da análise é responder à pergunta: “Por que estou fazendo essa análise?”. O propósito pode ser esclarecer um significado de conceito existente para desenvolver uma definição ou para adicionar ao conceito já existente (WALKER, AVANT; 2005). O objetivo da análise é identificar os conceitos utilizados para definir anticoncepção no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva.

A identificação dos usos ou aplicações do conceito consiste na consulta de fontes da literatura a fim de ajudar o investigador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores. Sendo assim, foram realizadas buscas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os descritores “contraception” e anticoncepção, definidos nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

Os atributos definidores são características dos conceitos que aparecem com maior frequência, sendo a determinação destes efetuada por meio da observação do comportamento da referida frequência (WALKER, AVANT; 2005). Considerar o contexto em que o conceito será usado é uma decisão importante, pois o uso adequado de um conceito garante o embasamento teórico para práticas seguras.

O caso modelo pode ser definido concomitantemente com a busca dos atributos ou ser definido após os atributos definidores serem provisoriamente selecionados (WALKER, AVANT; 2005). Portanto, este será construído na medida em que a busca for revelando as aplicações dos conceitos.

Os casos adicionais apresentam como propósito decidir o que se considera e o que não se considera como atributos definidores para o conceito em estudo. Esses casos podem ser exemplos da vida real, originar-se da literatura ou serem constituídos pelo pesquisador (WALKER, AVANT; 2005).

A identificação de antecedentes e consequentes, como o próprio nome define, são, respectivamente, os acontecimentos que ocorrem anteriormente à ocorrência do conceito e as consequências como resultado do conceito (WALKER, AVANT; 2005).

As referências empíricas são classes ou categorias de um fenômeno real que, por sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito. Em muitos casos, os atributos definidores e as referências empíricas serão idênticos (WALKER, AVANT; 2005).

Resultados e Discussão

Escolha do conceito e objetivo da análise

O conceito escolhido foi o de anticoncepção e objetivou-se com a análise do mesmo fornecer ferramentas que proporcionem um entendimento amplo e profundo desse conceito, observando-o sob as variedades de aplicações encontradas.

Usos do conceito

Com o levantamento bibliográfico, percebeu-se que o conceito de anticoncepção está inserido em diversos contextos, e o seu uso envolve o propósito a ser abordado em cada situação, sendo elas: a prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/aids (COSTA, GOLDENBERG; 2013); a anticoncepção irregular devido ao envolvimento afetivo-amoroso presente, principalmente em adolescentes (BASTOS *et al.*, 2008); a anticoncepção cirúrgica e os fatores associados (VIEIRA, SOUZA; 2009); a anticoncepção pelo método da lactação com amenorreia (RITO, *et al.*, 2014).

Atributos definidores

Após a identificação dos usos do conceito, os atributos definidores podem ser destacados como: prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (COSTA, GOLDENBERG; 2013), através do uso de métodos de barreiras nas relações sexuais; Lactação com Amenorréia (RITO, *et al.*, 2014), a qual tem 99% de eficácia, contraceptivo oral, que tem como principal característica a facilidade de uso, porém tem sido relacionado a esquecimento frequente das tomadas o que aumenta a taxa de falha contraceptiva (BAHAMONDES; PINHO; MELO; OLIVEIRA; BAHAMONDES, 2011); Anticoncepção de emergência, que na literatura, tem o propósito de ser um recurso emergencial (MORÁN, 2013), utilizado para preencher falhas ou lacunas de outros MACs (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008); Preservativos masculino e feminino (SAMPAIO *et al.*, 2011) atributos que são largamente associados a prevenção de gravidez e de DSTs; e esterilização definitiva, que no corpo feminino corresponde à laqueadura tubária, e no masculino, à vasectomia (VIEIRA, SOUZA; 2009).

Observou-se, portanto, que os atributos definidores apresentam estreita relação com os MACs utilizados.

Caso modelo

O caso modelo pode ser utilizado como a utilização de um MAC:

Mulher, 30 anos, pratica a anticoncepção, realizando a dupla proteção por meio do uso de contraceptivo oral combinado e de preservativo masculino.

Observa-se que este caso modelo contém atributos críticos do conceito anticoncepção: métodos anticoncepcionais (contraceptivo oral e preservativo masculino) e prevenção da gravidez e das DSTs.

Casos adicionais

No caso contrário, tem-se:

Mulher, 30 anos, mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Caso ilegítimo:

Mulher utiliza a anticoncepção de emergência após todas as relações sexuais, pois acredita que dessa forma não engravidará e ficará isenta do risco de contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis.

No primeiro caso verifica-se que não houve o uso de MAC, uma vez que a relação sexual foi desprotegida, podendo o caso vir a culminar em concepção ou em transmissão de uma DST. No segundo caso, observa-se ilegitimidade, pois a anticoncepção de emergência é um método a ser usado apenas emergencialmente, estando seu uso indicado mediante falha da anticoncepção, como esquecimento de ingerir a pílula ou colocar o preservativo, bem como nas situações de violência sexual como o estupro. Além disso, seu uso não protege contra as DSTs como julga a mulher citada no caso (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008).

Identificação de antecedentes e consequentes

Os artigos analisados levaram a identificação de antecedentes do conceito de anticoncepção. Como visto anteriormente, atributos podem também ser classificados como antecedentes da anticoncepção, que são vários: uso de preservativos feminino ou masculino e de outros métodos de barreira (DIU, diafragma e agente espermaticida); uso de contraceptivos hormonais (anticoncepcional oral, anticoncepcional de emergência; contraceptivo injetável); uso de métodos naturais (tabelinha, método da ovulação); e esterilização (CUNHA; GALVÃO, 2011)(ALVEZ; LOPES, 2007).

Em relação aos métodos de barreira ressalta-se a importância dos preservativos feminino e masculino, como os únicos capazes de prevenir a gravidez e as DSTs simultaneamente (dupla proteção). Outra característica é que o uso destes métodos promove maior conhecimento do corpo por parte da mulher e do parceiro, podendo contribuir para a melhoria da afetividade na relação sexual do casal (ALVEZ; LOPES, 2007). No entanto, estes métodos devem ser usados de forma correta. Estudo revela que o uso incorreto ou falhas no preservativo podem contribuir para sua baixa eficácia, destacando-se: as más condições de armazenamento; validade expirada; fabricação de baixa qualidade; erros durante o uso, como desenrolar o preservativo antes de colocá-lo, ausência de espaço na extremidade do preservativo para o acúmulo do esperma, reutilização do mesmo preservativo, dentre outros) (CUNHA e GALVÃO, 2011).

Os contraceptivos hormonais tem sido o método reversível mais utilizado pelas mulheres brasileiras, particularmente o anticoncepcional oral combinado (AOC) (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011). Porém, como visto anteriormente, tem suas falhas. Para que a utilização desse método seja eficaz, é importante que as usuárias sejam informadas acerca do uso correto e das lacunas presentes no método. Pesquisa realizada com 294 usuárias de AOC em município de residência das autoras revelou lacunas no conhecimento sobre o método, sendo essas influenciadas por variáveis socioeconômicas e pelo tempo de uso (AMÉRICO *et al.* 2013).

A atividade sexual é vivida, muitas vezes, por meio de práticas sexuais desprotegidas, particularmente na adolescência. A escassez de conhecimento e de comunicação com pais, professores e profissionais de saúde, seja por medo ou tabu, responde por parte das

gravidezes não planejadas e das DSTs contraídas. Desta forma, a educação sexual também é um dos antecedentes importantes na anticoncepção, tendo o enfermeiro importante papel nessa área do cuidado.

Como consequentes da anticoncepção, tem-se o impacto na vida individual, como o planejamento da prole, tendo homens e/ou mulheres o número de filhos que desejam e no tempo que lhes foi mais apropriado, e o impacto no âmbito da coletividade, a destacar a queda na taxa de fecundidade no país.: A diminuição da taxa de fecundidade, por exemplo, como se verifica no Brasil nos últimos 30 anos, é consequente do melhor acesso da população aos MACs uma vez que estes passaram a ter uma provisão mais regular e abrangente pelos serviços públicos de saúde (TELES, SILVA, EDUARDO, MOURA, DAMASCENO, 2010).

A gravidez na adolescência, por sua vez, pode ser prevenida por práticas seguras de anticoncepção conferindo a adolescente maiores possibilidades para continuar seus estudos e elaborar planos de desenvolvimento e crescimento profissional, uma vez que estes podem ser minimizados pela gravidez precoce, principalmente quando ocorre em meio a condições financeiras desfavoráveis (baixa renda familiar) (MENDES; MOREIRA; MARTINS; SOUZA; MATOS, 2011).

Determinação de referenciais empíricos

Como citado anteriormente, os referenciais empíricos são características cuja presença revela a ocorrência do próprio conceito. No caso do conceito aqui estudado, os referenciais empíricos são os mesmos atributos definidores, pois a ocorrência destes pressupõe a própria anticoncepção.

Conclusão

A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Acerca das consequências da anticoncepção, vemos que sua definição permite vislumbrar a importância do conceito, não só no contexto individual como no coletivo. O enfermeiro deve estar ciente de tais consequentes para realizar ações de educação em saúde acerca dos métodos de anticoncepção junto a população, não apenas citando-os, mas descrevendo seus benefícios, suas características, modo de uso e consequências de uma anticoncepção adequada, ou seja, prevenção de gravidez e a postergação da gestação na adolescência, bem como a prevenção de DSTs pela prática do sexo seguro.

Referências

ALVES, S.A.; LOPES, M.H.B.M. Locus de Controle e escolha do método anticoncepcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.3, p.273-278, 2007.

AMÉRICO C.F.; NOGUEIRA P.S.F.; VIEIRA R.P.R.; BEZERRA C.G.; MOURA E.R.F.; LOPES M.V.O. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Rev. Latino-Am. Enferm.*,v.21, n.4, 07 telas, 2013.

BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N.R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M.V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *RevBrasGinecol Obstet.*, v.33, n.4, p.303-309, 2011.

BASTOS, M.R.; BORGES, A.L.V.; HOGA, L.A.K.; FERNANDES, M.P.; CONTIN, M.V. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: O uso da anticoncepção de emergência. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.3, p.447-456, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, versão preliminar, 2009.

BRITO, M.B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C.S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 2011.

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORÊNCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.37, n.1, p.74-86, 2013.

COSTA, L.A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde soc.*, v.22, n.1, p. 249-261, 2013.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G.; Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS. **Rev Rene**, v.12, n.4, p.699-708, 2011.

MANGUEIRA, S.O.; LOPES, M.V.O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Rev. Bras.enferm.*, v. 67, n.1, p. 148-154, 2014.

MENDES, S.S.; MOREIRA, R.M.F.; MARTINS, C.B.G.; SOUZA, S.P.S.; MATOS, K.F. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. *Rev paul pediatri*; v.29, n.3, p.385-391, 2011.

MORÁN, J.M.F. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. *Revista Brasileira de Estudos de Popul.*, v.30 n.1, p.125-144, 2013.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Púb.*,v.39, n.5, p. 795-801.

RITO, R.V.V.F.; CASTRO, I.R.R.; TRAJANO, A.J.B.; GOMES, M.A.S.M.; BERNAL, R.T.I. . Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative: degree of implementation in a Brazilian metropolis. *Rev. Nutri.*, v.26, n.4, p.385-395, 2014.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R.C.; CALLOU, J.L.L; SOUZA, B.B.C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.*, v.20, n.1, p: 171-181, 2011.

TELES, L.M.R.; SILVA, S.S.; EDUARDO, K.G.T.; MOURA, E.R.F.; DAMASCENO,A.K.C. Atenção em anticoncepção oferecida por

equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante – CE. Rev. Eletr. Enf., v. 12, n.4, p. 711-718, 2010.

VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Públ., v.43, n.3, p. 398-404, 2009.

VIEIRA, C.S.; BRITO, M.B.; YAZLLE, M.E.H.D. Contracepção no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet., v.30, n.9, p. 470-479, 2008.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. Strategies for theory construction in nursing. 4. Ed. United States of America: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, às professoras e às colegas que colaboraram de forma brilhante na realização deste trabalho.

A ASSISTÊNCIA DE SAÚDE HUMANIZADA: DESAFIOS E CONQUISTAS

Ires Lopes Custódio (apresentadora) – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes. Email: iresl.custodio@gmail.com
Maria Socorro Pequeno Leite Alves – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Ana Carmem Almeida Ribeiro Maranhão – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Fátima Maria Barroso Sampaio – Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes
Daniela Gardano Bucharles Mont'Alverne (Orientadora) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Política Nacional de Humanização. Política de Saúde. Humanização dos serviços.

Resumo

A Política Nacional de Humanização (PNH) é uma estratégia de qualificação da atenção e da gestão do trabalho em saúde, que possui como característica intrínseca a humanização das práticas em todas as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de saúde humanizada, seus desafios e conquistas, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e atenção à saúde da PNH. Trata-se de um estudo de caráter intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa, desenvolvido em um hospital público na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil, no período de dezembro de 2013 a março de 2014, com 40 funcionários que atenderam os critérios de inclusão. Para coletar os dados quantitativos aplicou-se um questionário semi-estruturado. Já os qualitativos foram a partir de três questões norteadoras: Que competências você conseguiu desenvolver durante estas oficinas? A que você atribui estas competências? Com que este aprendizado irá contribuir para o seu desempenho no Hospital? Os resultados quantitativos foram apresentados de forma descritiva e de percentual. Os qualitativos foram analisados utilizando análise de conteúdo de Bardin (2009). Este estudo possibilitou uma reflexão do processo do cuidar fundamentado nas premissas da humanização e da ética na PNH, ressaltando o respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, conciliar um atendimento técnico com uma visão humana.

Introdução

O Ministério da Saúde (MS), objetivando mudar o cenário da necessidade de muitos através de intenções em construir uma sociedade onde as condições de vida da população possam ser consideradas “dignas”, criou o Sistema Único de Saúde (SUS) como resultado de lutas sociais. Apesar de ser considerado um grande avanço, não conseguiu, até o momento, responder ao que preconiza. A saúde pública no Brasil ainda tem sido protagonista de cenas inaceitáveis, considerando-se as condições técnicas e econômicas atuais. Como forma de melhoria para as condições necessárias nos hospitais, o Ministério da Saúde (MS) regulamentou, em maio de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que põe em cena uma discussão extremamente necessária. É preciso refletir sobre a humanização da assistência hospitalar. Porém, se mostrou limitado diante do problema que, por sua vez, ultrapassa a assistência hospitalar, atingindo o SUS em si (GARCIA, et al., 2010).

Isso implicou a necessidade de se pensar algo para além de um programa. Nasce, então, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), cujos princípios, diretrizes, dispositivos e métodos indicam um novo olhar sobre a necessária humanização da saúde (GOMES, et al., 2008). O PNHAH estimulou a criação dos Grupos de Trabalho de Humanização (GTHs) nas unidades hospitalares de todo o país, para que se pudesse discutir sobre o tema e avançar nos projetos de melhoria contínua referente ao atendimento hospitalar de forma humanizada nos hospitais públicos, considerando tudo e todos neste processo (PEDROSO; SOUSA; SALLES, 2011). O seu objetivo principal é a melhoria da qualidade e eficácia da atenção dispensada aos usuários da rede hospitalar brasileira credenciada ao SUS, efetivando a integralidade da atenção, um dos princípios do sistema, bem como a modernização das relações de trabalho nos hospitais públicos. É sabido que para humanizar a assistência não basta investir em equipamentos e tecnologias, e que o tratamento é mais eficaz quando a pessoa doente é acolhida, ouvida e respeitada pelos profissionais de saúde.

O atendimento no ambiente hospitalar apresenta um diferencial decorrente de fatores oriundos da carga de sentimentos que acompanha o cliente ao buscar a instituição hospitalar. O nível de expectativa quanto a atenção e consequentemente ao atendimento humanizado está evidenciado na pesquisa de satisfação do usuário, aplicada mensalmente no Hospital de Messejana, apontando para a necessidade de se trabalhar o “cuidar”, nos seus amplos aspectos. Conforme previsto, a humanização, entendida como “melhoria da qualidade de atendimento à saúde do usuário e de melhores condições de trabalho para os profissionais” é um dos valores organizacionais perseguidos para o alcance da excelência no atendimento. Atender de forma humanizada e ágil com qualidade e resolutividade é, portanto, um dos objetivos estratégicos a ser atingido. Para isso, é necessário um conjunto de ações articuladas para o alcance dos objetivos e fatores de sustentação à missão.

Nesse sentido, esse estudo destina-se ao desenvolvimento de um Programa de Educação Continuada com foco no aperfeiçoamento dos profissionais que lidam diretamente com os usuários do hospital. O Programa propõe-se a investir no desenvolvimento de competências comportamentais que amenizem os impactos da internação, trabalhando a postura dos funcionários envolvidos em uma dinâmica de trabalho diferente, numa nova consciência e visão do que significa trabalhar sua humanidade.

A origem deste estudo baseou-se na inquietação como profissional da saúde quanto ao atendimento mais humanizado nos serviços de atenção à saúde pública despertando assim o interesse de aprofundar a temática que permeia a atenção e gestão.

Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência de saúde humanizada, seus desafios e conquistas, tomando como referência o acolhimento, a ambiência e a democratização da gestão enquanto princípios indutores de novas práticas de gestão e atenção à saúde da PNH.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter intervencionista, com abordagem quantitativa e qualitativa. O estudo de intervenção caracteriza-se pela manipulação do fator de exposição, proporcionando modificação em algum aspecto do estado de saúde, a qual resultará em achados objetivos e precisos (ROUQUAYROL; ALMEIDA FILHO, 1999). O estudo foi realizado no período de dezembro de 2013 a março de 2014, em um hospital público, na cidade de Fortaleza-Ceará-Brasil. O referido hospital há 80 anos dedica-se ao ensino e assistência à saúde, é um hospital terciário de alta complexidade e reconhecido pelo Ministério da Saúde.

A população do estudo foram funcionários que diariamente estão em contato com usuários, tais como: atendentes dos ambulatórios, SAMI, emergência, seguranças, auxiliar de transporte de pacientes (maqueiros) e motoristas, que totalizam aproximadamente 200 pessoas. A amostra estimada foi de aproximadamente 35% destes funcionários, entre gestores e funcionários. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos, independente do gênero, e que aceitassem em participar do estudo. Foram excluídos os que faltaram mais de um dos quatro encontros iniciais.

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora através da aplicação de um questionário semi-estruturado, para diagnóstico e

identificação de temas importantes e de interesse para serem abordados com o funcionário, e com o gestor imediato do mesmo. Este questionário foi aplicado no último dia, ao término de todos os encontros. E continha questões fechadas que abordavam temas como competências desenvolvidas durante as oficinas, participação individual e proposta as oficinas, como metodologia utilizada, material disponibilizado dentre outras. Nestas perguntas os participantes tinham 5 opções de resposta: ótimo, bom, regular, insuficiente ou sem capacidade para responder (omissão).

Na parte qualitativa foram realizadas 3 perguntas norteadoras: 1) que competências você conseguiu desenvolver durante estas oficinas?; 2) a que você atribui estas competências?; 3) com que este aprendizado irá contribuir para o seu desempenho no Hospital?

Inicialmente foi realizada a “oficina para humanização no atendimento hospitalar com metodologia psicodramática” que privilegia a reflexão e ação, com atividades interativas, dinâmicas de grupo, discussão de filmes e textos para reflexão. Este módulo foi abordado a importância da humanização participativa no trabalho em equipe, articulando novo formato de atendimento propondo-se a otimizar os resultados do atendimento através do aprendizado prático de novas posturas, transformando o que antes era ocasional e inconsciente em técnicas comportamentais, deliberadamente colocadas em prática, tendo como conteúdo: o ciclo do crescimento e a dinâmica psico-emocional do sentir, pensar e agir; a consciência dos valores da humanização e significado do servir, do cuidar; as dimensões humanas física, social, psicológica-emocional, espiritual; a competência interpessoal; posturas técnicas de comunicação assertiva no atendimento humanizado.

Os resultados quantitativos foram analisados utilizando análise descritiva e foram apresentados na forma de percentual. Os dados qualitativos foram analisados utilizando análise de conteúdo de Bardin (2009). Após leitura e releitura detalhada do material, chegou-se a construção das categorias de interesse, nominadas de “a importância do facilitador”, “a humanização para toda a vida”.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes seguindo a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Inscreveram-se no programa 68 funcionários, destes 10 desistiram antes do primeiro encontro e 12 desistiram ao longo do programa, restando 46 concluintes. Destes, 40 responderam o questionário. Com relação a avaliação dos funcionários quanto a sua própria atuação no programa, a grande maioria relatou um ótimo desempenho quanto ao interesse (n= 33, 82,5%), participação nas atividades (n=21, 52,5%), relacionamento com o grupo (n=26, 65%), relacionamento com o facilitador (n=34, 85%), conhecimentos adquiridos (n=32, 80%), assiduidade (n=26, 65%) e pontualidade (n=26, 65%).

Tabela I: Avaliação dos participantes da oficina de atendimento humanizado quanto a sua atuação. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=40)

	O		B		R		I		Omissão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Interesse	33	82,5	07	17,5						
Participação nas atividades	21	52,5	16	40					03	7,5
Relacionamento com o grupo	26	65	12	30					02	5
Relacionamento com o facilitador	34	85	05	12,5					01	2,5
Conhecimentos adquiridos	32	80	08	20						
Assiduidade	26	65	13	32,5	01	2,5				
Pontualidade	26	65	13	32,5	01	2,5				

O: ótimo; B: bom; R: regular; I: Insuficiente; n: número de participantes

Quando questionados sobre quais competências os mesmos conseguiram desenvolver durante a oficina, 100% (n=40) relataram compreender o que significa trabalhar com atendimento humanizado, 100% (n=40) relataram a capacidade de relacionar-se com as pessoas de forma empática e respeitosa e a compreender posturas e técnicas de comunicação no atendimento humanizado. Ao serem abordados para saber se se sentem seguros para colocar em prática que aprenderam na oficina, 95% (n=38) relataram que sim e somente 5% (n=2) disseram que somente em parte. Na avaliação geral do programa, a grande maioria relatou ótima a metodologia utilizada (n=36, 90%), a postura profissional do facilitador (n=40, 100%), a clareza na comunicação do facilitador (n=38, 95%), o material instrucional (n=28, 70%), os equipamentos e instrumentos (n=25, 62,5%), a carga horária (n=26, 65%), o local de realização da oficina (n=20, 50%) e nas condições físicas das instalações (n=22, 55%).

Tabela II: Avaliação geral dos participantes da oficina de atendimento humanizado. Fortaleza, Ceará, 2014. (n=40)

	O		B		R		I		Omissão	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Metodologia utilizada	36	90	04	10						
Postura profissional do facilitador	40	100								
Clareza na comunicação do facilitador	38	95	02	5						
Material instrucional	28	70	11	27,5					01	2,5
Local de realização da oficina	20	50	14	35	05	12,5			01	2,5
Condições físicas das	22	55	15		01				02	5

instalações			37,5	2,5	
Equipamentos e instrumentos	25		13	02	5
	62,5		32,5		
Carga horária	26	65	05	07	01
			12,5	17,5	2,5

O: ótimo; B: bom; R: regular; I: Insuficiente; n: número de participantes

Quando questionamos sobre como eles conceituariam a oficina, 100% (n=40) relataram ótima. A seguir serão apresentadas as categorias temáticas que emergiram do estudo: “a importância do facilitador”, “a humanização para toda a vida”.

A importância do facilitador

O profissional da saúde trabalha continuamente com situações de tensão, como o contato direto e frequente com a dor e o sofrimento dos pacientes, podendo acarretar a ele o desenvolvimento de mecanismos de defesa que poderão prejudica-lo como ser humano. Desta forma, é imprescindível cuidar de quem cuida, para que haja projetos e ações em prol da assistência humanizada (SANTANA et al, 2012).

Desta forma, segundo Silva Júnior; Vilela; Rosa (2013), pensar na melhoria da qualidade do atendimento nos hospitais implica em mudanças da infraestrutura e no fortalecimento do compromisso da equipe de profissionais. Esta importância pode ser verificada pelas falas abaixo:

“Devemos este resultado a equipe que nos presenteou com este curso”. (A-10)

“..... pelas palavras, atos e ações da facilitadora.” (A-2)

“..... foi tudo muito claro e direto”. (A-13)

“O programa foi muito bem elaborado e com atividades satisfatórias”. (A-34)

A humanização para toda a vida

O ambiente de trabalho deve favorecer o equilíbrio físico e emocional dos funcionários, bem como representar um local que venha ao encontro da prestação de uma assistência de qualidade. Para isso é necessário o desenvolvimento da afetividade, sensibilidade, abertura para escuta e o diálogo, com vistas a acolher o usuário dos serviços de saúde (BECK et al., 2007).

“Humanizar é acolher a necessidade de resgate e articulação de aspectos indissociáveis: o sentimento e o conhecimento.” Mais do que isso, humanizar é adotar uma prática na qual o profissional que cuida da saúde do próximo, encontre a possibilidade de assumir uma posição ética de respeito ao outro, de acolhimento (SILVA JÚNIOR; VILELA; ROSA, 2013). Este fato pode ser verificado pelas falas abaixo:

“Um resultado maravilhoso para mim. Agora sei como é necessário mudar alguns hábitos e valorizar ainda mais o meu trabalho, a minha vida e ao meu próximo” (A-27)

“Essa oficina foi muito importante, porque eu aprendi a ouvir.” (A-5)

“Aprendi a capacidade de entender melhor as coisas que vem para mim.” (A-11)

“..em tudo será meu novo alicerce, para que eu possa construir um novo ser” (A-29)

“Trouxe-me de volta valores que eu havia deixado de prática.” (A-37)

Conclusão

Este estudo possibilitou uma reflexão do processo do cuidar fundamentado nas premissas da humanização e da ética na PNH, ressaltando o respeito dos limites quando não existe mais perspectiva de vida, conciliar um atendimento técnico com uma visão humana.

A humanização é um processo complexo, amplo e requer tempo; oferece resistência, pois envolve mudanças de comportamento que podem ser permeadas pelos sentimentos de ansiedade e medo. Contudo, se não for um processo singular, não será de humanização.

Referências

- BARAÚNA, T. Humanizar a ação para humanizar o ato de cuidar. 2003. Disponível em: <<http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>>. Acesso em: 17 nov. 2013.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70, LDA; 2009.
- BECCARIA, L.M. Visita em Unidades de Terapia Intensiva: concepção dos familiares quanto à humanização do atendimento. Arq Ciênc Saúde. v. 15, n. 2, p. 65-9, 2008.
- BECK, Carmem L. C., et al. A Humanização na Perspectiva dos Trabalhadores de Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem. Santa Maria, RS. v. 16, n. 3, p. 503-10, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2006.
- _____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde – Secretaria de Assistência à Saúde. Manual do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar – PNHAH. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2014.
- _____. Resolução CNS nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. Aprovam diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Brasília, 13 de junho de 2013 – Seção 1 – Página 59.
- CASATE, J. C.; CORREA, A. K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. Revista latino-americana de Enfermagem. v. 13, n. 1, p. 105 – 111, 2005.
- CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo. 2ª edição. São Paulo: Atheneu, 2003.
- CONCEIÇÃO, Tainá Souza. **A Política Nacional de Humanização e suas implicações para a mudança do modelo de atenção e gestão na saúde: notas preliminares.** SER Social, Brasília, v. 11, n. 25, p. 194-220, jul./dez. 2009. Disponível em: <http://seer.bce.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/373/226>. Acesso em: 04 mar. 2014.
- DIAS, Marcos Augusto Bastos. Humanização da Assistência ao Parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Tese (Doutorado), Departamento Pós Graduação em Saúde da Mulher e da Criança, IFF/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.
- GARCIA et al. O grupo de trabalho de humanização e a humanização da assistência hospitalar: percepção de usuários, profissionais e gestores. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 811-34, 2010.
- GOMES et al. Etno-avaliação da humanização hospitalar pelo usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus mediadores. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 42, n. 4, p. 635-42, 2008.
- LIMA, G.C. Humanização em unidade de terapia intensiva pediátrica: discurso de enfermeiras. João Pessoa, UFPB, 2004.

MORAES, J.C., GARCIA, V.G.L., FONSECA, A.S. Assistência prestada na unidade de terapia intensiva adulta: visão dos clientes. Revista Nursing. São Paulo, 2004.

PEDROSO, Cassiani Gotâma Tasca; SOUSA, Anete Araújo; SALLES, Raquel Kuerten de. Cuidado nutricional hospitalar: percepção de nutricionistas para atendimento humanizado. Ciência & Saúde Coletiva, Florianópolis, v.16, n. 1, p. 1155-62, 2011.

PESSIONI L., BERTACHINI L. Humanização e cuidados paliativos. São Paulo: Ed. Loyola, 2004.

ROUQUAIROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. Epidemiologia & Saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SALLES, Raquel Kuerten de. Análise da atividade laboral dos técnicos de enfermagem de um hospital que adota programa de gestão humanizada: sua influência no comportamento alimentar. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SANTANA, et al. Ética e humanização da assistência em um serviço de atendimento pré-hospitalar: o que pensam os profissionais de saúde. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental. Online. Rio de Janeiro. v.4, n.4, p. 2744-54, 2012.

SILVA JUNIOR, M. D.,VILLELA, A.S., ROSA, T.P. Humanização da assistência de enfermagem: A percepção dos internos de enfermagem do último ano de uma universidade privada. Rev. Saúde, Corpo, Ambiente e Cuidado. v. 1, n. 1, p. 165-176, 2013.

SOUZA, W. S.; MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. Interface: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 327-338, abril/jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a08v1225.pdf>>. Acesso em: 11 fev. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos aos funcionários do Hospital de Messejana Dr. Carlos Alberto Studart Gomes que participaram deste estudo.

A ATUAÇÃO DA FISIOTERAPIA NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: UMA ABORDAGEM ATUALIZADA.

Danielle Menezes de Albuquerque Mesquita (apresentadora) - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), danielle.menezes@stacasa.com.br

Ana Kamila Teófilo Gomes - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Brenda Lia Aragão Moura - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Patrícia Souza Santos - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Fernanda Magda Borges Rodrigues (Orientadora) - Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Palavras-chave: Idosos. Instituição de Longa Permanência para idosos. Fisioterapia.

Resumo

Envelhecer é um processo natural na vida do ser humano e é caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma diferente cada indivíduo. Muitos idosos são institucionalizados por diversos fatores nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), estas têm como objetivos: oferecer ambiente seguro e acolhedor para idosos cronicamente debilitados e funcionalmente dependentes; garantir serviços de atenção biopsicossocial que atendam as necessidades das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade; restaurar e manter o máximo grau de independência funcional; preservar a autonomia; promover o conforto e a dignidade dessas pessoas com doença terminal e estabilizar ou tornar mais lenta a progressão de doenças. Este trabalho tem como objetivo verificar a atuação da fisioterapia nas ILPIs. Trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo na qual foram utilizados textos publicados nos sites Scielo, Lilacs e Pubmed, monografias e livros da biblioteca pertencente às Faculdades INTA. O estudo ocorreu no período de junho a agosto de 2013, em Sobral – Ceará. Após a seleção do material o mesmo foi analisado pelos pesquisadores e descrito. Verificamos ao final do estudo que a fisioterapia atua oferecendo aos idosos a melhora de sua capacidade funcional, tentando reduzir as incapacidades e limitações, promovendo uma maior independência destes na realização de atividades da vida diária. Além de reabilitar a fisioterapia tem o papel de promover a saúde, desenvolvendo estratégias para retardar a perda da funcionalidade do organismo, que ocorre em decorrência da velhice.

Introdução

Envelhecer é um processo natural na vida do homem, sendo caracterizado por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem diferentemente cada indivíduo que chega neste estágio. Segundo Mendes (2005), nesta fase o indivíduo idoso conclui que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados.

A Organização Mundial de Saúde – OMS considera idoso, pessoas com 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, e em países em desenvolvimento, idoso é aquele que tem 60 anos ou mais. Papalia, Olds e Feldman (2009) estimam que a porcentagem de idosos no mundo, pela primeira vez na história, irá ultrapassar a população de crianças até quatorze anos de idade, de acordo com Lemos e Barros (2009) no Brasil em 2025 a população de idosos será de aproximadamente 32 milhões, isto ocorrerá devido à diminuição da mortalidade e da fecundidade além do avanço sócio-econômico, cultural e tecnológico.

Este avanço tecnológico tem ocasionado muitos benefícios, dentre eles podemos citar o aumento da expectativa de vida, aumentando assim a longevidade da população, por outro lado, a família não tem mais tempo para cuidar de seus idosos, pois a correria do dia-a-dia não permite que estejam presentes, desta forma os idosos que são dependentes de um cuidado especial muitas vezes são colocados em Instituições de Longa Permanência, sendo na maioria das vezes abandonados pelas famílias. Coelho *et al* (2008) relata que os principais motivos da institucionalização de idosos são: ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doença, alto grau de dependência, necessidade de cuidados de reabilitação, baixa condição financeira dos idosos e ausência de um companheiro.

Nas Instituições de Longa Permanência geralmente uma equipe multiprofissional trabalha em prol da manutenção da saúde destes idosos ou busca a reabilitação de funções que foram perdidas devido ao processo de envelhecimento ou por alguma patologia, dentre estes profissionais encontra-se o fisioterapeuta que exerce um importante papel nestes locais.

O fisioterapeuta promove a manutenção da capacidade funcional do idoso, que inclui: habilidade de realizar tarefas físicas, preservação das atividades mentais e integração social, além disso, o profissional pode desenvolver estratégias de promoção de saúde, buscando retardar e/ou prevenir deformidades e incapacidades.

Foi pensando em conhecer como o fisioterapeuta trabalha com os idosos que vivem em Instituições de longa permanência que resolvemos realizar este trabalho, visando aumentar nossos conhecimentos sobre como melhorar a qualidade de vida destas pessoas que já são bastante sofredas.

Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão bibliográfica de caráter qualitativo na qual foram utilizados textos publicados nos sites Scielo, Lilacs e Pubmed, monografias e livros da biblioteca pertencente às Faculdades INTA. O estudo ocorreu no período de abril a junho de 2013, em Sobral – Ceará. Após a seleção do material o mesmo foi analisado pelos pesquisadores e descrito.

Resultados e Discussão

Envelhecer é um processo natural pelo qual todo ser humano passa, muitas vezes não sendo vivenciado de forma simples, pois acarreta mudanças que trazem perdas e diminuição de muitas funções do organismo, aumentando assim a vulnerabilidade de adquirir doenças que podem levar a morte. Para Queiroz (2010), o envelhecimento é um período associado a muitas perdas, onde as físicas acarretam na diminuição da funcionalidade do corpo, força, resistência, flexibilidade, agilidade e de velocidade, também ocorrem perdas psicológicas. Ainda segundo este autor, o conceito de envelhecimento é abordado por inúmeras teorias, conceitos e de definições, o que comprova que este é construído por diversas facetas responsáveis por esse processo tornando – o dinâmico, inexorável e que varia de uma pessoa para outra.

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2009), as teorias de programação genética acreditam que os corpos envelhecem de acordo com o relógio evolutivo normal inato dos genes, já as teorias de taxas variáveis ou teoria dos erros consideram o envelhecer como um resultado de processos randômicos que variam de pessoa para pessoa, sendo muitas vezes causados por erros, ou agressões ambientais nos sistemas biológicos.

Durante o processo de envelhecimento o corpo sofre algumas alterações que impossibilitam o idoso realizar algumas tarefas, muitas vezes eles não conseguem sequer fazer suas atividades diárias, as principais alterações sofridas são: flacidez; dores musculares e/ou articulares; atrofia das fibras musculares do tipo I e II em proporções diferenciadas, redução da atividade de contração muscular; perda

progressiva e absoluta da massa óssea levando a osteopenia fisiológica; comprometimento do retorno venoso devido a insuficiência das válvulas e da diminuição do bombeamento exercido pelos músculos; rigidez arterial ocasionado pelo aumento de colágeno e diminuição da elastina; nos pulmões ocorre redução da área de troca na membrana alvéolo – capilar, modificação dos mecanismos reguladores da respiração, rigidez da caixa torácica, tendência a obstrução dos brônquios de pequeno calibre, e dilatação de alguns brônquios, ductos e sacos alveolares; no sistema nervoso ocorre atrofia cerebral, alterações no volume da substância cinzenta e redução da substância branca (COELHO *et al*, 2008).

Devido a estas alterações os idosos passam a necessitar de cuidados especiais, que muitas vezes as famílias não podem oferecer, algumas por falta de tempo e outras por não ter condições financeiras para arcar com as despesas, dentre muitos outros motivos que podem levar os idosos a institucionalização em Instituições de Longa Permanência. Segundo Coelho *et al* (2008), os fatores determinantes da internação do idoso numa Instituição de Longa Permanência são: o fato de morar sozinho, suporte social precário, aposentadoria com rendimentos baixos, viuvez, aumento de gastos com a saúde, ausência temporária de cuidador domiciliar, estágios terminais de doenças, alto grau de dependência, necessidade de cuidados de reabilitação e a baixa condição financeira dos idosos.

O atendimento prestado aos idosos pode ser dividido em duas modalidades, as modalidades de atendimentos não asilares (que destinam cuidados aos idosos em determinados períodos do dia) como: os Centros de Convivência, os Centros Dia ou Centros de Cuidados Diurno, Hospital-Dia, Casa-Lar, Repúblicas de Idosos, Família Acolhedora, Oficina Abrigada de Trabalho e o Atendimento Domiciliar. E as modalidades asilares de atendimento, as chamadas Instituições de Longa Permanência para Idosos ou ILPI's, que podem ser divididas em: as Instituições Gerontológicas/Geriátricas particulares e as Instituições Asilares sem fins lucrativos, que podem ser filantrópicas ou públicas (QUEIROZ, 2010).

De acordo com Bandeira, Pimenta e Souza (2006) as Instituições de Longa Permanência conhecidas como abrigos, asilo, lar ou casa de repouso funcionam em tempo integral e abrigam pessoas idosas sem condições de prover sua própria subsistência, dependentes de cuidados especiais, em situação de abandono, sem família ou com incapacidade familiar. Estas instituições deverão garantir a oferta de serviços assistenciais, abrigo, alimentação e higiene, além de garantir o acesso aos serviços de saúde, fisioterapia, apoio psicológico, atividades físicas, ocupacionais, lazer, cultura e outros, estes serviços podem ser oferecidos diretamente na instituição ou através de encaminhamentos. A instituição também deve desenvolver estratégias para a reconstrução dos vínculos familiares, buscando promover o retorno deste idoso ao convívio familiar.

Segundo Lemos e Barros (2009) os principais objetivos das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) seriam: oferecer ambiente seguro e acolhedor para idosos cronicamente debilitados e funcionalmente dependentes; garantir serviços de atenção biopsicossocial que atendam as necessidades das pessoas idosas em estado de vulnerabilidade; restaurar e manter o máximo grau de independência funcional; preservar a autonomia; promover o conforto e a dignidade dessas pessoas com doença terminal, estabilizar ou tornar mais lenta a progressão de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis; prevenir e reconhecer patologias agudas.

Para que este objetivo seja alcançado é necessário o trabalho de uma equipe multidisciplinar onde todos os profissionais trabalhem em conjunto em prol do bem-estar destes idosos. Dentre os profissionais que atuam nestas instituições temos o fisioterapeuta que tem um importante papel no cuidado com estes idosos, desenvolvendo tanto a reabilitação quanto estratégias de promoção da saúde.

A fisioterapia é a profissão da área da saúde que aplica e utiliza medidas de avaliação da capacidade funcional de forma mais importante oferecendo desta forma mais subsídio para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, revelar necessidades e determinar a utilização de recursos (ELY *et al*, 2009).

Ela atua oferecendo aos idosos a manutenção e a melhora de sua capacidade funcional, tentando reduzir as incapacidades e as limitações, promovendo uma maior independência na realização das atividades da vida diária, melhora da auto-estima e conservando o ótimo funcionamento dos sistemas orgânicos, o que condiciona aos idosos residentes de Instituições uma vivência rica em cuidados que muitos em seus próprios lares não teriam condições de desfrutar (LEMONS e BARROS, 2009).

Muitos são os recursos utilizados pelos fisioterapeutas para manter a funcionalidade destes idosos. De acordo com Sartori *et al* (2011), os exercícios terapêuticos constituem o principal recurso na fisioterapia para promover a melhoria da função física, os programas de exercícios são elaborados de forma individualizada para as necessidades particulares de cada paciente, estes melhoram a função e previnem incapacidades.

Ainda segundo estes autores a utilização da cinesioterapia e Kabat estimulam a formação da massa óssea e minimizam a progressão da osteoporose, doença comum na velhice. Alongamentos musculares, mobilização ativa das grandes articulações e da coluna vertebral, exercícios posturais tônicos, exercícios respiratórios e relaxamentos estáticos e dinâmicos ajudam a melhorar o equilíbrio e a coordenação, prevenindo assim as quedas (SARTORI, 2011).

A massoterapia também é uma técnica comumente utilizada como terapia complementar nos pacientes idosos, ela consiste em manipular os tecidos moles com as mãos a fim de promover efeitos benéficos sobre os sistemas vascular, muscular e nervoso, além de proporcionar relaxamento e o alívio da dor comum em idosos (TAMBORELLI *et al*, 2010).

Além de reabilitar a fisioterapia tem o papel de promover a saúde, de acordo com vários autores, as atividades realizadas com este propósito são: caminhadas em grupo, realização de exercícios de alongamento, atividades lúdicas para prevenir a perda de memória, e encontros com orientações educativas sobre postura, como evitar quedas, locomoção com uso de órteses, higiene pessoal, vestimentas e calçados adequados.

Percebe-se que a fisioterapia tem um importante papel nas Instituições de Longa Permanência para idosos, pois ela além de reabilitar também desenvolve estratégias para promover a saúde, buscando retardar a perda da funcionalidade do organismo, que ocorre em decorrência da velhice.

Conclusão

Observou-se que dentro das ILPIs uma equipe multidisciplinar trabalha com estes idosos, dentre estes profissionais está o fisioterapeuta que através de seu conhecimento tenta minimizar as perdas funcionais que os eles apresentam, buscando assim a reabilitação deste paciente. Além da reabilitação este profissional desenvolve estratégias de promoção da saúde como: caminhadas e exercícios de alongamentos em grupos, atividades lúdicas e encontros com orientações educativas sobre este novo estágio da vida, promovendo a socialização entre os idosos, evitando desta forma estados depressivos.

Referências

BANDEIRA, E. M. F. S.; PIMENTA, F. A. P.; SOUZA, M. C. Saúde em casa. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2006.

COELHO, G. A.; CRUZ, J. R. A.; SILVESTRE, W. S.; SILVA, A. P. S. O processo de institucionalização do idoso e o papel da fisioterapia. 2008.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ELY, J. C.; FERMINO, A. F.; BASSANI, G. R.; OLIVEIRA, H. S.; WALTER, J.; AMARAL, S. H. E.; BRITO, A. A. A atuação fisioterápica na capacidade funcional do idoso institucionalizado. RBCEH, Passo Fundo, v. 6, n. 2, p. 293-297, maio/ago. 2009.

LEMOS, J.C.; BARROS, J. D. C. Equipe multidisciplinar: essencial para o cuidado dos idosos em instituições de longa permanência. 2009.

MENDES, M. R. S. S.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C.M.; LEITE, R. C. B.O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. Acta Paul Enfermagem, 2005; 18(4):422-6.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. São Paulo: McGraw-Hill, 2009.

QUEIROZ, G. A. Qualidade de vida em Instituições de Longa Permanência para idosos: considerações a partir de um modelo alternativo de assistência. Trabalho de conclusão de curso (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal de São João Del – Rei, São João Del – Rei. 2010.

SARTORI, D. V. B.; FRANZOLIN, S. O. B.; BRIGHENTI, A. F. N.; MURAKAWA, J. M.; CARNEIRO, P. R. Fisioterapia como qualidade de vida para o idoso. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da saúde, v. 15, n. 1, p. 71-81, 2011.

TAMBORELLI, V.; COSTA, A. F.; PEREIRA, V. V.; TORTURELLA, M. O papel da enfermagem e da fisioterapia em pacientes geriátricos terminais. 2010.

Agradecimentos

Agradecemos aos colaborador que direta ou indiretamente, contribuíram no desenvolvimento desse estudo.

A ATUAÇÃO DE UM ALUNO ENFERMAGEM DO PET-SAÚDE DCNT NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE HOMENS DE UMA UBSF NO MUNICÍPIO DE ARAPIRACA/AL

Yago Beserra Marinho Martins – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (yagomarinho@hotmail.com)
Patrícia Pereira Araújo Santana – CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST)
Maria Augusta Costa dos Santos – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Palavras-chave: Saúde do homem. Educação em saúde. Promoção da saúde.

Resumo

A enfermagem possui importante papel na promoção da saúde sexual dos pacientes. Contudo, por se tratar de um público mais difícil de ser atingido, os homens necessitam de uma maior atenção dos serviços de saúde, por geralmente comparecer ao serviço apenas em caso de adoecimento. Isso ocorre devido ao fato de os homens enfrentam, historicamente, o soerguimento de conceitos (masculinidade) que são extremamente deletérios à sua saúde. Além disso, os homens muitas vezes sentem-se envergonhados ao se mostrar para um profissional do sexo oposto, além de não se sentirem parte das propostas daquela unidade de saúde devido ao fato de as ações se voltarem, na maior parte das vezes, exclusivamente para sujeitos do gênero feminino. Desta feita, relataremos a realização de uma atividade educativa com homens, dentro do PET-Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a partir da ótica de dois graduandos em Enfermagem.

Introdução

De acordo com Costa e Coelho (2011), “a sexualidade é tema que envolve diretamente a Enfermagem, uma vez que as práticas do cuidado remetem ao contato com os corpos, com a intimidade e com o erótico”. Diante dessa concepção, compreendemos que a Enfermagem possui papel fundamental na promoção da saúde sexual, tanto de homens quanto de mulheres. Diante disso, compreendendo a responsabilidade ímpar a ela atribuída, a enfermagem, de modo algum, pode se escusar da realização de atividades nesse sentido.

A sexualidade masculina vem, geralmente, acompanhada de conceitos propagados na sociedade, tais como a preocupação com o tamanho do pênis, a imprescindibilidade do coito na relação sexual, a importância da obtenção de uma ereção imediata, e a redução da sexualidade à área genital (Nogales, 2006 apud Gomes, 2011, p.149).

Ademais, há demasiada relevância em discutir a sexualidade masculina, uma vez que, esse termo pouco debatido na área da saúde, não raro seja abordado unicamente nos termos da doença. Essa associação ocorre principalmente em decorrência do fato de, à realização de estudos epidemiológicos, haver a comprovação de que as DST são de maior recorrência em homens do que nas mulheres (Gomes, 2008, pp. 36,37).

De acordo com Alves (2005) apud Sampaio et al. (2010) o panorama de educação em saúde se estrutura “não pela persuasão ou autoridade do profissional, mas pela construção de novos sentidos e significados sobre o processo saúde-doença-cuidado”. Nessa égide, há necessidade de saber agregar valores que levem o paciente a ver sentido no que lhe é passado, de modo que, assim, a educação cumpra com o seu objetivo, qual seja, nessa perspectiva, o de estimular a modificação de hábitos arraigados.

Por meio da educação em saúde, o profissional da atenção básica consegue promover hábitos sexualmente saudáveis, o que, de acordo com Paiva (2006, p.26) apud Gomes (2011, p. 154) envolve também “integrá-la em uma perspectiva de cidadania sexual, em que as diferenças de gênero e das identidades sexuais são aceitas”.

Assim sendo, esta pesquisa pretende refletir acerca do papel da enfermagem na promoção da saúde sexual masculina, sem reduzi-la a mera atenção e prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Envolve, sobretudo, considerar o ser em sua totalidade, identificando suas necessidades.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de um graduando em Enfermagem, a partir da vivência de uma atividade de extensão dentro do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), Rede Doenças Crônicas não Transmissíveis. O PET Saúde DCNT teve início a partir do edital do ano de 2012 do Pró-PET, tendo iniciado as atividades em Agosto de 2012, as quais se estenderão até Dezembro de 2014. Fazem parte do grupo 12 alunos, sendo 6 de Psicologia, 2 de Enfermagem, 2 de Educação Física e 2 de Serviço Social, os quais são acompanhados por 6 tutoras, sendo 3 de Psicologia, 1 de Enfermagem, 1 de Educação Física e 1 de Serviço Social. Para a composição deste relato, foi utilizado, além do relato do discente, livros que tratam especificamente da temática ‘Saúde do Homem’ e artigos científicos.

Resultados e Discussão

Em vista da necessidade referida na literatura de promover a saúde do homem, o PET Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis decidiu, como parte de suas ações, promover uma “feira de saúde”, onde diversos temas pudessem ser abordados (doenças crônicas, qualidade de vida, saúde mental e saúde sexual e reprodutiva), com um olhar voltado para a saúde do homem.

Na mesa temática ‘saúde sexual e reprodutiva’, optou-se por utilizar um acadêmico de enfermagem (do gênero masculino) para tratar do tema, com o intuito de não causar embaraço nos homens convidados para o evento. Mediante a atitude tomada pela equipe, observou-se que os homens se sentiram à vontade para sanar suas dúvidas, vez por outra relatando histórias específicas da atividade sexual deles, o que possibilitou um melhor diálogo entre as informações que o acadêmico trazia e as dúvidas e relatos que os pacientes tinham.

A atitude demonstrada pela equipe é positiva, uma vez que alguns estudos, como o de Kalckmann, Batista e Souza (2005) apud Medrado (2011, p.55) considere o fato de os homens não se reconhecerem como alvo do atendimento de programas de saúde como um entrave para a busca pelo serviço pelos indivíduos do gênero masculino, dado o fato de o foco das ações preventivas dirigir-se, quase que em sua totalidade, para o público feminino.

À realização da atividade, a partir das dúvidas trazidas, foi possível observar que a maioria dos homens não possuía conhecimento o suficiente acerca dos métodos contraceptivos, nem mesmo sobre o códon, o mais divulgado. Além disso, as maiores preocupações daqueles homens eram a respeito de ereção e diminuição do prazer no ato sexual. Outros relataram a perda da capacidade de ereção, o que os incomodava, porquanto tenham tido, ao longo da vida, uma vida sexualmente ativa.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Com base no relato dos homens, foi possível intervir, não apenas respondendo dúvidas, mas demonstrando que a sexualidade é um conceito muito mais amplo, demonstrando que este conceito não deve girar em torno do órgão sexual, nem do coito propriamente dito. Existem diversas formas de satisfazer a sexualidade, sem que se precise, necessariamente, copular. Contudo, sob a visão daqueles homens, o prazer só poderia vir da ejaculação.

Percebendo o conceito daqueles sujeitos sobre este assunto, procuramos refletir a respeito das formas de obtenção de prazer, ainda que na incapacidade de ereção. O prazer é um conceito muito mais amplo, que envolve dar e receber carícias, ainda que não se utilize o órgão do aparelho reprodutor. Envolve, assim, o abraço, o toque, o beijo, as carícias. Esse conceito foi repassado aos homens, que concordaram. Entretanto, houve relutância em aceitar a dificuldade de manter uma ereção, de modo que isso afetava diretamente a autoestima dos indivíduos que enfrentavam essa problemática. Pacientes desse tipo necessitavam, portanto, de um apoio muito maior da equipe daquela unidade básica de saúde.

O fato de o evento ter sido realizado na própria unidade básica facilitou o encaminhamento daqueles pacientes que necessitavam de acompanhamento. Por exemplo, como já relatado, alguns pacientes relatavam dificuldades de ereção, muitos dos quais tinham doenças do aparelho cardiovascular. Compreendendo que estes poderiam apelar para medicações que estimulasse a ereção, as quais apresentam grande risco se não tomadas de maneira correta, os profissionais da UBSF (enfermeiros, médicos e psicólogos) mantiveram-se atentos para auxiliar e orientar aquele paciente para que ele pudesse manter sua autoestima e evitar o surgimento de outros problemas de saúde.

Foi possível perceber, na fala daqueles homens, a existência do conceito de que as unidades de saúde são essencialmente locais femininos, e de que, por vergonha de se expor para outro gênero, muitas vezes os homens não procurem os serviços de saúde. Quando o homem percebe que será ouvido por um indivíduo do mesmo gênero, ele se sente mais aliviado, pois, na concepção deles, o sujeito que partilha do mesmo gênero consegue o compreender mais plenamente, de modo que eles se sentem menos embaraçados sob tais circunstâncias.

Assim, a realização desta atividade possibilitou tanto a melhora na busca dos homens pela UBSF quanto um crescimento no conhecimento e percepção dos envolvidos na atividade, uma vez que tenha envolvido um maior cuidado em lidar com a temática, porquanto seja ela um pouco delicada. Isso contribui, assim, para o engendramento de estratégias que focalizem esses indivíduos, evitando que estes continuem fenecendo de males que podem ser controlados, quando se busca ajuda nos serviços de saúde.

Conclusão

A partir da atividade realizada, foi possível, em primeiro lugar, compreender a importância da extensão para a formação de um profissional crítico, e qualificado para compreender e atender às necessidades da comunidade, gerando impactos positivos sobre ela.

Além disso, compreender como ocorre a sexualidade masculina – embora ainda haja muita pesquisa, e intervenção a ser feita -, é essencial para a atuação do profissional de saúde, porquanto o público masculino seja de difícil acesso, e o profissional tenha por obrigação promover a saúde, não apenas esperar que estes venham à unidade por razão de adoecimento. Assim, a temática ‘sexualidade’ é, sem dúvidas, um tema que interessa aos homens, e que deve ser trabalhado constantemente nas educações em saúde.

Afirmar que tratar de ‘sexualidade’ interessa aos homens não pressupõe dizer, em nenhum momento, que os homens são meramente seres sexuais. Há necessidade de visualizar o paciente de uma maneira integral, compreendendo que ele possui outras necessidades. Inobstante, é vital fortalecer o vínculo com o público, para que eles continuem a procurar a unidade, por isso, os temas abordados devem ser os que são de interesse do “alvo” da educação em saúde, pois, do contrário, caso o público não reconheça necessidade de aprender o que é passado na educação em saúde, não há um ensino eficaz.

Assim, espera-se que a enfermagem consiga perceber a imprescindibilidade de tratar da temática ‘saúde do homem’ e passe a destruir a imagem de que as unidades de saúde são locais voltados para o gênero feminino, despertando o interesse dos homens de procurar o serviço. Além disso, que os gestores passem a compreender a necessidade de locais que atendam às necessidades dos homens, modificando, por exemplo, os horários de funcionamento dos serviços de saúde, o que acaba dificultando a ida do homem ao serviço, já que, durante o dia, estes indivíduos estejam trabalhando, e não queiram faltar o emprego. Deixam, portanto, de procurar ajuda, pois carecem daquela atividade para a sua subsistência e a de sua família, logo, por medo de ir ao serviço de saúde e perder o emprego, esses homens deixam de procurar ajuda e continuam sofrendo com problemas de saúde que logo lhes ceifa a vida.

Referências

COSTA, Lucia Helena Rodrigues; COELHO, Edmeia Coelho de Almeida. Enfermagem e sexualidade: revisão integrativa de artigos publicados na Revista Latino-Americana de Enfermagem e na Revista Brasileira de Enfermagem. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 19(3): Maio-Jun, 2011.

GOMES, Romeu. Sexualidade masculina, gênero e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

GOMES, Romeu. Saúde do Homem em debate. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

MEDRADO, Benedito; LYRA, Jorge; AZEVEDO, Mariana. ‘Eu não sou só Próstata, Eu sou um Homem!’ Por uma política pública de saúde transformadora da ordem de gênero. In: Saúde do Homem em Debate / Romeu Gomes (organizador). – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SAMPAIO, Juliana. Promoção da Saúde Sexual: Desafios no Vale do São Francisco. Psicologia & Sociedade; 22 (3): 499-506, 2010.

Agradecimentos

Quero agradecer à Unidade Básica de Saúde que permitiu a realização desta atividade; a todos os profissionais envolvidos, e aos meus colegas graduandos e preceptores do PET Saúde Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA CONSULTA DE PUERICULTURA PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE DO BINÔMIO MÃE-BEBÊ.

Ana Caroline Lima Vasconcelos (carool.lima@hotmail.com) – Universidade Estadual do Ceará

Erilaine de Freitas Corpes – Universidade Estadual do Ceará

Jéssica Freire Rangel – Universidade Estadual do Ceará

Pâmela Nóbrega Menezes – Universidade Estadual do Ceará

José Almir de Sousa Carneiro – Universidade Estadual do Ceará

Edna Maria Camelo Chaves (Orientador) – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Puericultura. Recém-nascido.

Resumo

Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, que visem promover seu bem estar físico e prevenir problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor. Um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é a consulta de puericultura, realizada, principalmente, por Enfermeiros. Trata-se de uma revisão integrativa, na qual foi realizado um levantamento bibliográfico, em junho de 2014, na base de dados eletrônicos de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Portal Capes e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os termos utilizados na busca foram selecionados por meio dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Puericultura e Recém-nascido, sendo encontrados 45 artigos, que formaram a população do estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2004 e 2014, disponíveis na íntegra, em português, online e gratuitos. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações e artigos que não tivessem relação com o tema ou que abordassem a atuação de outros profissionais, que não fosse dos Enfermeiros. Por meio desses critérios, selecionou-se 14 artigos, sendo essa a amostra do estudo. O Enfermeiro deve proporcionar ao binômio mãe-bebê proteção, prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde, a fim de reduzir os índices de morbimortalidade e agravos. Portanto, toda a equipe de saúde deve estar devidamente capacitada, instruída e qualificada para executar de modo correto, criativo e eficiente as ações de promoção da saúde do binômio mãe-bebê, a fim de alcançar resultados positivos e satisfatórios.

Introdução

A infância é um período em que se desenvolve grande parte das potencialidades humanas, sendo, por isso, um período que exige grande atenção de profissionais de saúde, cuidadores e pais. Algumas doenças biopsicossociais que ocorrem na infância são responsáveis por graves consequências a curto e a longo prazo para os indivíduos e comunidades. “A criança é um ser dependente e, portanto, precisa que o responsável por sua saúde e desenvolvimento preocupe-se com a qualidade de seu crescimento físico e mental, de modo a priorizar sua qualidade de vida.” (ABE, R.; FERRARI, R. A. P., 2008). O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, do nascimento até os 5 anos de idade, é de fundamental importância para a promoção da saúde da criança e para prevenção de agravos, quando é possível identificar situações de risco e buscar atuar de forma precoce nas intercorrências.

Ações aparentemente simples, como pesar, medir, avaliar aquisição de novas habilidades e utilizar o cartão de vacinação da criança nem sempre são realizadas de forma correta e sistemática pelas equipes de saúde. Assim, ações vêm sendo exploradas a fim de garantir e promover a qualidade de vida nessas fases tão delicadas e importantes, que são: a pós-natal e a infância.

Para que a criança cresça de maneira saudável e esteja preparada para enfrentar as transformações que ocorrem em seu organismo, é necessário que ela receba cuidados específicos, que visem a promoção de seu bem estar físico e a prevenção de problemas que possam interferir em seu desenvolvimento neuropsicomotor. “Na área da Atenção Primária à Saúde, responsável pela prevenção, promoção e recuperação da saúde dos indivíduos em todas as fases da vida, a Estratégia Saúde da Família (ESF), desde a sua criação no ano de 1993, vem se consolidando como um dos eixos fundamentais do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de movimento de expressiva expansão de cobertura populacional, aprimorando em muito o acesso da população às ações de saúde.” (VASCONCELOS, et.al., 2012).

Nesta Estratégia, um dos instrumentos utilizados para o acompanhamento da saúde das crianças é o Programa de Puericultura, “que tem como propósito acompanhar o crescimento e desenvolvimento, observar a cobertura vacinal, estimular a prática do aleitamento materno, orientar a introdução da alimentação complementar e prevenir as doenças que mais frequentemente acometem as crianças no primeiro ano de vida, como a diarreia e as infecções respiratórias.” (MAIA e SILVA, 2012; DURO, C. L. M., 2006). O Ministério da Saúde, a fim de garantir a qualidade da assistência prestada à criança, propõe um calendário mínimo de consultas de puericultura, assim distribuídas: uma consulta até 15 dias de vida e 6 consultas com um mês, dois, quatro, seis, doze e dezoito meses, totalizando, assim, sete consultas no primeiro um ano e meio de vida.

A puericultura é desenvolvida tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro. “As atribuições do enfermeiro neste programa são: realizar o exame físico na criança, identificando riscos em seu crescimento e desenvolvimento; agendar a primeira consulta com o pediatra e demais quando forem identificados riscos de agravos à saúde; fornecer a relação dos nascidos vivos para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e solicitar a busca ativa para identificação dos faltosos do programa; preencher o gráfico de peso e estatura nos cartões da criança; verificar e administrar as vacinas necessárias; incentivar o Aleitamento Materno Exclusivo (AME) até o seis meses; orientar a alimentação complementar após os seis meses; orientar sobre prevenção de acidentes; avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor; identificar dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas procurando esclarecê-las.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, BRASIL, 2005).

Diante disso, percebe-se a importância da atuação do Enfermeiro nas consultas de puericultura como forma de promoção da saúde mãe-bebê, por meio de diferentes estratégias. Por isso, faz-se a seguinte pergunta: Qual a atuação do Enfermeiro na consulta de puericultura para promoção da saúde do binômio mãe-bebê? Sendo, assim, o objetivo da pesquisa identificar, na literatura, a atuação do Enfermeiro na consulta de puericultura para promoção da saúde do binômio mãe-bebê.

Metodologia

Para o alcance do objetivo proposto, optou-se pelo método de revisão integrativa com abordagem qualitativa, visto que permite a busca, a avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis sobre o tema investigado. A pergunta norteadora foi “ Qual a atuação do Enfermeiro na consulta de puericultura para promoção da saúde do binômio mãe-bebê? “. O levantamento bibliográfico foi realizado em junho de 2014, na base de dados eletrônicos de Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), no Portal Capes e na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Os termos utilizados na busca foram selecionados por meio dos Descritores em

Ciências da Saúde (DeCS): Enfermagem, Puericultura e Recém-nascido, sendo encontrados 45 artigos, que formaram a população do estudo. Os critérios de inclusão foram: artigos publicados entre 2004 e 2014, disponíveis na íntegra, em português, online e gratuitos. Os critérios de exclusão foram: teses, dissertações e artigos que não tivessem relação com o tema. Por meio desses critérios a amostra selecionada foi de 14 artigos. Por fim, foi elaborada e formatada a revisão integrativa, realizando uma síntese comparativa dos resultados encontrados.

Resultados e Discussão

Na base de dados Scielo foram encontrados, utilizando os descritores Enfermagem e Puericultura, 7 artigos, sendo selecionados 3, após a utilização dos critérios de inclusão; com os descritores Enfermagem e Recém-Nascido, encontrou-se 15 artigos, dos quais selecionou-se 7. No Portal Capes, com os descritores Enfermagem, Recém-Nascido e Puericultura, foram encontrados 8 artigos, dos quais selecionou-se 2. Na base de dados Lilacs, com os descritores Enfermagem e Puericultura, foram encontrados 15 artigos, sendo selecionados 2. O total de artigos encontrados no levantamento bibliográfico foi 45. Por meio dos critérios de inclusão e de exclusão, a amostra foi composta por 14 artigos. Os tipos de estudo dos artigos que formaram a amostra foram: estudos históricos: 12%; revisão de literatura: 38%; estudo descritivo exploratório: 8%; pesquisa observacional: 2%; revisão integrativa: 30% e relato de experiência: 10%.

A essencialidade da atuação da Enfermagem na consulta de puericultura

A Atenção Primária representa a base do trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde e atua de modo a oferecer ações de promoção de saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação, devendo, portanto, ser priorizada pelos profissionais que nela atuam, para que os cuidados sejam executados com o objetivo de atingir a máxima qualidade dos serviços prestados. A consulta de puericultura, por fazer parte de um conjunto de ações que compõem o sistema básico de saúde, também deve ser feita com atenção, dedicação e empenho dos profissionais que a realizam.

O Enfermeiro, profissional mais atuante nessas consultas, deve realizar um acompanhamento integral do crescimento e do desenvolvimento físico e mental da criança; da qualidade das ações prestadas pelos cuidadores das crianças e do conhecimento dos responsáveis acerca das mesmas, a fim de sanar as dúvidas existentes. “Os profissionais de Enfermagem devem ter consciência da importância das suas atividades durante a puericultura, uma vez que estas refletem o estado de saúde da população infantil sob sua responsabilidade.” (LIMA, G. G. T. et. al., 2009; ASSIS, W. D. et. al. 2011; SOUZA, M. H. N. et. al., 2011).

O profissional de Enfermagem deve ter o intuito de proporcionar ao binômio mãe-bebê proteção, prevenção de doenças, recuperação e promoção da saúde, reduzindo, desta forma, os índices de morbimortalidade e de agravos clínicos. Para executar os cuidados de forma eficaz, é fundamental que o profissional tenha conhecimento do perfil socioeconômico e cultural da família e da comunidade na qual a criança está inserida, pois, desta forma, o Enfermeiro poderá realizar uma melhor assistência, visto que essas características podem influenciar muito no cuidado que será prestado à criança e ao responsável. “Alguns dos fatores avaliados, além do crescimento e desenvolvimento da criança, são: a vacinação, a higiene individual, ambiental e a identificação precoce de doenças e de agravos.” (CAMPOS et al., 2011; OLIVEIRA, M. M. C., 2009; FONSECA, E. L.; MARCON, S. S., 2009). Diante disso, percebe-se que a equipe de saúde é essencial para a qualidade dos serviços prestados ao bebê e à mãe, entretanto, o Enfermeiro é o profissional mais atuante na atenção básica durante as consultas de pré e pós-natal e, por isso, precisa se qualificar sempre, para que possa executar seu trabalho com atenção, habilidade, responsabilidade e competência.

Ações de promoção da saúde mãe-bebê realizadas pelo Enfermeiro na consulta de puericultura

Durante a consulta de puericultura, o Enfermeiro, além de pesar, medir e examinar a criança, avalia o seu crescimento e desenvolvimento, a carteira de vacinação, acompanha a criança e a mãe desde a gestação, buscando direcionar a família para que tenha condições de lidar de maneira satisfatória com as dificuldades que poderão surgir ao longo da gravidez e posterior ao nascimento. Ao realizar a consulta de Enfermagem em puericultura, é preciso que o profissional siga as etapas que direcionam suas ações de forma sistematizada, como a coleta de dados referentes à história da criança e da família; o exame físico, que avalia a situação biológica e fornece as orientações próprias de cada fase do ciclo de vida e todas as demais fases do processo de Enfermagem, a fim de prestar um cuidado completo e eficiente à mãe e ao bebê.

O Enfermeiro deve enxergar a puericultura como uma oportunidade para estreitar o vínculo com as famílias assistidas. Segundo Macedo, et al., 2008: “Há sempre uma interação estabelecida entre o profissional e a família”, o que é muito importante no sentido de possibilitar a confiança mútua, de modo que o fortalecimento do vínculo vai aumentando com o passar do tempo, fazendo com que a família e a comunidade adquiram mais respeito pelo profissional, além de proporcionar maior adesão às medidas de prevenção ou de tratamento que possam ser necessárias.

“O vínculo também contribui de forma significativa para o alcance de metas de programas como a vacinação, trazendo importante impacto sobre as doenças imunopreveníveis, resultando em mudanças no padrão de adoecimento e morte especialmente da população infantil brasileira.” (VIEIRA, V.C.L. et. al., 2012; SOUZA, R. S. et. al., 2012). O estabelecimento desse vínculo, ao mesmo tempo em que pode surgir a proximidade entre Enfermeiro, família e comunidade, pode ser facilitador da formação ou do fortalecimento do elo entre mãe e filho.

Nesse contexto, podem ser usadas estratégias que ratifiquem o trabalho do Enfermeiro, tais como: educação em saúde e visita domiciliar. É essencial que o Enfermeiro passe orientações à mãe, aos familiares e/ou ao cuidador sobre os cuidados a criança, como a importância da vacinação e do aleitamento materno, que representam fatores essenciais para a vida de uma criança, porque fazem com que esta tenha um bom desenvolvimento, não só durante a infância, mas por toda a vida. Essas ações podem ser executadas distante do ambiente hospitalar. Quando necessário, o Enfermeiro deve realizar visitas domiciliares, de modo a acompanhar com maior aproximação as dificuldades do cuidador e a saúde do bebê.

Além disso, o profissional deve explicar de modo claro e compreensivo a “importância do apoio da família durante o desenvolvimento desse acompanhamento, sendo essencial a participação da comunidade e da equipe de saúde como um todo.” (GAUTERIO; IRALA; VAZ, 2012; ROECKER, S., MARCON, S. S., 2011). O cuidado prestado pelo profissional de enfermagem não está ligado exclusivamente aos conhecimentos e execuções técnico-científicas, mas está, principalmente, relacionado com o contexto humanístico, tratando a criança e a sua família de uma forma holística, promovendo, desta forma, uma melhor qualidade de vida ao paciente.

Conclusão

A consulta de puericultura representa um alicerce para a promoção da saúde do binômio mãe-bebê, pois é na Atenção primária que se torna possível a detecção precoce de complicações na gravidez e o diagnóstico de doenças graves, visto que esse serviço de saúde pública é procurado pela maioria das mães em todas as fases da gestação e durante todo o período do puerpério.

O Enfermeiro tem uma atuação fundamental durante as consultas, por ser o profissional que está mais próximo do paciente e precisa, para garantir a qualidade e eficácia de seus cuidados, utilizar-se de estratégias para ensinar as mães e os cuidadores, elucidar dúvidas dos mesmos e incentivar ações importantes, tais como o aleitamento materno e a correta higienização do bebê e das mãos de quem o manuseia.

Por isso, o Enfermeiro e toda a equipe de saúde que acompanha ou realiza as consultas de puericultura precisa estar devidamente capacitado, instruído e qualificado para executar de modo correto, criativo e eficiente as ações de promoção da saúde do binômio mãe-bebê, a fim de alcançar resultados positivos e satisfatórios.

Referências

- ABE, R.; FERRARI, R. A. P., Puericultura: Problemas Materno-Infantis Detectados pelos Enfermeiros numa Unidade de Saúde da Família, Rev. Min. Enferm.; v. 12, n.4, p. 523-530, Out./Dez., 2008.
- ASSIS, W. D. et. al., Processo de Trabalho da Enfermeira que Atua em Puericultura nas Unidades de Saúde da Família, Rev. bras. enferm., Brasília, v. 64, n. 1, Jan./Fev., 2011
- CAMPOS, R.M.C. et al. Consulta De Enfermagem Em Puericultura: a vivência Do Enfermeiro Na Estratégia De Saúde Da Família. Rev. Esc. Enferm. USP, v. 45, n. 3, p. 566-74, 2011.
- DURO, C. L. M., Concepções de Maternidade e de Cuidado Infantil de Mães e Profissionais de Enfermagem, Rev. Gaúcha Enferm, Porto Alegre, v.23, n.3, p.398-407, Set., 2006.
- FONSECA, E. L.; MARCON, S. S., Rede de apoio às famílias de bebês de baixo peso após a alta hospitalar: um estudo qualitativo, Obj. Nursing, v. 8, n.2, 2009.
- GAUTERIO, D.P.; IRALA, D.A.; VAZ, M.R.C. Puericultura Em Enfermagem: Perfil e Principais Problemas Encontrados em Crianças Menores de um Ano. Rev. Bras Enferm, Brasília, v. 65, n. 3, p. 508-13, mai./jun., 2012.
- LIMA, G. G. T. et. al., Registros Do Enfermeiro No Acompanhamento Do Crescimento e Desenvolvimento: Enfoque na Consulta de Puericultura., Rev. Rene UFC, Fortaleza, Set., 2009.
- MAIA, S.M.S.; SILVA, L.R. Saberes e práticas de mães ribeirinhas e o cuidado dos filhos recém-nascidos: contribuição para a enfermagem. Rev. Enferm., v. 3, n. 7, p. 131-137, 2012.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE BR., Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil., Brasília, Ministério da Saúde, 2005.
- OLIVEIRA, M. M. C., ALMEIDA, P. C., CARDOSO, M. V. L. M. L., Crescimento de Crianças Prematuras de Muito Baixo Peso Egressas da Unidade Neonatal - Estudo Descritivo, Obj. Nursing, v.8, n.1, 2009.
- ROECKER, S., MARCON, S. S., Educação em saúde. Relatos das vivências de enfermeiros com a Estratégia da Saúde Familiar., Invest Educ Enferm. v. 29, n.3, p. 381-390, Agosto, 2011.
- SOUZA, M. H. N. et. al., Estratégia Acolhimento Mãe-bebê: Aspectos Relacionados à Clientela Atendida em uma Unidade Básica de Saúde do Município do Rio de Janeiro, Esc. Anna Nery, v. 15, n.4, p. 671-677, Out.-Dez., 2011.
- SOUZA, R. S. et. al., Atenção à Saúde da Criança: prática de enfermeiros da saúde da família., Reme, v. 17, n. 2, p. 653, Set., 2012.
- VASCONCELOS, V.M. Puericultura em enfermagem e educação em saúde: percepção de mães na estratégia saúde da família. Esc. Anna Nery, v. 16, n. 2, p. 326-331, abr./jun., 2012.
- VIEIRA, V.C.L. et al. Puericultura na atenção primária à saúde: atuação do enfermeiro. Cogitare Enferm., Curitiba, v. 17, n. 1., jan./mar., 2012.

Agradecimentos

Agradecemos à Universidade Estadual do Ceará – UECE por nos proporcionar um ensino público de qualidade e por ser uma instituição incentivadora da iniciação à pesquisa. Agradecemos às professoras orientadora e co-orientadora pelo empenho em colaborar com o nosso aprendizado, buscando sempre a qualidade de nossa carreira acadêmica e, futuramente, profissional. Por fim, agradecemos à Universidade de Fortaleza – UNIFOR e demais organizadores do Seminário Internacional em Promoção da Saúde, por proporcionar tão rica oportunidade para compartilharmos conhecimentos científicos e culturais, trocando saberes com diferentes estudantes e profissionais, contribuindo para uma formação mais ampla e aprofundada de todos os alunos, professores e profissionais participantes do evento.

A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO/CONTROLE DE INFECÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA, RELACIONADA AO PROCESSAMENTO DOS PRODUTOS PARA SAÚDE.

Sadrine Maria Eufrasino de Pinho – Universidade de Fortaleza – sadrine.mep@gmail.com

Natalia Camelo do Nascimento – Universidade de Fortaleza

Ana Karoliny Lima dos Santos – Universidade de Fortaleza

Tailany Angelo dos Santos – Universidade de Fortaleza

Tatiana Rodrigues de Castro – Universidade de Fortaleza

Fabia Maria de Souza – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Enfermeiro. Processamento. Produtos para saúde. Gerencia.

Resumo

As Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) constitui-se também uma responsabilidades da atenção primária. Discutir a atuação do enfermeiro no processamento dos produtos para saúde nas UBSF e sua importância na prevenção e controle de infecção relacionadas a assistência a saúde. Trata-se de um estudo tipo revisão sistemática. Realizado nos meses de janeiro a maio de 2014 através um levantamento bibliográfico nas bases de dados: (SciELO), (Bireme) e (Google Acadêmico), utilizando os seguintes descritores: Enfermeiro; Processamento; Produtos para saúde; Gerencia. Foram selecionados por análise de leitura e fichamento onze artigos e quatro livros, os quais foram mais pertinentes ao tema do estudo. Foi visto que para ter qualidade no trabalho é exigido um perfil profissional adequado para atender às necessidades do setor e que não exponha a população usuária aos riscos de infecção. O profissional precisa estar sempre buscando o aprendizado, atualizando-se de forma gradativamente, para que resulte na satisfação da qualidade implicada. Portanto acredita-se que o profissional inserido na Unidade Básica de Saúde deve receber capacitação específica e periódica sobre a classificação de produtos para saúde, a fim de controlar as causas de infecção, trazendo maior proteção tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente.

Introdução

Na área da enfermagem o profissional é responsável para oferecer um trabalho de qualidade ao realizar os procedimentos no paciente, atendo às exigências necessárias para a obtenção de resultados satisfatórios, que possam diminuir a exposição do usuário do serviço público de saúde aos riscos de infecção.

As doenças causadas por infecções representam um grande problema de saúde e continuam sendo um desafio para a equipe responsável pela sua prevenção e controle. De modo geral a infecção tem sido considerada quando ocorre a penetração de microrganismos unicelulares que têm a capacidade de instalar-se no organismo, desempenhando, dessa forma, o papel de agente etiológico na infecção resultante. A penetração, desenvolvimento e/ou multiplicação de um agente infeccioso no corpo humano pode se dar por diversas maneiras, sendo uma delas representada por artigos contaminados (BALTHAZAR; SANTOS, 1997).

Os artigos utilizados nos serviços de saúde são classificados em artigos críticos, considerados aqueles que penetram em tecidos estéreis ou sistema vascular, artigos semicríticos, os que entram em contato com membranas ou mucosas íntegras ou com a pele intacta e artigos não críticos, que entram em contato com a pele intacta ou não entram em contato direto com o paciente (GRAZIANO; SILVA; PSALTIKIDIS, 2010).

Historicamente, a preocupação acerca da assepsia em artigos utilizados em procedimentos invasivos teve início por volta do século XIX, quando a cirurgia passou a sofrer revoluções devido ao grande índice de infecções e mortes dos pacientes. Pesquisas elaboradas por Joseph Lister, conhecido como o pai da moderna cirurgia, contribuiu para a diminuição da mortalidade de pacientes, através de tratamento com fios de sutura e compressas com solução de fenol e esterilização dos artigos utilizados nos procedimentos cirúrgicos, tornando assim o século seguinte, conhecido como o século da cirurgia, onde o conhecimento foi aprofundado e a demanda aumentada (POSSARI, 2011).

Com o desenvolvimento dos procedimentos cirúrgicos houve necessidade de se ter um local e pessoas qualificadas para tomarem conta dos artigos usados em procedimentos cirúrgicos. Desta feita, começaram a se organizar locais onde fosse realizada a esterilização desses artigos. Inicialmente os serviços eram responsáveis pela esterilização sendo que a limpeza e o preparo eram realizados pelos próprios assistentes isto é, nos próprios setores, por pessoas que estavam diretamente ligados ao procedimento, cuja característica desse serviço era a descentralização das atividades relacionadas ao processamento desses artigos. Atualmente, há um local específico e estruturado e organizado para realizar todas as etapas do processamento dos produtos para saúde, conhecido como Centro de Material e Esterilização (CME), que é destacado pelo contexto da organização hospitalar, da forma peculiar, por caracterizar-se como uma unidade de apoio a todos os serviços assistenciais e de diagnósticos que precisam de artigos médico-hospitalares para prestação de serviço (POSSARI, 2011; SILVA, 1998).

Porém as Infecções relacionadas à Assistência à Saúde (IrAS) constitui-se também uma responsabilidades da atenção primária. As mudanças de modelo ocorrido no Brasil, dada à implementação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), e a descentralização provocada pelo mesmo, muitos dos procedimentos antes feitos nos hospitais passaram a ser realizados em Unidades Básicas de Saúde (UBS), como a realização de retirada de pontos cirúrgicos; curativos de feridas abertas e feridas fechadas; escoriações, e até realiza pequenos procedimentos cirúrgicos (FREITAS; QUIRINO, 2011).

Sabe-se que, as IrAS, são infecções adquiridas durante a prestação dos cuidados de saúde e representam um dos mais importantes problemas de saúde pública no mundo (OLIVEIRA; DAMASCENO; RIBEIRO, 2009).

Pautando-se sobre o serviço de esterilização de artigos, o conhecimento das diretrizes que os profissionais devem ter acerca da esterilização, optou-se por realizar este trabalho com o intuito de sensibilizar a equipe primária de saúde em realizar uma esterilização correta e segura com o auxílio de um enfermeiro. Através desse estudo será possível aprofundar novas pesquisas relacionadas ao tema e contribuir para a melhoria da qualidade do serviço, minimizando os fatores que levam a uma possível infecção na unidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo tipo revisão sistemática. Realizado nos meses de Junho e Julho de 2014, através de um levantamento bibliográfico nas bases de dados: (SciELO), (Bireme) e (Google Acadêmico), utilizando os seguintes descritores: Enfermeiro, Infecção; Processamento de produtos para saúde; Atenção primária à Saúde, sendo selecionados por análise de leitura e fichamento onze artigos e quatro livros, os quais foram mais pertinentes ao tema do estudo.

Resultados

A partir da análise dos artigos, onde procurou-se conhecer a atuação do enfermeiro na atenção básica de saúde relacionada ao

e

Discussão

processamento dos produtos para saúde e sua importância na prevenção e no controle das infecções relacionadas a assistência a saúde, pode-se perceber que os estudos realizados retratam a preocupação que existe ao considerar que, o profissional de saúde é responsável pela assistência ao paciente livre de riscos, independente do local onde esteja atuando. Nesse sentido, Santos (2003) assevera que é de extrema importância que o profissional de saúde seja consciente do seu trabalho e faça-o de forma precisa, evitando ao máximo a exposição do paciente, independentemente do local em que esteja atuando.

Considerando que cada equipe da atenção primária de saúde (APS) é composta em geral por médico, enfermeiro, dentista, técnicos, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que são responsáveis pelo acompanhamento de certa área da comunidade, todos esses profissionais tem a possibilidade de estabelecer vínculos, responsabilidades e realização de promoções da saúde e prevenção de doenças na comunidade, no cuidado familiar e individual, oferecendo atenção abrangente e integral (SOARES; BIAGOLINI; BERTOLOZZI, 2013).

Quanto à equipe de enfermagem, tem-se que a maioria dos profissionais da assistência à saúde primária se constitui de auxiliares e técnicos de enfermagem, que executam as ações de enfermagem, no que pode estar contribuindo para a qualidade dos serviços de saúde (COSTA; FREITAS, 2012).

É certo que a necessidade de profissionais para realização de atividades mais específicas, como o processamento de produtos para saúde, deve seguir critérios mais rigorosos, já que os trabalhos desempenhados nesse setor exigem técnica, zelo e muita responsabilidade. A capacitação profissional tem então, notável influência no funcionamento da unidade de processamento, na prevenção e no controle das infecções (TIPPLE et al, 2006).

Dai a necessidade de ter um enfermeiro que coordene, oriente e supervisione todas as etapas do processamento dos produtos, que estabeleça capacitação dos profissionais, por meio da educação continuada das equipes sob sua responsabilidade, na qual se torne como facilitador da aquisição de saber e atualização. (SILVA; AGUIAR, 2008).

Com relação ao processamento dos produtos para saúde, tende a reunir as etapas de limpeza, inspeção, preparo, acondicionamento, desinfecção ou esterilização, embalagem, armazenamento, transporte e distribuição dos instrumentos utilizados em cirurgias e na assistência ao paciente (SOBECC, 2013).

Nesse sentido, a Política Nacional de Atenção Básica oferece educação permanente aos profissionais da APS, sendo de responsabilidade conjunta das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde (SES/SMS) e responsabilidade do Ministério da Saúde apoiar a articulação de instituições, em parceria com as SES e SMS, para capacitação de educação permanente desses profissionais (SAÚDE, 2011).

A educação permanente dos profissionais de enfermagem proporciona conhecimentos específicos, tornando-os capazes de seguir diretrizes e ordens para cumprir as atividades exigidas com competência e responsabilidade (COSTA; FREITAS, 2012).

A Legislação recente da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária, através da RDC nº 15, de 15 de março de 2012, em seu art. 28, determina que o Centro de Material e Esterilização, Classe I e Classe II, deve possuir um profissional responsável de nível superior, para a coordenação de todas as atividades relacionadas ao processamento de produtos para a saúde, de acordo com competências profissionais definidas em legislação específica.

Porém a realização de tais procedimentos, necessita não só de capacitação específica e periódica sobre a classificação de produtos para saúde, mas também os conceitos básicos de microbiologia; o transporte dos produtos contaminados; o processo de limpeza; desinfecção; preparo; inspeção; acondicionamento; embalagens; esterilização; funcionamento dos equipamentos existentes; o monitoramento de processos por indicadores químicos; biológicos e físicos; o rastreabilidade; armazenamento e distribuição dos produtos para saúde e a manutenção da esterilidade do produto (ANVISA, 2012).

Pois os artigos permanentes, os que são reutilizáveis, em estabelecimentos de saúde podem se tornar veículos de agentes infecciosos, se não sofrerem processos de descontaminação após cada uso, os locais onde estes artigos são processados e as pessoas que os manuseiam também podem tornar-se fontes de infecção para hospedeiros suscetíveis. Além do maior risco de infecção, pessoas não capacitadas ainda tende a usar os produtos destinados a limpeza, descontaminação, desinfecção e esterilização de artigos de forma indevida ou inadequada, levando milhões de dinheiro a serem gastos por ano, sem que os objetivos sejam atingidos (SAÚDE, 1994).

A segurança do processamento dos artigos médico-hospitalares é uma importante medida de controle da infecção, que é um grave problema de saúde pública, devido a sua complexidade e implicações sócias e econômicas. Dessa forma, o conhecimento dos diferentes fatores de risco na transmissão de infecção, das dificuldades de processamento dos artigos e limitação oriundos dos métodos de esterilização e de desinfecção, são aspectos importantes para a elaboração de medidas de controle pelo profissional responsável pelo CME, que diminuem a possibilidade de infecção (BRITO, 2008).

Pois para ter qualidade no trabalho é exigido um perfil profissional adequado para atender às necessidades do setor e que não exponha a população usuária aos riscos de infecção. O profissional precisa estar sempre buscando o aprendizado, atualizando-se de forma gradativamente, para que resulte na satisfação da qualidade implicada (COSTA; FREITAS, 2012).

Conclusão

Portanto acredita-se que o profissional inserido na Unidade Básica de Saúde deve receber capacitação específica e periódica sobre a classificação de produtos para saúde, a fim de controlar as causas de infecção, trazendo maior proteção tanto para a equipe de enfermagem quanto para o paciente. Porém cada profissional só deve exercer atividade de sua responsabilidade, evitando possíveis erros no processo de esterilização e minimizando riscos de infecciosos.

Mesmo que a maioria da força de trabalho dos serviços de saúde no Brasil seja composta por trabalhadores de enfermagem de nível médio (técnicos e auxiliares) que executam as ações de enfermagem. É a enfermagem que precisa ter o conhecimento específico, conhecimento tecno-científico, critério de pré-estabelecimento, habilidade e instrumentos de trabalho capazes de desempenhar suas atribuições com competência e responsabilidade (COSTA; FREITAS, 2009).

A importância do processo de esterilização na UBSF para a realização e o sucesso dos procedimentos asséptico diminui o risco de infecção, abati a força produtiva, melhora o prognóstico dos sujeitos e reduz os custos do tratamento. Ou seja, a complexidade que envolve o processamento dos produtos para a saúde depende tanto da assistência da enfermagem como também do modelo tecno-assistencial vigente, dos produtos que são processados na UBSF de pequenos procedimentos cirúrgicos, entre outros (FREITAS; QUIRINO, 2011).

Referências

BALTHAZAR, M.B.; SANTOS, B.M.O. A Desinfecção de nebulizadores em uma unidade básica de saúde de Ribeirão Preto. Rev.Esc.Enf.USP, v.31, n.I, p.23-35, dez. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agencia Nacional de Vigilância Epidemiológica. Resolução - RDC nº 15 de 15 de março de 2012.

Dispoõe..... de Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de atenção básica procedimentos. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária, n. 30, Brasília- DF 2011.

BRITO, M.F.P.; GALVÃO C.M.; FRANÇOLIN L.; ROTTA C.S.G. Validação do processo de esterilização de artigos médico-hospitalares segundo diferentes embalagens. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 55, n. 4, p. 414-419, jul./ago. 2002.

COSTA, L.F.V. da; FREITAS, M.I.P. Reprocessamento de artigo críticos em unidades básicas de saúde: perfil do operador e ações envolvidas. Rev. bras. Enferm, vol.62, no.6, Brasília Nov./Dec. 2009.

COSTA, J.A.; FUGULIN, F.M.T. Atividade de enfermagem em centro de material e esterilização: contribuição para o dimensionamento de pessoal. Acta Paul Enferm., 2011;24(2):249-56.

FREITAS, T.S. de; QUIRINO, G.S. Esterilização em unidade básica de saúde no município de Picos-PI. S A N A R E, Sobral, V.10, n.2.,p. 57-63, jul./dez. – 2011.

GRAZIANO, K.U.; SILVA, A.S.; PSALTIKIDIS, E.M. Enfermagem em Centro de Material e Esterilização. São Paulo: Manole, 2011.

POSSARI, J.F. Centro de Material e Esterilização. 4ª Ed. São Paulo: Iátria, 2011.

SANTOS, N.C.M. Enfermagem na Prevenção e Controle da Infecção Hospitalar. São Paulo: Iátria: 2003.

SILVA, A.L.; AGUIAR, B.G.C. O enfermeiro na Central de Material e Esterilização: uma visão das unidades consumidoras. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 jul/set; 16(3):377-81.

SOARES, C.E.S.; BIAGOLINI, R.E.M.; BERTOLOZZI, M.R. Atribuições do enfermeiro na unidade básica de saúde: percepções e expectativas dos auxiliares de enfermagem. Rev. Esc. Enferm. USP 2013; 47(4):915-21 www.ee.usp.br/reeusp/.

TIPPLE, A.F.V.; SOUZA, T.R.S.; BEZERRA, A.L.Q.; MUNARI, D.B. O trabalhador sem formação em enfermagem atuando em centro de material e esterilização: desafio para o enfermeiro. Rev. Esc. Enferm. USP 2005; 39(2):173-80.

Agradecimentos

A Universidade de Fortaleza, por ter nos proporcionado a estrutura para divulgarmos o nosso trabalho neste evento científico. A nossa orientadora Ms. Fabia Maria de Souza, pela motivação para desempenharmos esse trabalho. E ao CNPQ pela concessão de bolsa de iniciação científica (PIBIC-CNPQ).

A BIODANÇA COMO UMA METODOLOGIA PARTICIPATIVA DE CUIDADO EM SAÚDE PARA FUTUROS TRABALHADORES DO SUS

Lídia Maria Alves Freitas¹ – Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia - IFCE

Francisca Damille de Freitas 2 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Neires Alves de Freitas 3 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Rayane Alves Lacerda 4 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Ádyla Barboza Lucas 5 – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante 6 (Orientador) – Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Palavras-Chave: Terapia comunitária. Biodança. Sistema Único de Saúde. VER-SUS.

Resumo

Esse estudo teve como objetivo relatar a experiência com biodança por um grupo de estudantes do projeto VER-SUS do Município de Sobral, Ce e sua repercussão na atuação profissional porvindoura. Utilizou-se uma metodologia de natureza qualitativa, sendo do tipo descritiva-exploratório. Os participantes do estudo foram um grupo heterogêneo de acadêmicos da área da saúde, que integraram um projeto vinculado ao Ministério da Saúde (MS), o de Estágios e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles dos cursos de Serviço Social, odontologia, Medicina, Educação Física, Enfermagem e Psicologia. Esse se deu por aproximadamente 23 sujeitos que vivenciaram a prática da biodança para reforçar o real valor dessa metodologia para atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). A proposta mostrou-se efetiva por envolver a dicotomia mente e corpo no contexto ampliado de saúde, possibilitando observar o sujeito de modo global e garantindo condutas pautadas nos princípios humanísticos e de promoção da saúde. A formação em biodança para os profissionais da área da saúde tem aberto possibilidade de práxis em diversos campos de saber. Na lógica da saúde essa prática é bem acolhida, pois, muitos profissionais não conseguem fugir da lógica médico-cêntrica. Para os estudantes a biodança pode ser estratégia alternativa para trabalhar a promoção da saúde, o cuidado, vínculo, aproximação e interação com os sujeitos. Portanto, a biodança apresenta-se como potente aliado para promoção da saúde, bem como se reforça a carência em desbravar processos formativos e de vivências com atividades similares.

Introdução

A Biodança considerada um método conhecido há muito tempo, e tem suas origens no espanhol Biodanza, que indica a dança da vida. Criada durante a década de 70, por Rolando Toro em situações de grupo e em trabalhos com deficientes com possíveis transtornos mentais, bem como em Pesquisa no Departamento de Antropologia Médica da Escola de Medicina da Universidade do Chile, no Instituto de Investigação Psiquiátricas do Hospital psiquiátrico de Santiago e no Instituto de Estética da Pontifícia Universidade Católica, em Santiago do Chile, (KELLEN, 2008). Para Toro (2002), essa é um sistema de conexão entre os seres humanos, de renovação orgânica, de reeducação afetiva e de aprendizagem das funções originais da vida. Portanto, configura-se como princípios de aprendizagem do ser humano, possibilitando a aproximação consigo e com os outros, estreitamento de vínculos, e rejuvenescimento do organismo. Essa proposta se faz por meio da música oferecendo práticas integrativas e de experimentação de sentimentos incorporados nos movimentos. Tem por finalidade contemplar aspectos fundamentais da Promoção da Saúde, e nessa se faz uso de algumas ciências como a Antropologia, Biologia e a Psicologia. Portanto a mesma consente na consciência ética, lúdica, terapêutica, produzindo alegria e potencializando a saúde (REIS, 2009). Essa tem principiado sua expressão no campo da saúde, podendo ser desenvolvidas com todos os grupos populacionais como forma de aproximar os sujeitos e trabalhar os aspectos sociais e políticos. Em consonância com Kellen (2008), a condição de doença é vista como elemento que faz parte dos movimentos da vida de cada ser humano, por isso a biodança é tida como sistema que aponta a vivência como alternativa de promoção de saúde, cura e prevenção de doenças. Nesse sentido, através da dança que também pode trazer dor e sofrimento, é um caminho para o fortalecimento da identidade e diminuição de sintomas. Por isso, é importante que as Instituições de Ensino Superior (IES), possam estabelecer diretrizes preocupadas em formar e desenvolver habilidades para o SUS, sobretudo, profissionais que percebam o usuário em sua totalidade. Essa é uma estratégia para melhorar a qualidade dos serviços prestados a comunidade, dentro da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na perspectiva da promoção de saúde. Vale ressaltar a importância do contato dos futuros profissionais de saúde ainda quanto acadêmicos, o que possibilita a aproximação precoce com o serviço, e o conhecimento antecipado de problemas e entraves inerentes a prática, estimulando a arte de resolver problemas, desenvolver um olhar crítico e reflexivo para a saúde ainda na graduação.

Objetivo

Relatar a experiência com biodança por um grupo de estudantes do projeto de Vivências e Estágios na Realidade do SUS do Município de Sobral, Ce e sua repercussão na atuação profissional porvindoura.

Metodologia

Esse estudo é de natureza qualitativa, sendo do tipo descritivo-exploratório. Segundo Minayo (2004), quando considera a pesquisa “como uma atitude e uma prática teórica de constante busca, que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota. Tais elementos oferecem indicativo que a pesquisa é de orientação qualitativa. Para Gil (1991), a Pesquisa Exploratória possui a finalidade básica de desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias para a formulação de abordagens posteriores. Por isso, este tipo de estudo objetiva proporcionar um maior conhecimento para o pesquisador acerca do assunto, a fim de que esse possa formular problemas mais precisos ou criar hipóteses que possam ser pesquisadas por estudos posteriores. Os participantes do estudo foram um grupo heterogêneo de acadêmicos da área da saúde, que integraram um projeto vinculado ao Ministério da Saúde (MS), o de Estágios e Vivências na realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), dentre eles dos cursos de Serviço Social, odontologia, Medicina, Educação Física, Enfermagem e Psicologia. Esse se deu por aproximadamente 23 sujeitos que vivenciaram a prática da biodança para reforçar o real valor dessa metodologia para atuação profissional na Estratégia Saúde da Família (ESF). O momento aconteceu com um mediador, da área da Psicologia, que direcionou a ação de modo dinâmico e diferenciado. A vivência foi em um equipamento social de um bairro do Município de Sobral. Esse espaço localiza-se em distante do centro da cidade, o que favoreceu a imersão dos estudantes, dando-lhes confortos para participar dessa prática bem como outras metodologias participativas. A prática da biodança acontecia nos turnos da noite, logo após as visitas nos serviços de saúde durante o dia. Esse momento dava-se para produzir e viver as tecnologias educativas a fim de reaplicar em outros territórios.

Resultados e Discussão

A proposta mostrou-se efetiva por envolver a dicotomia mente e corpo no contexto ampliado de saúde, possibilitando observar o sujeito de modo global e garantindo condutas pautadas nos princípios humanísticos e de promoção da saúde. Sendo um instrumento que considera o saber popular, fortaleceu-se entre os futuros profissionais da saúde a melhor compreensão e relacionamento consigo e com os outros, bem como a apropriação e proximidade com esses dispositivos de cuidado em saúde. Inserir metodologias ativas na formação na área da saúde de modo precoce é indispensável, já que possibilita novas interações com a atuação profissional. A formação em biodança para os profissionais da área da saúde tem aberto possibilidade de práxis em diversos campos de saber. Foi perceptível que após a formação os acadêmicos se expressaram desejosos a partilhar seus conhecimentos e tencionar mudanças na graduação para inserir outras abordagens nas matrizes curriculares dos seus cursos. Os mesmos colocaram o prazer em experimentar o passo a passo da biodança munidos de orientações conduzidas pelo facilitador. Na lógica da saúde essa prática é bem acolhida, pois, muitos profissionais não conseguem fugir da lógica médico-cêntrica. Para os estudantes a biodança pode ser estratégia alternativa para trabalhar a promoção da saúde, o cuidado, vínculo, aproximação e interação com os sujeitos. Como a ESF precisa realizar ações de promoção, prevenção e reabilitação, os estudantes se atentam para o uso de outras metodologias participativas como atividades sistemáticas dos serviços, propondo a sensibilidade, cuidado e humanização.

Conclusão

A biodança, enquanto ferramenta de cuidado para a saúde pode ser um subsídio importante para o cuidado integral. Isso pode favorecer mudança na reorganização da assistência à saúde. Houve maior desejo para inserção dessa prática na ESF, quanto alternativa de trabalho. Isso favorece a efetivação das ações em saúde e ampliar o escopo de oferta à comunidade, de modo diferenciado e alternativo para a promoção de saúde. Portanto, a biodança apresenta-se como potente aliado para promoção da saúde, bem como se reforça a carência em desbravar processos formativos e de vivências com atividades similares, não somente para nível superior, mas, técnico e elementar, prezando pela atualização e formação aos trabalhadores da saúde.

Referências

GIL, Antônio Carlos. Métodos e técnicas de Pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1995.
MINAYO, M. Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento da Pesquisa Qualitativa em saúde, 8ª edição. São Paulo: Hucitec, 2004.
TORO, Rolando. Biodança Ars Magna e mecanismo de ação. In: Encontro de Biodança- 10º Modulo da IX Turma de Escola Cearense de Biodança, Beberibe-ce, 2006.

Agradecimentos

Corroboramos nossos agradecimentos ao Ministério da Saúde (MS) por fomentar projeto, programas e políticas de reorientação profissional e incentivar a formação continuada e educação permanente, a fim de fortalecer as ações assistenciais no SUS. A universidade por impulsionar a participação nesses espaços e colaborar para que esses espaços existam. A Secretaria de Saúde do Município e Escola de Formação em Saúde Família Visconde de Sabóia de Sobral por apoiar os Encontros do VER-SUS, dispondo de recursos materiais e humanos para que o mesmo aconteça. Aos discentes e profissionais da saúde por estarem abertos a mudanças e resignificação da prática para melhor acolher os usuários, a comunidade.

A COMPREENSÃO DO PERFIL DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER EM ARAPIRACA/AL NO ANO DE 2012 PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Gustavo Phillipe Rocha de Lima – UFAL – Campus Arapiraca (gustavoprdelima@gmail.com)

Yago Beserra Marinho Martins – UFAL – Campus Arapiraca

Vanessa Danielle da Silva Matias – UFAL – Campus Arapiraca

Luciana de Amorim Barros – UFAL – Campus Arapiraca

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Promoção da saúde.

Resumo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, objetivando caracterizar os casos de violência contra a mulher no município de Arapiraca no ano de 2012, através do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net). Foi observado que em 2012 a idade entre 20 e 59 anos obteve os maiores números de notificações, sendo por meio de violência física ou outras, o tipo de agressão que mais acomete as mulheres são o envenenamento e o espancamento, acontecendo no próprio domicílio. Além disso, percebemos a subnotificação de dados contidos na ficha de investigação, por parte dos profissionais de saúde que em alguns casos não preenchem todos os campos da ficha de notificação, deixando passar informações importantes para o planejamento de estratégias de combate à violência.

Introdução

Violência contra a mulher por definição pode ser considerada como qualquer conduta baseada no gênero, que cause ou passível de causar morte, dano ou sofrimento nos âmbitos: físico, sexual ou psicológico à mulher. Nesse contexto pode-se dizer que esses atos são produtos de uma construção histórica — portanto, passível de desconstrução — que traz em seu íntimo estreita relação com as categorias de gênero, classe e raça/etnia e suas relações de poder (PIFANI, 2007).

Do ponto de vista histórico brasileiro, a violência contra a mulher é herdada, dentre outros aspectos, de uma cultura escravocrata, construída a partir de um modelo colonizador, que tornaram vulneráveis as mulheres. Vieira (2009) destaca que atualmente o fenômeno violência está também relacionado com os conflitos sociais, apontando profundas desigualdades entre os sexos e as condições desfavoráveis em que se encontram as mulheres em determinadas localidades, sendo os efeitos desse gravo sentido, principalmente, em grupos sociais mais vulneráveis pertencentes a estratos sociais menos favorecidos.

Apesar dessa magnitude do problema, observamos nesse contexto as dificuldades que as mulheres vivenciam no processo de romper as barreiras da denúncia em uma situação de violência, desde o medo de retaliações por parte do agressor até problemas de acessibilidade do serviço, que podem ser modificados e alterar as estatísticas.

Mesmo constituindo um enorme desafio em nosso país, aconteceram grandes avanços, importantes na luta contra esse problema. Nos últimos 20 anos, foram criados serviços voltados para a violência de gênero, tendo em vista, principalmente, a violência física e sexual praticada por parceiros e ex-parceiros sexuais da mulher. Assim como os serviços de atenção à violência sexual para a prevenção e profilaxia de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e de gravidez indesejada e para a realização de aborto legal, quando for o caso, criados nesta última década (VIEIRA, 2009).

Em termos quantitativos, a violência contra a mulher é um problema relevante no Brasil, pois afeta um número significativo de indivíduos, realidade que no estado de Alagoas é maximizado, pois ocupa a 2ª posição no ranking nacional, com taxa de 8,3 homicídios femininos, por cem mil mulheres (WASELFSZ, 2011).

O problema ainda é mais grave em Arapiraca que é o quinto colocado no ranking dos cem municípios mais violentos do país (população feminina 112.122 e uma taxa de homicídio feminino de 21,4 a cada 100 mil mulheres) ficando na frente inclusive da capital que ocupa o trigésimo quinto nesse ranking (população feminina 496.256 e uma taxa de homicídio feminino de 11,9 a cada 100 mil mulheres) sendo dessa forma o município onde se mata mais mulheres do estado de Alagoas (WASELFSZ, 2011).

Metodologia

A pesquisa é de natureza quantitativa, tratando-se de um estudo descritivo e retrospectivo. Que busca identificar, através das coletas de dados ocorridas entre os dias 18 e 20 do mês de maio de 2014, no Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN Net) - DATASUS, as características dos casos de violência contra a mulher no município de Arapiraca no ano de 2012.

Resultados

No ano de 2012 o estado de Alagoas registrou 2645 notificações de violência doméstica no SINAN, somente no município de Arapiraca 807 delas (30%), sendo desses, 389 casos (48%) eram mulheres arapiraquenses. A taxa de incidência nesse ano equivaleu a 5,0 casos a cada 1000 habitantes, esse índice pode ser considerado “normal” em relação a média dos últimos três anos que é de 5,4 casos a cada 1000 habitantes.

Observando o ciclo de vida notou-se que as meninas menores de 10 anos tiveram o menor índice de notificação (19 casos – 2,3%), enquanto as mulheres na fase adulta, 20 a 59 anos, obtiveram os maiores resultados (455 casos - 56,3%) explicitado no gráfico 01.

Quanto ao tipo de agressão o envenenamento e a força corporal/espancamento foram os tipos de agressões mais frequentes 356 casos (59%) e 113 casos (19%), respectivamente (gráfico 02).

Ao observar o local de ocorrência foi obtido os seguintes dados: 348 casos (60%) na residência, 14 (2%) na via pública, 10 (1%) em outros lugares e 206 fichas de notificação (35,4%) ignoraram essa informação. Essa informação deixa a entender que os profissionais, por algum motivo, não preenche esses dados, desconhecendo assim a importância dos mesmos subsidiar planejamentos futuros.

Analisando o tipo de violência, através do gráfico 03, foi o campo outras violências que obteve o maior resultado (349 casos – 60%). É observável nesse quesito o despreparo/desinteresse do profissional em classificar os tipos de violência, visto que a ficha de notificação compulsória possui diversas opções de tipos de violência, mas que por algum motivo não é especificado pelo profissional.

A compreensão desses dados pressupõe que deva o enfermeiro se atentar para tais, a fim de promover a saúde dessas mulheres. A assistência de enfermagem às vítimas deve ser planejada de modo a garantir a segurança, o acolhimento, o respeito e a satisfação das usuárias em suas necessidades individuais e coletivas. Ponderar sobre o seu planejamento, baseado nos instrumentos básicos da enfermagem, das políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a proteção das vítimas e prevenção de agravos futuros (AGUIAR, 2013).

Contudo, para que esse cuidado desejado ocorra, Para cuidar, é necessário o é imprescindível existir um processo interativo entre o enfermeiro e a pessoa que está será cuidada. Para que esta relação seja possível é necessário intencionalidade,

disponibilidade, receptividade, confiança e aceitação promovendo o crescimento das partes envolvidas nesse processo: profissional e paciente. Ademais, para promover cuidado é fundamental conhecimento técnico-científico, habilidades e competências próprias da profissão que favoreçam a percepção do ser humano nos aspectos biopsicossociais e espirituais (AGUIAR, 2013).

Desta feita, são fundamentais alguns passos que podem integrar as ações de cuidado de enfermagem e dos demais profissionais de saúde, quais sejam o acolhimento e a possibilidade de apoio por parte da equipe; auxiliar a vítima no estabelecimento de um vínculo de confiança, individual e institucional, com fins de poder avaliar o histórico da violência e as possibilidades de mobilizar recursos sociais e familiares; dialogar com a mulher sobre as opções de lidar com o problema, garantindo-lhe o direito de fazer escolhas e fortalecer sua autoestima; fornecer apoio à vítima que deseja fazer registro policial do fato ocorrido; encaminhar a outros órgãos competentes quando necessário; incentivar a construção de vínculo com as redes de assistência, acompanhamento, proteção e redes de apoio; prover encaminhamento para atendimento clínico nos casos de lesões graves com necessidade de reabilitação que não puderem ser atendidos na unidade; sugerir à vítima atendimento para o casal ou família, caso a mesma opte por dar continuidade à relação; propor acompanhamento psicológico; e fazer visitas domiciliares constantemente para cuidar e acompanhar a família (AGUIAR, 2013).

Conclusão

Consoante Quadros *et al.* (2013), “a notificação dos casos é de grande importância, pois é por meio da notificação que a violência ganha visibilidade, permitindo assim o real dimensionamento epidemiológico do problema e a criação/implementação de políticas públicas voltadas à sua prevenção e enfrentamento dos casos”.

Portanto, para o primeiro passo de combate ao problema violência contra a mulher é necessário o conhecimento adequado do perfil do mesmo, sendo assim é de crucial importância a alimentação dos sistemas de dados com informações que são coletados em loco e de maneira adequada. O profissional que atua na ponta como intercâmbio de dados deve saber a importância das informações prestadas pela mulher e saber destina-lo para que sejam uteis em momentos posteriores.

Os profissionais encontram condições para iniciar ações de promoção de saúde a partir do momento em que passam a conhecer a situação de vida das mulheres que vivenciam situação de violência. Para tanto, porém, é amplamente necessário um trabalho de parceria com diversos setores da sociedade, uma vez que a solução não pode ser buscada somente na família ou nas equipes de saúde (Oliveira e Fonseca, 2009 *apud* Quadros *et al.*, 2013).

A enfermagem tem a responsabilidade de erguer e manter elos de confiança, permitindo assim a reconstrução de conceitos sobre a violência, com fins de reduzir os índices deste agravo e mudar a realidade social. Assim, para efetivar o cuidado de enfermagem direcionado às necessidades individuais e coletivas, é necessário um planejamento para que seja efetivada uma assistência humanizada e segura (AGUIAR, 2013).

As implicações dessa temática para atenção primária em saúde e para enfermagem podem ser compreendidas por diversas vertentes sendo elas a importância da educação permanente dos profissionais de saúde, a construção de uma rede efetiva de apoio à mulher vítima de violência doméstica e estratégias de educação em saúde com temas ampliados que convergem com as necessidades da comunidade (Quadros *et al.*, 2013).

Sendo assim, os dados poderão servir de base para adequação dos serviços de apoio a esses sujeitos, diminuindo assim os desfechos trágicos que aumentam as estatísticas. Os sistemas de informação devem constituir, portanto, grande aliado da enfermagem, dentro dos quais estes profissionais devem buscar base para promover seu cuidado.

Referências

AGUIAR, RS. O cuidado de enfermagem à mulher vítima de violência doméstica. R. Enferm. Cent. O. Min. v. 3, n. 2mai/ago; 2013.

PINAFI, T. Violência contra a mulher: políticas públicas e medidas protetivas na contemporaneidade. Revista Histórica. [on line]. Edição 21. São Paulo. abril/maio de 2007. Disponível em: <http://www.historica.arquivoestado.sp.gov.br/materias/anteriores/edicao21/materia03/> ISSN: 1808-6284

QUADROS, MEF; OLIVEIRA, MM; FERREIRA, RZ; ALVES, PF. Violência doméstica: caracterização e atitude da equipe de saúde da família frente à problemática. Revista de Enfermagem da UFSM, v. 3, n. 1, 2013.

VIEIRA, LJES; PARENTE, EO; NASCIMENTO, RO. Enfrentamento da violência doméstica por um grupo de mulheres após a denúncia. Estudos Feministas, Florianópolis, 17(2): 344, maio-agosto/2009

WASELFISZ, JJ. Mapa da Violência 2012. Os novos padrões da violência homicida no Brasil. São Paulo, Instituto Sangari, 2011.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que colaboraram na elaboração deste trabalho.

A CONTRIBUIÇÃO DA MULHER COMO DOADORA DE SANGUE: A BUSCA PELA FIDELIZAÇÃO

João Evangelista da Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) hevan33@oi.com.br
Ana Michele Farias de Cabral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Nayanne Ricelli da Costa Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Rayanne Suelly da Costa Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Deyla Moura Ramos Isoldi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Francisco Arnaldo Nunes de Miranda - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Palavras-chave: Serviço de hemoterapia. Doadores de sangue. Promoção da saúde. Mulheres. Enfermagem.

Resumo

As dificuldades para a obtenção de doadores regulares de sangue têm preocupado os profissionais da saúde e parte da sociedade. Atualmente no Brasil apenas 1,8% da população consiste em doador voluntário de sangue, enquanto que a Organização Mundial de Saúde aponta para um percentual de 3 a 5% dos habitantes de uma cidade para manter os estoques nos serviços de hemoterapia. Objetivo: fazer levantamento da quantidade de doadores de sangue do sexo feminino em um serviço de hemoterapia, tomando como princípio as distinções de gênero. Método: Estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com o banco de dados eletrônicos de doadores de sangue em uma unidade hemoterápica, no período de outubro de 2013 a março de 2014. Resultados e Discussão: Foram realizadas 4.172 doações de sangue, destas 3.097 (74,16%) foram de doadores masculinos e 1.075 (25,76%) de doadores femininos. Observou-se que houve uma maior predominância de doadores do sexo masculino. A busca do seguimento feminino da população, com intuito de fazê-los doadores regulares, na tentativa de fidelizá-los, constitui uma luta dos serviços de hemoterapia para que não falte sangue nos serviços. Conclusão: Os resultados deste estudo permitiram identificar que ainda não houve avanços significativos na tentativa de aumentar os doadores de sangue do sexo feminino, seguimento da sociedade importante que pode diminuir a lacuna existente entre o número de doações e de solicitações de hemocomponentes para transfusão, tendo em vista um crescente aumento no consumo de sangue para transfusão devido ao aumento da violência, acidentes e doenças que assim o exijam.

Introdução

As dificuldades no panorama mundial para a obtenção de doadores regulares de sangue têm preocupado os profissionais da área da saúde e parte da sociedade. Contribuindo para isso, o quadro negativo, o fato de que as principais formas de doação de sangue às instituições hematológicas serem do tipo reposicional, em detrimento àquela voluntária e regular, e baixa participação de indivíduos da população enquanto potenciais doadores de sangue. A obtenção regular e de boa qualidade de sangue apresenta-se totalmente distante da situação ideal, aquela doação espontânea e regular, ambos os sexos, todas as classes sociais, todos os níveis educacionais e com boa saúde (CUNHA, 2008; FIDLARCZYK, 2008).

Atualmente no Brasil apenas 1,8% da população consiste em doadora voluntária de sangue. A Organização Mundial de Saúde (OMS) aponta para um percentual de 3 a 5% dos habitantes de uma cidade, mantendo assim os estoques nos serviços de hemoterapia (FIDLARCZYK, 2008).

A Portaria 2.712 de 12 de novembro de 2013 do Ministério da Saúde (MS) caracteriza a doação de sangue como o processo pelo qual um doador voluntário tem seu sangue coletado e armazenado, em uma unidade hemoterápica, para usar em pacientes que necessitam de transfusões. Pode doar sangue qualquer pessoa, de ambos os sexos com idade a partir dos 16 anos (com o consentimento formal do responsável legal) até os 67 anos, 11 meses e 29 dias. O homem pode doar a cada 60 dias, e doar quatro vezes ao ano; a mulher a cada 90 dias, podendo fazer apenas três doações anuais. Ambos devem ter peso superior a 50 quilos (BRASIL, 2013).

Estudos demonstram que as mulheres apresentam ser menos sensíveis à doação de sangue, o que de alguma forma contraria a construção sociocultural do universo feminino, em que qualidades como altruísmo, solidariedade e compromisso social prevalecem neste seguimento da sociedade. Existem campanhas sendo feitas com intuito de esclarecer e sensibilizar as mulheres para a doação de sangue, haja vista que são poucas as situações, que diferem do homem, em que elas não podem doar, como gravidez e/ou no período de lactação. Vale salientar que as doações de sangue feitas por mulheres apresentam um potencial para ampliação do estoque de sangue nas unidades hemoterápicas (MOURA, 2009).

No Rio Grande do Norte esse problema equivale às outras regiões do país, pois se constata a falta de sangue diariamente, quando da solicitação de hemocomponentes, principalmente daqueles com baixa incidência populacional, como os de fator “Rh” negativo e hemocomponentes como os concentrados de plaquetas randômicas ou por aférese (BRASIL, 2011).

Existe um desconhecimento e distanciamento por parte da população com relação ao processo de doação de sangue, bem como a utilização dos hemocomponentes para transfusão, que é de reestabelecer um quadro clínico ou mesmo salvar vidas. Isto fica mais evidente quando alguns indivíduos desconhecem até mesmo seu tipo sanguíneo (classificação ABO e Rh), só passando a conhecer, muitas vezes, após uma doação de sangue, pois existem muitos tabus e medos entre pessoas com perfil para se tornar um doador, que são necessários ser esclarecidos e desmistificados. Nos doadores do sexo feminino o período menstrual compõe um deles, pois esta fase não contraindica a doação, em alguns casos, a mulher pode apresentar o microhematócrito inferior ao valor mínimo para doação (38%), assim sendo, a mesma fica inapta provisoriamente, faz as orientações necessárias e após 45 dias pode voltar a fazer doação de sangue normalmente (GIACOMINI, 2010; BRASIL, 2013).

Para tanto, o presente estudo, teve como questionamento: O volume das doações de sangue de indivíduos do sexo feminino, na cidade de Nata/RN, também apresenta volume menor do que no sexo masculino, como se mostram em estudos realizados em outras regiões do Brasil? O objetivo, portanto, foi fazer levantamento da quantidade de doadores de sangue do sexo feminino em um serviço de hemoterapia segundo o gênero.

Metodologia

Este trabalho consiste de um estudo retrospectivo, com abordagem quantitativa, realizado com o banco de dados eletrônicos de doadores de sangue em uma unidade hemoterápica – HEMOVIDA, da cidade do Natal/RN, Brasil. A coleta dos dados foi realizada no período de outubro de 2013 a março de 2014. Após avaliação minuciosa do material coletado, procedemos à organização dos resultados, voltados a responder à questão norteadora desta pesquisa.

Resultados e Discussão

No período pesquisado foram realizadas 4.172 doações de sangue, destas 3.097 (74,16%) foram de doadores do sexo masculino e 1.075 (25,76%) de doadores do sexo feminino. Observou-se que houve uma maior predominância de doadores do sexo masculino. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), ano de 2006, realizou a pesquisa “Perfil do Doador de Sangue Brasileiro” em conjunto com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), que mostrou números bem próximos ao desta pesquisa, quando comparados doadores masculino e feminino. Em 2010 a pesquisa intitulada “Prevalência de doação de sangue e fatores associados, Pelotas, RS”, também demonstra que indivíduos do sexo masculino eram mais sensíveis à doação de sangue do que as mulheres (BRASIL, 2006; ZAGO, 2010).

A busca do seguimento feminino da população, com intuito de fazê-lo doador regular de sangue, na tentativa de fidelizá-lo, integra uma luta dos serviços de hemoterapia com finalidade de não faltar sangue nos estoques e para transfusão, bem como para diminuir os doadores de última hora, os quais, não são ideais por não poder acompanhar o estado de saúde destes. Com a prática da doação regular e fidelizada as doadoras tendem a aumentar a promoção da Saúde e integridade do cuidado, pois pessoas que doam sangue tendem a ter um cuidado maior com sua saúde, além de realizar regularmente exames sorológicos para algumas doenças infecciosas e transmissíveis pelo sangue como Hepatites, AIDS, Sífilis, entre outras (GIACOMINI, 2010).

Conclusão

Os resultados deste estudo, comparando com outros realizados em épocas diferentes, permitiram identificar que ainda não houve avanços significativos na tentativa de aumentar os doadores de sangue do sexo feminino, seguimento da sociedade importante que pode diminuir a lacuna que existe entre o número de doações e de solicitações de hemocomponentes para transfusão. Neste sentido, são necessários outros estudos na tentativa de descobrir estratégias, desmistificar tabus, medos e preconceitos para, pelo menos, diminuir este problema que, a cada dia fica maior, pois com o aumento da violência, de acidentes e como também para pacientes com câncer em tratamento, que necessitam constantemente de transfusões, entre outras necessidades. É necessário que haja doações regularmente o ano todo, para manter os serviços de hemoterapia abastecidos e que pacientes e familiares não venham a passar por momentos angustiantes na falta do hemocomponente ou à procura de doadores de sangue. Na falta do sangue os procedimentos são adiados, tratamentos prejudicados e o paciente pode ficar na iminência da morte.

Referência

- BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 2.712, de 12 de novembro de 2013. Aprova o Regulamento Técnico de Procedimentos Hemoterápicos. [online]. 2013 [acesso em: 15 jul. 2014]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2712_12_11_2013.html
- _____. Anvisa. Pesquisa sobre perfil de doadores e não doadores de sangue no Brasil. Brasília; 2006 [acesso em 01 jul. 2014]. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/divulga/noticias/2006/110106_1.htm
- CUNHA, Balduino Guedes Fernandes da; DIAS, Mardonio Rique. Comunicações persuasivas e doação regular de sangue: um estudo experimental. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.6, pp. 1407-1418. ISSN 0102-311X. Acesso em: 20 jul 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n6/21.pdf>
- FIDLARCZYK, Delaine; FERREIRA, Sonia Saragosa. Enfermagem em hemoterapia. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.
- GIACOMINI, Luana and LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Estratégias para fidelização de doadores de sangue voluntários e habituais. *Acta paul. enferm.* [online]. 2010, vol.23, n.1, pp. 65-72. ISSN 0103-2100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010321002010000100011
- Moura AS, Moreira CT, Machado CA, Neto JAV, Machado MFAS. Doador de sangue habitual e fidelizado: fatores motivacionais de adesão ao programa. *Rev Bras Promoc saude* [online]. 2006 [acesso em 24 set. 2010]; 19(2): 61-7. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40819202>
- ZAGO, Alethea; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; DUMITH, Samuel C. Prevalência de doação de sangue e fatores associados, Pelotas, RS. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2010, vol.44, n.1, pp. 112-120. ISSN 0034-8910. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v44n1/12.pdf>

A CONTRIBUIÇÃO DO PET-SAÚDE REDES NA CONSTRUÇÃO DO PLANO DE ATIVIDADES PRÁTICAS DO CAPS AD DA CIDADE DE MOSSORÓ-RN.

Deivson Wendell da Costa Lima (Apresentador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – deivsonwendell2@hotmail.com

Gorki Pires de Andrade - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Juliana Suely de Almeida e Assis – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Luana Priscila Gomes dos Santos - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Alexcia Suyanne Firmino Moraes (Orientadora) – Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

Palavras-chave: Saúde Mental. Atenção Psicossocial. Projeto Terapêutico Singular.

Resumo

Introdução: O Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas (CAPS ad) é um serviço voltado para o atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas. Pensando na situação do CAPS ad da cidade de Mossoró-RN, de principalmente desmotivação da equipe e dificuldade na organização das atividades realizadas pelos profissionais, o grupo do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial (PET-Redes), da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, em parceria com a nova gestão do CAPS ad e com os profissionais locados, propõem a reelaboração do plano de atividades práticas do serviço. **Metodologia:** Tratou-se de um relato de experiência desenvolvido pelos acadêmicos de medicina que participam do PET-Redes, sobre a elaboração de um novo plano de atividades práticas, construído junto aos profissionais do CAPS ad de Mossoró-RN, adequado aos perfis dos usuários em tratamento, para promover o melhor atendimento aos usuários. **Resultados e discussão:** Os profissionais desenvolveram um Plano Terapêutico Singular para cada usuário propondo um técnico de referência para acompanhar com mais afinco cada sujeito. Definiu-se para cada usuário um cronograma constando suas atividades individuais e grupais, mediante suas necessidades, sujeito a alterações ao longo do tempo. Buscou-se organizar de maneira sistemática a realização das atividades, visando uma assistência aos usuários na sua integralidade e subjetividade. **Conclusão:** A nova proposta alcançou a maior interação entre a equipe, com formação de vínculos entre os sujeitos envolvidos e uma melhor qualidade do serviço, através de um cuidado voltado para as necessidades de cada usuário.

Introdução

Os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, segundo a Portaria Nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, são dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial que atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso do crack, álcool e outras drogas no CAPS ad, conforme a organização de rede de saúde local no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Os CAPS surgiram com um valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, devendo funcionar com uma estrutura diferenciada, acolhendo as pessoas em sofrimento e prestando um acompanhamento clínico e psicossocial diário, evitando as internações em hospitais psiquiátricos. Ou seja, é um instrumento que, articulado à rede psicossocial, propõe substituir o modelo “hospitalocêntrico”.

Neste íterim, o CAPS ad dispõe de um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pessoas com transtornos por uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes. De acordo com a Portaria Nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002, o CAPS ad deve prestar as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias; atendimento de desintoxicação.

Desta forma, pensando na necessidade do CAPS ad da cidade de Mossoró-RN, o qual se encontrava a cerca de 1 ano em uma situação de desmotivação da equipe, dispondo apenas de atendimentos individuais de alguns profissionais e distribuição de refeições, o grupo PET-saúde Rede de Atenção Psicossocial, em parceria com a nova gestão do CAPS ad e com os profissionais locados, propõem um plano de atividades práticas, adequado aos perfis dos usuários em tratamento, com objetivo de sistematizar a realização das atividades desenvolvidas pelos profissionais, visando uma assistência na sua integralidade e subjetividade.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido pelos acadêmicos de medicina que participam do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial, da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN, sobre a elaboração de um novo plano de atividades práticas, construído junto aos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas – CAPS ad – da cidade de Mossoró-RN.

O grupo PET-saúde Redes desenvolve atividades semanais teóricas (baseadas em aprofundamento no referencial teórico da área) e práticas (com intervenções nos campos de atuação em saúde mental), desta forma, pode contribuir nos serviços com novas propostas que venham melhorar a qualidade do atendimento.

Depois de um período de um ano com o grupo PET-saúde Redes acompanhando a realidade e realizando ações pontuais, decidiu-se contribuir com a construção do novo plano de atividades da instituição. Foram 6 (seis) reuniões distribuídas em 3 (três) semanas, em que se discutiu as principais necessidades dos usuários e elencou-se pontos a serem mudados e/ou acrescidos no cronograma de atividades. Cada profissional ficou incumbido de traçar sua proposta terapêutica de trabalho, bem como discorrer sobre os grupos temáticos os quais disporia conduzir.

Posteriormente, os usuários passaram por uma série de avaliações com cada um dos profissionais, os quais ajudaram a esboçar um Plano Terapêutico Singular (PTS), que obrigatoriamente necessitou da percepção de cada profissional, a fim de agregarem contribuições peculiares à sua área de conhecimento, bem como detectar demandas dos usuários que, se investigadas somente por um profissional, poderiam passar despercebidas.

Nesse momento de divisão de responsabilidades entre os profissionais, foi eleito um técnico de referência para cada sujeito, ou seja, um profissional que acompanhará com mais afinco a vida do usuário, se responsabilizando por coordenar o PTS com suas metas e prazos, por meio do acompanhamento, articulação, negociação pactuada e reavaliação do processo com a pessoa, seus familiares, com a

equipe de Saúde e outras instâncias que sejam necessárias, atentando para os momentos de crise, acionando outros trabalhadores quando necessário e, desse modo, garantindo encaminhamentos e busca apoio (BRASIL, 2013).

Essa é uma função extremamente importante para a eficácia da implementação do PTS, sobretudo em situações de extrema complexidade as quais envolvam crises de abstinência, recaídas, desentendimento com familiares, dificuldades financeiras, entre outras. É necessário, para isso, que o profissional incumbido de ser o técnico de referência tenha boa relação de vínculo tanto com o usuário quando com sua família, agindo como facilitador de negociações e consensos entre as partes.

Para a aplicação de tais conceitos no CAPS ad em questão, a escala de quarenta horas semanais foi preenchida com atendimentos individuais e grupais, com os seguintes profissionais: enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, médico, psicólogo, educador físico e terapeuta ocupacional. Além disso, foram instituídas reuniões semanais para planejamento com a equipe de profissionais; reuniões integrativas com os familiares dos pacientes e um turno (vespertino) destinado a atender adolescentes, de acordo com a demanda do município.

Definiu-se também, para cada usuário, um cronograma pessoal contendo o plano terapêutico singular com atividades propostas por cada um dos profissionais que contribuirão com consultas individuais, momentos de escuta, diálogos, entre outros momentos em que se ressalte o tratamento individual. Do mesmo modo, de acordo com suas necessidades, encaixou-se o usuário em grupos desenvolvidos pelos profissionais, em horários semanais preestabelecidos, como: grupos de oração, confecção de artesanato, atividades físicas e alfabetização. Para o usuário que se recusa a participar das atividades grupais e consultas, o plano de atividades oferece um de seus profissionais disponíveis, o qual fica responsável pelo acompanhamento e observação do usuário em questão.

É importante ressaltar que, embora haja uma avaliação inicial para alocação terapêutica do usuário em atividades individuais e grupais, essa prática avaliativa torna-se contínua à medida que o sujeito necessite ser reavaliado mediante sua dinâmica psicossocial individual. Por isso a existência das reuniões semanais da equipe de profissionais para a discussão/reavaliação dos PTS dos usuários, a fim de traçar projeções de curto, médio e longo prazo.

Resultados e Discussão

Embora a aplicação do Plano de Atividades do CAPS ad – Mossoró ainda esteja em processo de adaptação e análises, alguns resultados positivos já são nítidos, como a questão de o profissional olhar individual e subjetivamente cada usuário. Antes do plano de atividades, os usuários estavam sem direção no tratamento, não havia metas, estratégias terapêuticas ou avaliações que indicassem um prognóstico favorável. Atualmente, os usuários estão em processo de reavaliação das necessidades, em que todos os profissionais em conjunto estão trabalhando na terapêutica individual de cada sujeito.

Visando melhores resultados no que diz respeito às intervenções do CAPS ad Mossoró - RN, e pautado nas discussões propostas pelo Ministério da Saúde, buscou-se implementar a forma de tratamento baseado no Projeto Terapêutico Singular (PTS), o qual pode ser definido como uma estratégia de cuidado que articula um conjunto de ações resultantes da discussão e da construção coletiva de uma equipe multidisciplinar levando em conta necessidades, expectativas, crenças e contexto social do público alvo, tornando-o assim corresponsável pelo seu tratamento (BRASIL, 2010).

Mais um ponto a ser reconhecido é o acolhimento. Agora, o usuário que procura o Centro, ou é encaminhado a ele, não é impedido na recepção: ele será acolhido pelo profissional integrante da equipe designado ao acolhimento naquele dia da semana, o qual explicará o funcionamento da Unidade e orientará sobre quais procedimentos são necessários para a sua inserção no serviço, já que todos os profissionais da equipe têm atribuições suficientes de acolhida de usuários recém-chegados.

Tais intervenções, baseadas em um acolhimento efetivo, contribuem para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS), configurando-se como instrumento da universalidade e equidade, que favorece o acesso aos serviços de saúde e reorganiza os processos de trabalho (BRASIL, 2009). O acolhimento também intervém na qualificação da escuta e na construção de vínculos entre usuários e profissionais, favorecendo harmonia e equilíbrio na instituição. Neste aspecto, tanto um acolhimento efetivo, quanto uma melhor relação de vínculo entre os profissionais e os usuários corroboram com a proposta do PTS, pois ambos, usuário e profissional, são corresponsabilizados pelo tratamento e, por isso, interagem mais na busca de um bem comum: uma saúde mental de qualidade.

Do mesmo modo, observa-se que estabelecimento de reuniões em equipe estimulou a integração entre os profissionais e despertou o interesse na discussão, sob vários olhares, de casos que demandavam mais atenção, gerando aprendizado mútuo e respeito sobre opiniões distintas. Isso porque, é sabido que as reuniões de equipe possibilitam a discussão de casos, o planejamento e avaliação de ações, a troca de conhecimentos, a abordagem interdisciplinar, constituindo-se em mais um recurso fundamental do cuidado em saúde mental (BRASIL, 2013). Assim, através desse exercício, cada qual é capaz de compreender seu o papel dentro da equipe e contribuir com estratégias para a terapêutica de cada sujeito analisado.

A inserção do cronograma da instituição também auxilia na inserção social dos usuários através de ações intersetoriais que envolvem educação, saúde, cultura, assistência social e lazer. Uma das estratégias que englobam estas ações se dá no desenvolvimento de semanas temáticas para dinamizar a rotina durante datas comemorativas, como, por exemplo, a Semana dos Pais, a qual aconteceu na semana posterior ao dia dos pais. Esta contou com diversas atividades, desde oficinas coordenadas por convidados – como odontólogos que organizaram rodas de conversa relacionadas ao cuidado bucal, incluindo distribuição de materiais de higiene – até concurso de forró e cantoria. Os relatos dos usuários do CAPS ad Mossoró-RN, os quais em sua maioria são homens, retratam gratidão pelos momentos proporcionados durante a semana, pois muitos não puderam estar com a família, filhos ou pais, por diversos motivos, relatando que agora a “minha família são vocês e o CAPS”.

No entanto, muito mais resultados são almejados pela equipe, como qualificação de todos os profissionais para melhor efetuarem o acolhimento a esta clientela tão peculiar; saber intervir nas mais diversas situações corriqueiras, bem como nas situações mais exacerbadas de crise, como pressupõe o Ministério da Saúde ao orientar a potencializar e qualificação de todos os pontos da Rede de Atenção Psicossocial para se desenvolverem intervenções nas situações de urgência/emergência e no cuidado longitudinal (BRASIL, 2013).

Além das melhorias citadas acima, espera-se também que essas mudanças favoreçam na organização do serviço no que diz respeito ao desenvolvimento de um trabalho em saúde cada vez mais multiprofissional, enfatizando o que de melhor cada profissional tem a oferecer em prol da saúde mental, tanto dos usuários do CAPS ad, quanto dos profissionais que o compõem.

Todas essas intervenções corroboram para uma prática sólida em saúde mental, enfatizando conceitos preconizados pelo SUS, como assistência integral à saúde a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2013), visando uma mudança paradigmática de um sistema de cuidado fragmentado para um serviço baseado, sobretudo, na atuação multiprofissional e holística em torno do usuário com sofrimento psíquico e de suas demandas individuais.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A aplicação de um Plano de Atividades Práticas para o CAPS ad – Mossoró (RN) baseado em conceitos da Clínica Ampliada, a qual leva em consideração o contexto e a necessidade das pessoas que buscam cuidado, enriquece as relações interpessoais entre cuidador e usuário, visto que todos os conceitos envolvidos nesse projeto – PTS, técnico de referência, multidisciplinaridade, participação social – constroem-se a partir do estreitamento de vínculos entre todos os envolvidos, quer sejam usuários, familiares, profissionais da saúde ou de outras instâncias. A corresponsabilização proposta pelo PTS incitou nos participantes dessa construção, sejam os integrantes do PET-Redes, sejam os profissionais e gestão do serviço, uma busca incessante pelo saber, tanto alicerçada no conhecimento científico, quanto àquele vindo do senso comum, trazida com todas as outras particularidades do usuário, com as quais inicialmente não se tem tanta destreza, pelo fato de ser um produto social.

Nessa perspectiva, o vínculo torna-se produto e produtor do cuidado ao usuário em sofrimento psíquico, visto que se faz necessário para uma terapêutica efetiva, bem como para o bem-estar geral da equipe. É por meio do estreitamento do vínculo (usuário-profissional) que o usuário se sente à vontade o suficientemente para demonstrar, tanto nas consultas individuais quanto nos grupos e oficinas, seus anseios e medos, sendo assim mais facilmente detectável pelo profissional situações de risco que envolvam recaídas ou outros problemas emergentes. Por outro lado, o vínculo entre os profissionais permite uma discussão mais fluida acerca da terapêutica dos usuários, promovendo assim um maior sentimento de dedicação e corresponsabilidade pelo trabalho desenvolvido, visto que os resultados positivos são mais nítidos e, desse modo, mais motivadores da equipe.

A proposta da (re)construção do plano de atividades do CAPS ad da cidade de Mossoró-RN ainda está em andamento na busca constante da manutenção da participação de todos os profissionais. Busca-se que essa parceria não se restrinja ao PET-Redes; este também um desafio para o grupo: estimular a participação de outras instituições, como Unidades Básicas de Saúde, escolas/universidades, igrejas, grupos culturais ou filantrópicos e etc., na efetivação de atividades desenvolvidas no CAPS ad, desempenhando assim, ações de intersetorialidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM 3088, de 23 de dezembro de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Ministério da Justiça. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Sistema para detecção do uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas: encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento (SUPERA). Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde mental / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília; 2009.

Agradecimentos

Os nossos agradecimentos são a todos os que compõem a equipe do PET-Saúde Redes de Atenção Psicossocial pelo grande empenho na construção do conhecimento em atenção à saúde mental e aos usuários de álcool e outras drogas, além da força de vontade em organizar a rede de atenção psicossocial do município de Mossoró-RN. Devemos gratidão também à equipe de profissionais e aos próprios usuários do Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas deste mesmo município pelo apoio e receptividade ao PET-Redes, se mostrando sempre abertos a nossa contribuição e favorecendo também o enriquecimento das nossas discussões.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO INSTRUMENTO DE INTERVENÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ADOLESCENTES FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR.

Eveline Rufino Brasil – UNIFOR; eveline_brasil@hotmail.com

Daniella Barbosa Campos – UNIFOR

Amanda Dias Xerez - UNIFOR

Nilza Carla Barros Cordeiro de Abreu - UNIFOR

Aline Barbosa Texeira–FAMETRO

Isabella Lima Barbosa (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: Educação em Saúde. Adolescentes. Planejamento Familiar.

Resumo

A adolescência é um processo entre a infância e a idade adulta, onde o desenvolvimento da sexualidade exige fundamental importância para o crescimento do indivíduo repercutindo em sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social. Os adolescentes apresentam comportamentos de risco em várias áreas, seja na área nutricional, ao crescimento e desenvolvimento, à violência, saúde mental, álcool e drogas, e principalmente sexualidade. A vulnerabilidade na adolescência é decorrente das características da própria idade, a pouca habilidade para a tomada de decisão, das dificuldades, de suas in experiências ao lidar com seus sentimentos e com sentimentos dos outros. Torna-se relevante que os profissionais de saúde, os educadores e pedagogos utilizem estratégias educativas com o objetivo maior de fornecer conhecimentos acerca da perspectiva dos direitos reprodutivos, informando sobre a importância da consulta de planejamento familiar e dos diferentes métodos contraceptivos. Objetivo: relatar uma experiência a partir de uma educação em saúde com adolescentes acerca de Planejamento Familiar. Metodologia: consta de um relato de experiência, no qual descreve uma educação em saúde preparada especialmente para atingir adolescentes, com enfoque no planejamento familiar. A oficina foi realizada no período de março a abril em uma Escola Estadual De Ensino Fundamental e Médio, pertencente a Secretaria Regional VI, localizada no bairro Cidade dos Funcionários, no município de Fortaleza-CE. A amostra foi composta por 80 alunos que cursavam do 9º ao 3º ano no turno da tarde com faixa etária correspondida entre 14 a 19 anos.

Introdução

A adolescência é um processo entre a infância e a idade adulta, onde o desenvolvimento da sexualidade exige fundamental importância para o crescimento do indivíduo repercutindo em sua auto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social (SILVA, TONETE, 2006).

É um momento de muitas transformações sociais, emocionais, corporais e cognitivas mostrando o desenvolvimento humano nos quais vários jovens iniciam a vida sexual. Segundo a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a faixa etária de 10 a 19 anos é a adolescência, um processo biológico a qual ocorre uma expansão acelerada do desenvolvimento cognitivo e da personalidade. Esse grupo representa 21,7% da população brasileira, sendo 11,1% entre 10 a 14 anos e 10,6% entre 15 e 19 anos (OLIVEIRA, et al, 2007).

Os adolescentes apresentam comportamentos de risco em várias áreas, seja na área nutricional, ao crescimento e desenvolvimento, à violência, saúde mental, álcool e drogas, e principalmente sexualidade. A soma desses padrões de comportamentos expõe os adolescentes a várias doenças, sejam físicas, psíquicas, ou biológicas, principalmente as DSTs (FEIJÓ, OLIVEIRA, 2001).

A vulnerabilidade na adolescência é decorrente das características da própria idade, a pouca habilidade para a tomada de decisão, das dificuldades, de suas in experiências ao lidar com seus sentimentos e com sentimentos dos outros, também na responsabilidade nem sempre existente em relacionamentos afetivos e sexuais. Esses aspectos levam a condições de vulnerabilidade às DST e à AIDS (OLIVEIRA, et al, 2009)

As Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS entre adolescentes tem crescido o número de diagnósticos nos últimos anos, o que é mostrado no Boletim Epidemiológico de AIDS publicado pelo Ministério da Saúde, houve registro de 362.364 casos de AIDS no Brasil, 4.331 na faixa etária dos 13 aos 19 anos (OLIVEIRA, et al, 2009).

A liberação dos costumes e a erotização da mídia estimulam a iniciação sexual precocemente, isso aumenta as chances dos jovens contraírem DST/AIDS, eles apresentam menor informação e um preparo mais frágil. Dados estatísticos mostram que, os jovens da faixa etária de 10 a 24 anos de idade são um terço das 30 milhões de pessoas que vivem com HIV/AIDS (OLIVEIRA, 2009).

Para muitos a saúde representa somente como uma intervenção de uma respectiva doença, havendo a necessidade de incluir ações que proporcionem a conservação ou recuperação do estado de saúde, no qual está relacionado a vários conjuntos, sendo esses psicológicos, socioeconômicos e espirituais (PEDROSA, 2012).

O conhecimento acerca dos métodos contraceptivos pode intervir para que os indivíduos possam escolher qual torna-se mais adequado ao seu comportamento sexual e às suas condições de saúde e assim usa-lo de forma correta. A liberdade de escolha é de extrema importância para escolha de um método contraceptivo, mas para que este seja selecionado as mulheres precisam conhecê-los e ter acesso a esses. Para isso ocorrer torna-se necessário que estejam disponíveis na rede de saúde pública, para que as mulheres possam ter essa possibilidade de escolha que se encaixem ao seu contexto de vida. (PENAFORTE, 2010)

Em 1996 foi criado um projeto de lei que regulamenta o Planejamento Familiar, a lei estabelece que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS), são obrigadas a garantir ao casal, à mulher, ou ao homem, auxílio à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde (BRASIL, 2002).

Diante do exposto torna-se relevante que os profissionais de saúde, os educadores e pedagogos utilizem estratégias educativas com o objetivo maior de fornecer conhecimentos acerca da perspectiva dos direitos reprodutivos, informando sobre a importância da consulta de planejamento familiar e dos diferentes métodos contraceptivos (PENAFORTE, 2010).

A educação surge como uma ferramenta de extrema importância, sendo essa uma combinação de oportunidades e de transmissão de informações concretas, comportamentos e hábitos (PENAFORTE, 2010).

Diante da relevância do tema, faz-se necessária a mobilização da sociedade por meio de programas de saúde ou por educações em saúde, como proposto no presente estudo, possibilitando a este grupo maior acesso a informações e meios que lhes permitam desenvolver uma postura crítica, consciente acerca da importância da consulta de Planejamento Familiar e adoção de métodos contraceptivos.

A motivação para a realização deste estudo teve como ponto de partida nossa experiência junto ao Projeto de Extensão Universitária *Liga de Estudo da saúde da mulher e do adolescente* (LEMA) em que desenvolvemos atividades de orientação sobre consulta de

Planejamento Familiar e métodos contraceptivos com uma população de adolescentes e jovens que frequentam uma escola estadual de Fortaleza.

Com esse estudo, objetivou-se relatar uma experiência a partir de uma educação em saúde com adolescentes acerca de Planejamento Familiar em uma escola Estadual no Município de Fortaleza-Ceará.

Metodologia

O caminho metodológico escolhido foi o relato de experiência que descreve uma educação em saúde que segundo Kawamoto (1995) é uma ação básica cujo objetivo é descrever uma educação em saúde preparada especialmente para atingir adolescentes, com enfoque no Planejamento Familiar

A atividade educativa ocorreu em uma Escola Estadual de Ensino Fundamental e Médio, pertencente a Secretaria Regional VI (SER-VI), localizada no bairro Cidade dos Funcionários, no município de Fortaleza-CE no período de Abril a Junho de 2014.

Para efetivação da oficina, inicialmente buscou-se uma fundamentação teórica acerca do tema objetivando criar estratégias que tornassem a oficina mais atrativa para os adolescentes, ocorreram nove reuniões com a duração total de 36 horas desempenhadas no período de fevereiro a maio de 2014. Durante os encontros houve uma exposição do tema, confecção do material educativo, criação das dinâmicas, escolha dos vídeos, elaboração do questionário e brindes pelas facilitadoras.

Os sujeitos da pesquisa foi composta por 80 alunos que cursavam do 9º ao 3º ano no turno da tarde com faixa etária correspondida entre 14 a 19 anos. Os dados foram analisados a partir de literatura pertinente com a temática.

Resultados e Discussão

As oficinas iniciaram às 08:00 horas e terminaram às 09:30 horas, equivale ao primeiro tempo de aula dos jovens. Os adolescentes compareceram a sala e para iniciarmos, realizamos uma dinâmica quebra-gelo, para poder com o objetivo de integrar melhor o grupo de Para o melhor desdobramento da Educação em Saúde, essa foi dividida em três etapas. Iniciou-se a atividade educativa com uma dinâmica, com o objetivo de integrar melhor o grupo de adolescentes com as facilitadoras, a dinâmica consiste em oferecer uma caixa que contém um desafio no seu interior, com uma música tocando, cada adolescente passa a caixa para o seu vizinho, e no momento em que a música cessa, a pessoa que está com a caixa na mão, decide se quer abrir a caixa, no entanto, se ela escolhe abrir a caixa, obrigatoriamente deverá cumprir o desafio, entretanto o desafio é comer o chocolate que está dentro da caixa. Com essa dinâmica demonstramos que algumas pessoas têm receios de desafios, mas que alguns desafios podem ser muito prazerosos.

Seguimos com a explanação do assunto em duas estações, onde os adolescentes foram divididos em dois subgrupos. A primeira a primeira contava com duas voluntárias que abordavam a respeito do planejamento familiar com enfoque nos direitos sexuais dos adolescentes, como ocorria a consulta, qual profissional realizava a consulta, onde poderia encontrar.

A segunda estação era composta por dois voluntários e constava com um álbum seriado contendo todos os métodos contraceptivos, camisinha feminina e masculina, dispositivo intra uterino (D.I.U), diafragma, pílulas anticoncepcionais e injetáveis. Houve uma explanação dos mesmos, relatando o modo de uso de cada um com as respectivas vantagens e desvantagens, incentivando uma discussão participativa de todos.

Cada estação tinha duração de 40 minutos para explanação do conteúdo e a realização de uma dinâmica para fixação do mesmo, com distribuição de brindes. Ao final todos haviam percorrido as duas estações e acessado o conteúdo completo da oficina.

Por fim foram distribuídos dois dominós sobre planejamento familiar, onde os jovens deveriam fixar todo o conhecimento adquirido, o grupo que finalizassem primeiro seria o vencedor, para finalizar foi aplicado um questionário contendo: dados sociodemográficos, questões específicas do tema abordado e questões avaliativas.

No encerramento da atividade foi solicitado que os adolescentes fizessem uma rápida avaliação da atividade e todos concordaram da importância das ações de educação em saúde e ressaltaram o valor dos processos de capacitação permanente e orientações gerais sobre os principais temas de saúde para que pudessem estar atualizados e assegurados.

Conclusão

Concluimos a importância da abordagem do tema nas oficinas, uma vez que desperta interesse nos alunos da instituição. Percebeu-se que a oficina educativa auxiliou no conhecimento dos adolescentes, favorecendo uma maior responsabilidade acerca das relações sexuais, como foi ressaltado nas oficinas. O apoio da monitoria foi fundamental para a realização das oficinas e desenvolvimento do relatório.

Ressalta-se a necessidade da construção de novas oficinas educativas, através do planejamento e implementação, visto que estas são importantes para o desenvolvimento acadêmico, bem como, no emponderamento dos adolescentes frente a saúde sexual.

Referências

FEIJÓ, R.B.; OLIVEIRA, E.A. Comportamento de risco na adolescência. J Pediatr. Rio de Janeiro. 2001; 77 (supl.2):S125-S134.

OLIVEIRA, Denize Cristina de et al. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das dst/hiv/aids em duas escolas públicas municipais do rio de janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm, Rio de Janeiro, PENAFORTE, M.C.L.F. *et all*. CONHECIMENTO, USO E ESCOLHA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS POR UM GRUPO DE MULHERES DE UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE EM TERESÓPOLIS/RJ; Cogitare enferm. vol.15 no.1 Curitiba enero/mar. 2010

SILVA, Lúcia; TONETE, Vera L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. Rev Latino-am Enfermagem 2006 março-abril; 14(2):199-20.2009 out-dez; 13 (4): 833-41

Agradecimentos

Agradecemos ao Projeto de Extensão e Ensino da Saúde da Mulher e do Adolescente e a nossa professora Raimunda Magalhães pela oportunidade de participar desse projeto.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO COMBATE AO PRECONCEITO CONTRA PESSOAS PORTADORAS DE HANSENÍASE

Brenda Duarte Façanha – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) brendafacanha5@hotmail.com

Bruna Alda Colares Botelho – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Ryvanne Paulino Rocha – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Karla Maria Carneiro Rolim – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Educação em saúde. Hanseníase. Preconceito. Enfermagem.

Resumo

A hanseníase é uma doença contagiosa caracterizada como um problema de saúde pública. Objetivou-se destacar a educação em saúde como ferramenta de informação acerca da doença a população. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, desenvolvido a partir de uma revisão integrativa de artigos científicos em base de dados da Scielo e LILACS. no período de julho a agosto de 2014, foram utilizados na coleta de dados os descritores: “Educação em saúde”, “Hanseníase”, “Preconceito” e “Enfermagem”. Por se tratar de uma doença milenar, ainda hoje existe muito preconceito com o portador de hanseníase. Conclui-se que é importante a ação dos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro por estar em maior contato com a população dando-lhes informações como modo de transmissão, modo de adoecer e tratamento, em conjunto com os familiares para que se possam desmistificar os estigmas estabelecidos por essa doença no decorrer dos anos.

Introdução

A Hanseníase é uma doença infecto-contagiosa causada pela bactéria *Mycobacterium Leprae* que afeta principalmente os nervos periféricos. Sua transmissão ocorre por meio de uma pessoa doente, sem tratamento, pelas vias aéreas superiores, secreções nasais e saliva, eliminando o bacilo para o meio exterior infectando pessoas suscetíveis (NUNES, 2008).

Essa doença acomete principalmente os nervos periféricos causando um déficit parcial ou total da sensibilidade nas áreas com a inervação afetada. Caso não seja diagnosticada e tratada precocemente a hanseníase pode levar a incapacidades como: mãos e pés insensíveis, fazendo com que ocorram ferimentos, úlceras e fissuras podendo destruir a pele e, até mesmo, os ossos, provocando deformidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Consoante pesquisadores, o diagnóstico da hanseníase é realizado através de um exame dermatoneurológico, disponível nos serviços de atenção básica a saúde. No momento do diagnóstico já é feita uma classificação das lesões existentes na pele, para que já seja determinado o tempo de tratamento, variando de 6 a 12 meses (NUNES, 2008).

O preconceito à pessoas com hanseníase vem desde épocas milenares, quando era considerada uma doença contagiosa, incurável e mutilante. Os portadores de hanseníase eram isolados em hospitais-colônias, sendo obrigados a conviver com pessoas com outras enfermidades, fazendo com outros doentes contraíssem a hanseníase e os portadores de hanseníase contraíssem outras doenças (CID *et al.*, 2012).

Atualmente ainda perdura a discriminação ao portador de hanseníase, principalmente devido à falta de informação acerca dessa doença em relação ao seu tratamento e cura (CID *et al.*, 2012). Por isso, o enfermeiro tem um papel importante nos esclarecimentos à população sobre essa doença por meio da educação em saúde, principalmente na atenção primária.

O objetivo desse estudo é salientar a importância da educação em saúde pelo enfermeiro ao tratar-se da hanseníase, que por ser uma doença infecto-contagiosa, ainda acarreta muito preconceito ao seu portador, levando-o ao isolamento social que traz como principal consequência a depressão.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa na qual o método para coleta de dados qualitativos foi o levantamento bibliográfico por meio de busca eletrônica de artigos na base de dados Scielo e LILACS, no período de julho a agosto de 2014. Os descritores utilizados na coleta de dados foram: “Educação em saúde”, “Hanseníase”, “Preconceito” e “Enfermagem”. A revisão integrativa tem ganho amplo espaço na área da enfermagem. Essa revisão de literatura faz com que o pesquisador sintetize os resultados de várias pesquisas sem ferir os resultados de cada um dos autores, contribuindo para um melhor conhecimento dos profissionais da enfermagem, causando uma conseqüente melhora no cuidado proporcionado (SOARES *et al.*, 2014).

Resultados e Discussão

Foram encontrados dez artigos em língua portuguesa, para efetivar a pesquisa foram utilizados sete artigos.

Segundo o Ministério da Saúde (2008), a hanseníase é um dos mais antigos problemas de saúde pública do Brasil e um importante desafio para as autoridades, pois além do transtorno causado pela doença devido às deformidades que ela gera na pessoa, o portador da hanseníase também é marcado pela repercussão psicológica.

De acordo com Cid *et al.*, (2012) o estigma criado antigamente a respeito das pessoas portadoras de hanseníase ainda persiste até os dias atuais devido à falta de conhecimento da população sobre a doença. Desta forma, os doentes acabam sofrendo exclusão social, que muitas vezes abalam seu psicológico, levando-os a ter preconceito deles mesmos.

Duarte, Ayres e Simonetti (2009) salientam que a principal estratégia de controle dessa doença é a adesão ao tratamento, pois logo que iniciado ele interrompe a transmissão da doença prevenindo as incapacidades físicas e não oferecendo risco as pessoas que rodeiam o portador dessa doença.

Foi possível notar como o preconceito contra a pessoa que possui hanseníase ainda existe através de um relato feito por um dos entrevistados de Cid *et al.*, (2012) que disse que ao comparecer em uma entrevista de emprego contou que teria de se ausentar do trabalho uma vez ao mês para poder realizar o tratamento da hanseníase, e logo após isso afirmaram a ele que a vaga já havia sido preenchida. Isso ocorre porque ainda hoje as pessoas têm a tendência natural de associar a hanseníase com a lepra, que na antiguidade era uma doença sem cura. Mesmo com a descoberta da cura esse tipo de associação ainda não deixou de existir.

É necessária uma formação humanística pelos profissionais de saúde, principalmente do enfermeiro, que vai ser o profissional que estará em maior contato com o doente. Então é importante que esse profissional esteja apto a orientar não somente ao paciente sobre a doença, mas também aos seus familiares e à comunidade em que o paciente se insere. (CID *et al.*, 2012).

Para Silva e Paz (2010) é de suma importância que os usuários dos serviços de saúde sejam incluídos em atividades de educação em saúde para que eles tenham um esclarecimento maior sobre a hanseníase. Assim, com mais pessoas com essas

informações, menos será o preconceito com esses doentes e melhor vai ser o enfrentamento por parte deles na luta para conseguir a cura.

Nunes, Oliveira e Vieira (2008) relatam que a educação em saúde deve ser estendida até as famílias, e que essa doença não seja caracterizada como um horror tanto para o paciente quanto para sua família. Por isso a importância dos familiares serem informados, para que as mesmas sejam uma fonte apoio, ajudando ao portador de hanseníase não abandone o tratamento.

Os profissionais da área da saúde, principalmente o enfermeiro, precisam instruir a população em geral a respeito da hanseníase, não somente instruir os que estão em tratamento, mas, também, aqueles que não conseguem conviver com os portadores, devido ao medo que essa doença provoca nas pessoas. Nas atividades de educação em saúde o enfermeiro deve explicar medidas de prevenção, modo de adoecer e como se dá o tratamento do doente. Dever ser ressaltado que uma vez iniciado o tratamento contra a hanseníase, essa pessoa fica incapaz de transmitir a doença para os outros.

Conclusão

Após a realização desta revisão integrativa da literatura, e da análise de dados dos artigos utilizados, podemos analisar a repercussão que a Hanseníase causa na vida de seus portadores, percebendo-se também que poucos possuem conhecimento a respeito da doença. Pessoas portadoras de Hanseníase, mesmo em tratamento, são abaladas fisicamente e emocionalmente, pois sofrem muito preconceito, até mesmo de seus próprios familiares, e por isso acabam em um isolamento social, o que acarreta a depressão. A família é considerada a principal fonte de apoio dos portadores no enfrentamento da doença, o que nem sempre acontece. O que leva o profissional da saúde a ter um aumento da responsabilidade na atenção a esse paciente.

O enfermeiro não pode trabalhar apenas de forma tecnicista, precisa lidar também de forma humanizada. Com isso, ele deve procurar ter uma interação com a família e a comunidade em que esse portador vive, fazendo assim uso da Educação em Saúde.

Ações de educação em saúde são indispensáveis na assistência aos portadores de Hanseníase, pois faz com que estes passem a ter novamente uma interação social, buscando assim eliminar o preconceito para com esses portadores. É necessário que o profissional de saúde faça uso de uma linguagem clara e condizente com sua clientela para que as informações em saúde sejam devidamente compreendidas. Uma forma interessante de prestar essa assistência é através de rodas de conversas entre o portador, profissionais de saúde, familiares e comunidades, possibilitando a troca de saberes e experiências entre os envolvidos, apontando também as informações acerca da doença e seu tratamento, esclarecendo dúvidas e auxiliando no enfrentamento da hanseníase.

Portando, o enfermeiro deve estar consciente da importância de seu papel no tratamento contra a Hanseníase e no fim do preconceito para com seus portadores, vale ressaltar que a educação em saúde não é apenas de responsabilidade do enfermeiro, mas sim de uma equipe multiprofissional de saúde.

Referências

CID, Renata Dias de Souza et al. Percepção de usuários sobre o preconceito da hanseníase. Rev Rene, Fortaleza, v. 13, n. 5, p.1004-1014, 2012.

DUARTE, M.T.C.; AYRES, J. .; SIMONETTI, J..Consulta de enfermagem: estratégia de cuidado ao portador de hanseníase em atenção primária. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, p.100-107, 2009.

Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância à Saúde. Vigilância em Saúde: situação epidemiológica da hanseníase no Brasil em 2008. Brasília: Ministério da Saúde; 2008.

NUNES, J.M; OLIVEIRA E.N.; VIEIRA N.F.C. Ter hanseníase: percepções de pessoas em tratamento. Rev Rene, 2008; 9(4):99-106.

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, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.223-229, 2010.

SOARES, C.B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. Revista Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 48, n. 2, p.335-345, 2014.

LUNA, I.T. *et al.* Adesão ao tratamento da Hanseníase: dificuldades inerentes aos portadores. Revista Brasileira de Enfermagem, Fortaleza, v. 63, n. 6, p.983-990, 2010.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade de Fortaleza pela oportunidade que nos foi dada, e a nossa orientadora Karla Maria Carneiro Rolim pelas orientações para o desenvolvimento da revisão bibliográfica, nos disponibilizando seu tempo e paciência para que o mesmo fosse construído de acordo com as normas pré-estabelecidas desse evento.

A EDUCAÇÃO SEXUAL PARA ADOLESCENTES POR DOCENTES DE UM CENTRO DE EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz - UFPI (aacelino@hotmail.com)

Álvaro Francisco Lopes de Sousa - UFPI

Jairo José de Moura Feitosa - UFPI

Autor 4 – Instituição

Autor 5 – Instituição

Dra. Inez Sampaio Nery (Orientador) – UFPI

Palavras-chave: Educação sexual. Sexualidade. Adolescente.

Resumo

A adolescência é um período de desenvolvimento, marcado por transformações físicas, biológicas e psicológicas. É uma fase de conflitos, que exige sensibilidade na abordagem de determinados assuntos, como sexualidade. No ambiente escolar o professor é a principal ferramenta para execução de medidas de educação sexual já que é símbolo de sabedoria e conhecimento, e também o mais próximo aos jovens, logo o mais indicado para desenvolver esse diálogo. Foram entrevistados professores que lecionam disciplinas do o currículo escolar fundamental e médio. Para coleta de dados foi utilizado roteiro semi-estruturado contendo questões referentes aos dados socioeconômico, demográfico e questões específicas sobre a temática. Após as entrevistas analisou-se as falas dos depoentes agrupando-as em categorias por semelhança de conteúdo. Interpretou-se que as demonstrações de sexualidade percebidas pelos professores ainda são ligadas ao sexo, o que revela que os docentes têm dificuldades em diferenciar os dois conceitos. Os professores reportaram necessidade de atualizar-se no tema, enquanto outros acreditam que a responsabilidade cabe aos professores das ciências naturais. A abordagem utilizada pelos professores baseia-se na transmissão vertical de conhecimento. Embasado em aspectos biológicos sem considerar as vivências particulares dos adolescentes e seus aspectos subjetivos e particulares. A prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada na adolescência são assuntos imprescindíveis a serem discutidos, mas sexualidade descoberta por esses adolescentes não se limita a isso. Ainda se faz necessário que a escola, crie um ambiente seguro e acolhedor aonde os jovens possam esclarecer suas dúvidas e se tornar disseminadores de conhecimento

Introdução

A adolescência é um período de desenvolvimento, marcado por transformações físicas, biológicas e psicológicas.

Neste período tem-se início a puberdade, a idade reprodutiva e as questões sexuais tornam-se mais evidentes e marcantes, os indivíduos podem assumir comportamentos de riscos, sem estarem preparados para isto, e assim, contribuir para o aumento da suscetibilidade de infecção por Doenças sexualmente transmissíveis (DST's) ou uma gravidez indesejada (Gurgel, 2008).

É uma fase de conflitos, que exige a sensibilidade na abordagem de determinados assuntos como a sexualidade. Isto por que o tema é ainda cercado de mitos, tabus, valores, crenças e estereótipos que contribuem para uma visão distorcida e dissociada da realidade.

Entende-se que para o jovem é difícil processar essas informações e qualificá-las, visto que os mesmos ainda não possuem discernimento ou experiência no tema, inédito até então em suas vidas. Assim, tornasse necessário um mediador neste processo, visando à proteção destes jovens, representados principalmente pela família e escola por se tratar das instituições mais próximas destes jovens e que podem atuar como mediadoras entre as informações que estes possuem e o que é efetivamente benéfico para os mesmos.

No ambiente escolar o professor é a principal ferramenta para execução destas medidas de educação sexual já que é símbolo de sabedoria e conhecimento, e também o mais próximo aos jovens, logo o mais indicado para desenvolver esse diálogo.

As escolas devem trabalhar a educação sexual em todo o território nacional, com base na Lei de nº 60/2009 acrescenta-se a isto a necessidade de que esse diálogo seja feito por todos os professores independente da disciplina, com base no que preconiza os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN's), ao sugerir que a abordagem da sexualidade deva ser feita com base na transversalidade dos conteúdos.

Com base no objeto de estudo deste estudo que se define nas vivências dos professores em sala de aula e seu contato com o tema sexualidade, este estudo objetiva levantar o conhecimentos dos professores sobre a sexualidade, bem como o seu conhecimento sobre o assunto, para que possa servir como subsídios para o desenvolvimento de práticas de Educação em saúde, fornecendo subsídios para intervenções voltadas para a promoção da saúde sexual destes adolescentes por meio de estratégias de educação em saúde.

Metodologia

Estudo descritivo, de abordagem qualitativa, desenvolvido em um Centro de Educação Comunitária que atende X alunos em uma capital do Nordeste brasileiro. A escolha da escola se deu pela mesma contar com alunos da X série a Y série, de diferentes bairros desta capital.

A pesquisa contou com professores que lecionam as mais variadas disciplinas que compõem o currículo escolar fundamental e médio: Biologia, Ciências, Geografia, Inglês e Português, Artes, Matemática, Educação Física, Química, Física e História.

Para coleta de dados foi utilizado roteiro semi-estruturado contendo questões referentes aos dados socioeconômico, demográfico e questões específicas sobre a temática. Utilizou-se a técnica de entrevistas, gravando-se todas as falas.

Resultados e Discussão

A análise das falas dos entrevistados permitiu levantar 4 unidades de significado: “A importância da abordagem do tema na Escola”, “Demonstrações de Sexualidade pelos alunos”, “O Papel dos professores na Educação sexual dos alunos” e “Como a escola deve tratar o tema?”, as quais foram discutidas a partir de uma revisão da literatura sobre o tema.

A importância da abordagem do tema na Escola

“É de suma importância falar nesse tema, por que aí você evita problemas como a gravidez indesejada, DST...” (PROFESSOR 01)

“Nos dias de hoje os adolescentes ingressam muito mais cedo nas atividades sexuais. Por isso é bom ter orientação para que eles tenham sexo seguro, para evitar doenças sexualmente transmissíveis, gravidez...” (PROFESSOR 02)

“Sim! Primeiramente pra evitar as doenças sexualmente transmissíveis e também evitar ficar grávida...” (PROFESSOR 06)

As maiores demonstrações de sexualidade percebidas pelos professores ainda são ligadas ao sexo, o que revela que até mesmo os docentes ainda têm dificuldades em diferenciar aqueles dois conceitos.

Demonstrações de Sexualidade pelos alunos

“Agora a pouco tive uma experiência na sala de aula, uma menina de 13 anos, já fez aborto duas vezes.” (PROFESSOR 05)

“A gente sempre sabe de alguma aluna que se precipitou e teve que abortar” (PROFESSOR 01)

“Infelizmente aborto é comum aqui...” (PROFESSOR 06)

“Hoje em dia os meninos tão tudo adiantado nessas questões de namoro” (PROFESSOR 08)

Quando indagados sobre qual o seu papel na educação sexual dos alunos, os professores reportaram a necessidade de atualizar-se no tema, enquanto outros acreditam que a responsabilidade na escola cabe aos professores das ciências naturais, principalmente a Biologia. O abortamento, juntamente com a masturbação e outros assuntos pertinentes ao ato sexual, faz parte de uma série de tabus ao qual se atribui o entendimento de que falar sobre o assunto é um estímulo a prática (Jardim-2006).

A falta de orientação, e esclarecimentos a cerca dos métodos contraceptivos, as fontes de informação desacreditadas e a forma como essas informações são repassadas pautadas no discurso objetivo e voltada apenas para a exposição de ideias prontas e absolutas, são associadas à baixa adesão dos jovens aos métodos contraceptivos.

Por se tratar de uma temática complexa e multidimensional a sexualidade ainda é cercada de dúvidas pelos próprios professores. Exemplos disto são os achados desta pesquisa em alinhamento com outros estudos onde os professores revelam dificuldade na abordagem do tema e não se sentem seguros para aprofundamento do mesmo em sala de aula.

Isto se dá devido à falta de atualização do corpo docente da maioria das escolas brasileiras sobre o tema. Jardim, corrobora com estes dados ao revelar em seus achados que apenas 73% dos professores pesquisados nunca haviam participado de nenhum tipo de treinamento ou capacitação para falar sobre sexualidade no espaço escolar, o que responde o alto índice de insegurança com o assunto.

Conclusão

A abordagem utilizada pelos professores baseia-se em uma transmissão vertical de conhecimento. Embasado principalmente em aspectos biológicos (gravidez, DSTs) sem considerar as vivências particulares dos adolescentes e seus aspectos subjetivos e particulares.

Ainda que a prevenção contra doenças sexualmente transmissíveis e a gravidez indesejada na adolescência sejam de fato, assuntos imprescindíveis a serem discutidos, sexualidade descoberta por esses adolescentes não se limita a isso. A fragilidade deste em grupo ao lidar com os seus sentimentos e com os sentimentos dos outros, bem como a responsabilidade em desenvolvimento ao se envolverem em relacionamentos afetivos e sexuais.

Ainda se faz necessário que a escola, em seu papel de entidade educadora, crie um ambiente seguro e acolhedor onde os jovens possam esclarecer suas dúvidas e possam se tornar disseminadores de conhecimento.

Referências

GURGEL, M. G. I. et al. Gravidez na adolescência: tendência na produção científica de enfermagem. Escola Anna Nery, v. 12, n. 4, p. 800–806, dez. 2008.

JARDIM, D. P.; BRÊTAS, J. R. DA S. Orientação sexual na escola: a concepção dos professores de Jandira - SP. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, n. 2, p. 157–162, abr. 2006.

Agradecimentos

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

A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA SAÚDE COM FOCO NA SAÚDE MENTAL

Autor 1 Denise Paiva Martins (apresentador) – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza e Email: Denise_paivamartins@hotmail.com

Autor 2 Hozania Oliveira Domingos – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 3 Ivana Barros Pontes – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 4 Lucas Alves Mourão - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 5 Mirlene Souza Santos Soares – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Autor 6 Ana Ruth Macêdo (Orientador) — Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Palavras-chave: saúde mental; promoção da saúde; enfermagem

Resumo

Objetivo: Analisar a produção científica de artigos e livros sobre a atuação da enfermagem na promoção da saúde mental. **Metodologia:** Optou-se por uma revisão bibliográfica, com levantamento de dados realizado no banco de dados do Scielo e BDENF, Medline, selecionaram-se 8 artigos de 2003 a 2014, em idioma em português, abordando a promoção da saúde mental. O levantamento bibliográfico foi realizado em agosto de 2014. **Resultado:** A enfermagem exerce um papel fundamental na saúde mental considerando a prevenção, a promoção, a proteção e a educação em saúde. Os cuidados eram com foco no somático e para a satisfação de necessidades elementares. Porém enfatiza-se que o profissional deve ouvir o paciente, compreender as queixas, incentivá-lo para que seja dada a continuidade ao tratamento. **Conclusão:** Conclui-se que a enfermagem, direciona suas atividades de forma diferenciada no tratamento aos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, ações voltadas à individualidade do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários.

Introdução

A Saúde Mental de uma pessoa está relacionada a maneira como ela reage às cobranças e obrigações da vida e ao modo como se comporta perante seus desejos, capacidades, ambições, ideias e emoções. Estar saudável em saúde mental é apresentar o bem consigo mesmo, aceitar as exigências da vida, saber lidar com as emoções agradáveis ou não que fazem parte da vida, e poder reconhecer seus limites, sabendo buscar ajuda quando necessário.

Um dos modos de intervir da enfermagem se dá como educador e promotor da saúde, podendo atuar no acompanhamento em todos os níveis de assistência, no que diz respeito ao estado biopsicossocial do paciente. Grandes pesquisadores como Hildergard Peplau e Joyce Travelbee são de grande importância para a Enfermagem e Saúde Mental, pois buscaram unir a forma do tratar terapêutico com o cuidado holístico ao paciente, sistematizando o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Para tanto este estudo buscou analisar a produção científica de artigos e livros sobre a atuação da enfermagem na promoção da saúde mental.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica baseada em análises de estudos descritivos e qualitativos já realizados, pesquisado na base de dados Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF), Scielo e Medline. A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português, com publicação no período de 2003 a 2014 e que abordem da temática relativa à saúde mental, promoção da saúde e enfermagem. Foram encontrados 8 artigos. Foram excluídos os estudos que estivessem duplicados, as teses e dissertações. O levantamento das pesquisas foi realizado em Agosto de 2014.

Resultados e Discussão

Para caracterizar a pesquisa foram realizadas diversas leituras com o propósito de identificar atuação da enfermagem na promoção da saúde mental. Os artigos referem a assistência em enfermagem a pacientes mentais, sempre baseados na teoria de Hildergard Peplau e Joyce Travelbee.

A abordagem grupal é um modo de assistir em Saúde Mental, em que enfermeiro se torna um profissional autônomo, conhecedor dos benefícios à natureza humana, bem como dos seus limites teóricos e práticos (SOUZA, et al, 2004).

Segundo Peplau o processo de relação do enfermeiro com o cliente, a teórica ressalta quatro fases de atuação no processo de enfermagem que deverá ser educativo e terapêutico: orientação, identificação, exploração e resolução, cada fase se caracteriza por papéis ou funções desempenhadas pelo enfermeiro ou cliente à medida que os mesmos aprendem a trabalhar conjuntamente para resolver suas dificuldades (PEPLAU, 1993). Essas fases interrelacionam-se e variam quanto a duração temporal à medida que o processo evolui para o encontro de uma solução, apresentando momentos sobrepostos.

A enfermagem exerce um papel fundamental na saúde mental considerando a prevenção, a promoção, a proteção e a educação. Os cuidados eram com foco no somático e para a satisfação de necessidades elementares. Porém enfatiza que o profissional deve ouvir o paciente, compreender as queixas, incentivá-lo para que seja dada a continuidade ao tratamento. Além disso, o enfermeiro deve verificar-se os medicamentos prescritos estão sendo realmente administrado de forma correta, tendo em vista também a inserção do paciente na sociedade (LIMA, 2010).

A educação em saúde tem a função de exercer a promoção da socialização para que haja estímulo ao auto cuidado. Estudos demonstram a vasta utilização de grupos dirigidos às atividades assistenciais realizadas no âmbito da saúde, que vão desde ações de promoção até as de reabilitação de pessoas. A orientação da família deve ter um controle acompanhado por parte da equipe para que haja a prestação de informações e o apoio à condutas e práticas que promova a saúde mental (LOPES, et al, 2009).

A enfermagem é de grande relevância para o cuidado das pessoas com transtorno mental porque fornece subsídios necessários aos envolvidos, além de o profissional enfermeiro traçar planos de cuidados individualizados, objetivando sempre a melhora do paciente e do bem-estar da família, e de uma convivência mais harmônica em sociedade.

Conclusão

Conclui-se que a enfermagem, direciona suas atividades de forma diferenciada no tratamento aos doentes mentais, implicando atitudes de respeito e dignidade para com o enfermo, ações voltadas à individualidade do sujeito e participação deste em seu processo de tratamento, valorizando e estimulando o autocuidado, bem como a reinserção em grupos sociais e comunitários.

Cabe aos profissionais de saúde refletir sobre suas intervenções junto ao paciente que sofre de transtorno mental e seus familiares, identificando as necessidades desses grupos. Para isso, o profissional deve buscar espaços de produção do acolhimento, espaços que possibilitem a solidariedade, a afetividade, à compreensão, a autonomia, a ética e a cidadania, enfim, espaços que promovam a atenção psicossocial e a reabilitação do indivíduo.

Referências

MACÊDO, Virgílio César Dourado de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. *Texto contexto - enferm.*, Dez 2004, vol.13, no.4, p.585-592.

MACÊDO, Virgílio César Dourado de ; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo Educação e saúde mental na família: experiência com grupos vivenciais. *Texto contexto - enferm.*, Jun 2006, vol.15, no.2, p.222-230.

BRAGA, Gimene Cardozo; SILVEIRA, Esalva Maria; COIMBRA, Valéria Cristina Christello; PORTO, Adrize Rutz. Promoção em saúde mental: a enfermagem criando e intervindo com histórias infantis. *Rev. Gaúcha Enferm. (Online)* [online]. 2011, vol.32, n.1, pp. 121-128.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. A contribuição da saúde mental para o desenvolvimento do PSF. *Rev. bras. enferm.*, Jun 2003, vol.56, no.3, p.230-235.

SCARDOELLI, Márcia Glaciela da Cruz; WAIDMAN, Maria Angélica Pagliarini "Grupo" de artesanato: espaço favorável à promoção da saúde mental. *Esc. Anna Nery*, Jun 2011, vol.15, no.2, p.291-299.

VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes .A enfermagem e o cuidar na área de saúde mental. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2004, vol.57, n.6, pp. 738-741.

MORAES, Leila Memória Paiva; LOPES, Marcos Vinícius de Oliveira; BRAGA, Violante Augusta Batista. Componentes funcionais da teoria de Peplau e sua confluência com o referencial de grupo. *Acta paul. enferm.* [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 228-233.

WAIDAMA, M. A. P.; EILSEN I, Marconi SS. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2006;8(2):282-91.

LIMA, C. Apostila de Enfermagem Psiquiátrica. Betim: Fundação Comunitária Tricordiana de Educação. Universidade Vale do Rio Verde, Unincor, 2010.

LOPES, G.T.; LEMOS, B.K.J.; LIMA, H. B.; CORDEIRO, B. R. C.; LIMA, L. S. V. Concepções de acadêmicos de enfermagem sobre usuários de drogas. *Ver Bras Enferm*, Brasília, v. 62, n.4, p. 518-23, jul./ago.2009.

Agradecimentos

A Deus, ser infinito, perfeito e criador do universo, que tanto nos dá força para vencer todos os obstáculos e por todos os êxitos alcançados. A professora Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro, pela orientação e realização do presente trabalho. E aos meus companheiros coautores desse presente trabalho, pela motivação e dedicação.

A ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO HUMANO E NA PREVENÇÃO DO DESMAME PRECOCE

Thais Dayana Santos Araújo – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS (thaisaraujoenfer@gmail.com)

Yago Beserra Marinho Martins – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Vanessa Danielle da Silva Matias – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Gustavo Phillipe Rocha de Lima – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Janaina Ferro Pereira – UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Palavras-chave: Aleitamento humano. Promoção da saúde. Desmame precoce.

Resumo

A enfermagem possui papel fundamental na promoção do aleitamento humano e na prevenção do desmame precoce. Para tanto, tais profissionais precisam estar convictos de que o leite humano é o melhor alimento para o lactente, de forma a ajudar as nutrizes a evitar o abandono dessa prática ao surgimento de qualquer entrave. Desta feita, compreendo a importância do aleitamento humano para a formação biológica e emocional da criança, e o papel educativo e promotor da saúde dos profissionais de enfermagem, decidimos refletir acerca da importância da atuação do enfermeiro na promoção da saúde materno-neonatal, no tangente ao aleitamento. Trata-se, portanto, de uma revisão integrativa da literatura.

Introdução

Amamentar é um ato que propicia o contato pele a pele entre mãe e filho, aumentando assim o vínculo entre os dois. Quando a amamentação é feita com amor, sem pressa, o bebê percebe não apenas o conforto de ter suas necessidades satisfeitas, mas sente-se envolto nos braços da mãe, deriva o prazer de ouvir a sua voz, sentir o cheiro e perceber os carinhos e carícias de sua genitora. Isso, por certo, dá enorme conforto ao bebê (Antunes *et al.*, 2008).

O leite humano é, incontestavelmente, o melhor alimento para o lactente, especialmente nos seis primeiros meses de vida, quando deve ser ofertado de forma exclusiva, uma vez que possui benefícios superiores aos demais leites. O leite humano é rico em gorduras, minerais, vitaminas, enzimas e imunoglobulinas, com vantagens nutritivas, além de ser o responsável por promover o crescimento e desenvolvimento, e por influenciar no futuro desempenho escolar da criança (Frota *et al.*, 2009).

Ao se analisar a composição do leite, é possível distinguir a existência de quatro tipos de leite, que se apresentam com características bioquímicas diferentes e adequadas a um determinado período de vida da criança. Durante a gestação, a glândula mamária produz uma substância denominada de pré-colostro, a qual é acumulada no lúmen dos alvéolos, e tem em sua composição principalmente exsudato do plasma, células, imunoglobulinas, lactoferrina, soroalbumina, sódio, cloro e uma pequena quantidade de lactose (BARROS, 2002, p. 320).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estimula o aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses de idade e, posteriormente, tem a função de prover necessidades nutricionais. Os lactentes devem começar a receber alimentação complementar adequada, mas dar continuidade com o leite materno até os dois anos, uma vez que este seja econômico e auxilie no combate à desnutrição e à mortalidade infantil por doenças prevalentes na infância, como diarreia e pneumonia (Brasil, 2003 *apud* Frota *et al.*, 2009). Desta feita, a OMS adota as seguintes categorias: AME; aleitamento materno predominante; aleitamento materno e aleitamento materno complementado (Duncan *et al.*, 2002 *apud* Frota *et al.*, 2009).

Há uma redução de custos considerável para os serviços de saúde quando a criança é aleitada exclusivamente, pelo menos pelos 6 primeiros meses de vida, pois já existem evidências que comprovam a forte associação entre o aleitamento humano e menor risco de infecções do trato respiratório baixo bem como entre tempo de amamentação e esse tipo de enfermidade (Wright, 1998 *apud* Spinelli *et al.*, 2002).

Contudo, apesar de ressaltados os benefícios que o ato de amamentar traz para mamãe e bebê, percebe-se o abandono desse ato por parte de muitas mães. Entre os fatores predisponentes do desmame precoce, nota-se: referência ao choro e à fome da criança; insuficiência do leite materno; trabalho das mães fora de casa; problemas relacionados às mamas e recusa ao seio, por parte da criança, como opções para a introdução de outros alimentos precocemente. Por outro lado, salienta-se novamente que a composição do leite materno é ideal para alimentar e nutrir exclusivamente a criança até os 6 meses de vida, haja vista que a maioria dos lactentes cresce dentro dos padrões de normalidade e são saudáveis (Frota *et al.*, 2009).

O leite fraco é uma das construções sociais mais recorridas para explicar o abandono da amamentação, fundamentada no movimento higienista do século XIX, esta concepção busca responsabilizar a mulher pela saúde do filho e culpá-la pelo desmame. Nessa égide, mulheres de várias culturas relatam o leite fraco como razão para o desmame. Sob o prisma biológico, o leite materno é ideal, sendo raras as intercorrências que impossibilitam a amamentação (Frota *et al.*, 2009).

Compreendendo a composição e a importância do leite humano para a formação do bebê (biológica e psicológica), decidimos discutir a importância do enfermeiro na prevenção do desmame precoce, uma vez que estes profissionais sejam os responsáveis por promover a saúde das populações, nesse caso, a saúde neonatal. Por isso, é dever dos profissionais propor novas alternativas quanto ao modo de repassar seus conhecimentos às nutrizes. A visita domiciliar, por exemplo, é uma ótima sugestão, pois possibilita conhecer a realidade das puérperas e sua família e conhecer suas ações e crenças, possibilitando a avaliação das condições ambientais, físicas, habitação e saneamento, além de fortalecer o vínculo entre profissional e paciente. Além disso, permite promover a qualidade de vida pela prevenção de doenças e promoção da saúde (Parizzoto e Zorzi, 2008).

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa a respeito do papel do enfermeiro na promoção do aleitamento e na prevenção do desmame precoce. Para tanto, serão utilizados artigos e bibliografia sobre a temática proposta.

Resultados e Discussão

O desmame ou a inserção de outros alimentos justifica-se por alguns fatores, como: deficiência orgânica da mãe, problema com o bebê, atribuição de responsabilidade à mãe, mudanças na estrutura familiar, nível socioeconômico, grau de escolaridade, idade, trabalho materno, urbanização, condições de parto, incentivo do cônjuge e de parentes e a intenção da mãe de amamentar, representando uma associação entre fatores maternos, do recém-nascido e o contexto em que se encontram (Frota *et al.*, 2009).

Os motivos que fazem com que as mães a decidam sobre a amamentação podem estar ligados a cultura, estilo de vida e influência da sociedade. Mesmo que seja um processo biológico, as mães necessitam ser informadas quanto às vantagens do aleitamento humano exclusivo e acerca das desvantagens do desmame precoce (Frota *et al.*, 2009).

Estudos realizados mostram que vários são os motivos que contribuem para cessação da amamentação, uma vez que esta não seja concretizada somente por instinto, mas por aprendizado. Contudo, a maior parte das nutrizes enfrenta dificuldades relacionadas à técnica incorreta de amamentação, o que incluem mamilos doloridos, trauma mamilar, ingurgitamento mamário, baixa produção de leite, mastite, abscesso mamário; além de também candidíase, mamilos planos ou invertidos, gemelaridade e sucção débil pelo bebê. As mães que enfrentam tais dificuldades e não são bem orientadas a fim de superá-las acabam desistindo de aleitar seu filho, por impaciência e dor (Giugliani, 2004 *apud* Parizzoto e Zorzi, 2008).

Na realidade, as razões que dificultam a amamentação podem ser passíveis de prevenção. Contudo, é preciso haver a orientação da mulher. Nesse contexto, os enfermeiros devem estar atentos a quaisquer fatores, implementando as devidas ações nas práticas, reforçando o período ideal em oferecer a alimentação complementar (Frota *et al.*, 2009).

No intento de promover uma amamentação bem sucedida, é preciso atentar para o processo de comunicação. Aconselhamento no pré-natal, orientações, ajuda no período de estabelecimento da amamentação, quando surgem problemas relacionados ao aleitamento e avaliação criteriosa da alimentação constituem algumas tarefas que a equipe de saúde deve dominar, mostrando-se importante a contextualização da realidade vivenciada pelas famílias por enfermeiros envolvidos no cuidar (Frota e Barroso, 2005 *apud* Frota *et al.*, 2009).

A saúde das crianças está atrelada à nutrição adequada. Em função da velocidade de crescimento aumentada, o lactente está mais predisposto a erros e deficiências alimentares, que trazem consequências significativas em seu estado nutricional. Desse modo, o resgate do aleitamento natural é fundamental para o crescimento e o desenvolvimento, erigidos sob o prisma da promoção, da proteção e do apoio à mãe, que deve começar no início da gestação (Silva *et al.*, 2007; Barbosa *et al.*, 2007 *apud* Frota *et al.*, 2009).

A orientação ofertada às mães, tanto na forma de incentivo, como instrução quanto à técnica correta e à resolução de problemas, possibilita mudanças ímpares nos índices de aleitamento humano, como no pré-natal e pós-parto imediato, e após a alta hospitalar. Antes de realizar a promoção do aleitamento humano, porém, é preciso avaliar a expectativa da sociedade relativa ao mesmo, já que este fator vai influenciar a ocorrência em cada comunidade, pois é responsabilidade dos serviços, programas ou profissionais da saúde e dos membros da família e da sociedade (Frota *et al.*, 2009).

Vale ressaltar que os enfermeiros e a população devem entender que a saúde é dependente de ações do cuidado ofertadas pelos serviços e a prevenção de enfermidades é uma consequência da educação da população (Frota *et al.*, 2007 *apud* Frota *et al.*, 2009). Assim, para promover, proteger e apoiar a amamentação com eficiência, o profissional, além da competência, necessita da capacidade de comunicar-se eficientemente com a nutriz (Giugliane e Lamounier, 2004 *apud* Frota *et al.*, 2009).

Conclusão

A partir desta revisão, foi possível compreender a importância do leite materno para boa maturação do bebê, seja ela biológica ou emocional. Poder-se-ia dizer que amamentar é uma oportunidade sem par para que mamãe e bebê possam criar um vínculo que será eterno. As mães que não amamentam, porém, perdem a oportunidade de sentir o bebê em sua pele, sugando seus mamilos; isso faz com que o bebê sinta o amor de sua mãe, e torna a mulher ainda mais empoderada. É tão importante esse contato pele a pele, que mesmo as mães que estão impossibilitadas de amamentar deveriam recostar o filho no peito e sentir a troca de calor entre os corpos.

Do ponto de vista biológico, entre os inúmeros benefícios, poderíamos destacar a passagem de anticorpos da mãe para o bebê, os quais são fundamentais em prover ao bebê a imunidade de doenças que porventura possam atacá-los. Esse benefício, tal qual o anteriormente mencionado, não podem nunca ser alcançados quando a mãe não amamenta, e passa essa função aos leites industrializados.

Isso posto, compreendemos o papel do enfermeiro em promover a educação em saúde quanto a importância da amamentação desde o pré-natal – ou, quem sabe, desde o planejamento familiar – a fim de que as mães compreendam aquele processo não como mera obrigação, mas como oportunidade de expressar o amor que sentem por seus filhos. Além disso, o enfermeiro deve adotar medidas mais práticas, como ensinar as mães a como reagir mediante um problema que porventura venha a ameaçar a amamentação efetiva, a fim de que as mães sintam-se amparadas e, em vez de desistir de aleitar seus filhos, superem as dificuldades e continuem aleitando.

Referências

- ANTUNES, Leonardo dos Santos; *et al.* Amamentação natural como fonte de prevenção em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 13, n. 1, 2008.
- BARROS, Sônia Maria Oliveira de. *Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial* / Sônia Maria Oliveira de Barros, Heimar de Fátima Marin, Ana Cristina Freitas de Vilhena Abrão. – São Paulo: Roca, 2002.
- CHAVES NETTO, Hermógenes. *Obstetrícia básica*. São Paulo: Editora Atheneu, 2004.
- COUTINHO, Sônia Bechara. Aleitamento materno. In: *Saúde da Criança: para entender o normal* / organizadoras Maria de Carvalho Lima, Maria Eugênia Farias Almeida Mota, Gisélia Alves Pontes da Silva. – Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2007.
- FROTA, Mirna Albuquerque; *et al.* Fatores que interferem no aleitamento materno. *Rev. Rene. Fortaleza*, v. 10, n. 3, p. 61-67, jul./set.2009
- PARIZOTTO, Janaína; ZORZI, Nelci Terezinha. Aleitamento Materno: fatores que levam ao desmame precoce no município de Passo Fundo, RS. *O Mundo da Saúde*, São Paulo 2008; v. 32, n. 4.
- SPINELLI, Mônica G. N.; *et al.* A situação de aleitamento materno de crianças atendidas em creches da Secretaria da Assistência Social do município de São Paulo - região Freguesia do Ó. *Rev. bras. saúde matern. infant.*, Recife, v. 2, n. 1, jan. - abril, 2002.

Agradecimentos

Agradeço a todos os que colaboraram na elaboração deste trabalho.

A EQUIPE DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À CRIANÇA HOSPITALIZADA: RELAÇÕES, SENTIMENTOS E ESTRATÉGIAS.

Renata Janice Moraes Lima Ferreira Barros (apresentadora e orientadora) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN (renatajanice@hotmail.com)

Ronally Dart Oliveira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Lucineire Lopes de Oliveira - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Deivson Wendell da Costa Lima - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Fátima Raquel Rosado Moraes - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Carla Nadja Santos de Sousa- Universidade do Estado do Rio Grande do Norte – UERN

Palavras-chave: Enfermagem. Sentimentos. Estratégias.

Resumo

A criança é visualizada pela sociedade como portadora da vida, e quando a doença acomete é retirada da sua zona de conforto, que é o seu lar, tornando-a apática ao novo ambiente. A hospitalização é um momento difícil na vida dessa criança, permeada por vários sentimentos como, medo, tristeza, sofrimento, angústia e insegurança. Neste sentido, destaca-se a necessidade da atuação dos profissionais da saúde, e, principalmente, a equipe de enfermagem, tendo em vista que são os profissionais que convivem diariamente. Pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa, que foi desenvolvida com 10 profissionais de enfermagem na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), de Mossoró- RN. Teve como objetivo geral, conhecer os sentimentos gerados e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem do HRTM, frente ao cuidado à criança hospitalizada. Os dados foram coletados no período de Novembro de 2013 à Janeiro de 2014, e foi utilizado um questionário semiestruturado na coleta de dados. Os resultados apontaram que o processo do cuidar da enfermagem caracteriza-se por relações dualísticas, afetuosas e conflituosas, onde os sentimentos como tristeza, angústia, ansiedade, pena, dó e medo prevalecem; e esse cuidado repleto de sensações e emoções é incorporado pela equipe de enfermagem, deixando-os vulneráveis, tais sentimentos negativos algumas vezes impossibilitam e dificultam a assistência do cuidado. Para enfrentar esse sofrimento as estratégias mais relatadas foram: apoio multiprofissional, fuga e suporte espiritual.

Introdução

A criança é visualizada pela sociedade como portadora da vida, e quando a doença a acomete é retirada da sua zona de conforto que é o seu lar, tornando-a apática ao novo ambiente. A hospitalização é um momento difícil na vida de pessoas nessa faixa etária, é um estágio que favorece vários sentimentos como, medo, tristeza, abandono, culpa, sofrimento, angústia e insegurança.

Para Faquinello, Harumi e Marcon (2007), a hospitalização é um momento delicado em qualquer fase da vida. No entanto, na infância é vivenciada de forma mais intensa, implicando transformações na sua rotina e de toda a sua conjuntura familiar. Esse novo cotidiano é vivenciado em companhia de equipamentos, limitações de movimentos, cheiros, procedimentos, dores, pessoas, dentre estas, os técnicos de enfermagem e os enfermeiros.

De acordo com Lajes et.al (2011), a enfermagem está a maior parte do tempo em contato com a criança, entretanto, esse cuidado não se limita a executar apenas procedimentos técnicos, está atrelado também aos aspectos sociais, psicológicos bem como espirituais, inerentes à condição humana.

Nesse sentido Tholl e Nitschke (2012), relatam que, quem cuida, necessita de cuidado, isso porque cuidar perpassa o viés do compreender o outro com todas as suas nuances, logo esses profissionais precisam ser olhados de uma maneira mais calma, afável, atenciosa, pois são personagens indispensáveis para a efetivação de um cuidado humanizado e de qualidade.

Segundo Lajes et.al (2011), as estratégias enfrentadas pela equipe de enfermagem são visualizadas como conjunto de respostas comportamentais que os profissionais submetem-se ou não, diante de alguma situação no decorrer do seu trabalho laboral, as quais tem como requisito básico minimizar ou adaptarem-se ao novo cenário estressor. Assim, essas estratégias são construídas, aprendidas, alimentadas ou não no decorrer da vida de cada profissional, tendo como bastidores o contexto social, cultural e espiritual de cada indivíduo que constitui a equipe.

Diante disso, os profissionais que compõem a equipe de enfermagem devem ser visualizados como atores essenciais no processo de tratamento e cuidado ao paciente hospitalizado, pois respondem por todos os entraves vivenciados por essa criança. Nesse cenário, surgem sentimentos e incertezas geradas a partir do vínculo contínuo, e diante disto, criam-se laços afetivos entre profissional de saúde e paciente.

Ainda convém ressaltar, que a equipe de enfermagem está diretamente ligada à prestação de cuidados com as crianças hospitalizadas, esta deve estar preparada para atuar de forma efetiva e, para isso, estar segura tanto das suas atitudes como da postura de segurança, conforto e esperança que devem ser ofertadas aos seus pacientes e familiares.

Assim, levando em consideração a importância do cuidado à criança hospitalizada, e tendo em vista que a convivência diária de certa forma submete o profissional de enfermagem uma carga emocional muito grande, questiona-se nesta pesquisa, quais sentimentos gerados e quais estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem do Hospital Regional Tarcísio Maia- HRTM- Mossoró, que presta cuidado à criança hospitalizada?

Desse modo, a hospitalização é vivida pelas crianças como um momento delicado repleto de sensações. É nesse cenário que a equipe de enfermagem desempenha todo o processo do cuidado, acompanhando e vivenciando toda a trajetória da díade: criança e família, durante o tempo de internamento.

No âmbito de toda essa discussão apresentada traçamos para a pesquisa proposta o objetivo geral: conhecer os sentimentos e as estratégias de enfrentamento utilizadas pela equipe de enfermagem do HRTM frente ao cuidado à criança hospitalizada. Em decorrência, são estabelecidos os seguintes objetivos específicos: identificar a relação existente entre profissionais de saúde e a criança hospitalizada, bem como, junto aos seus familiares; identificar os sentimentos gerados na equipe de enfermagem a partir do cuidado prestado a criança hospitalizada; e ainda, elencar as formas de enfrentamento utilizadas pelos profissionais no atendimento à criança hospitalizada.

Metodologia

A pesquisa é de natureza exploratório e abordagem qualitativa. Foi aprovada sob o parecer de nº 313.699, de 02 de julho de 2013, pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERN (CEP-UERN).

A coleta de dados foi realizada na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), teve como amostra a equipe de enfermagem da clínica pediátrica do HRTM constituindo um público de 10 profissionais, sendo 09 técnicos de enfermagem e 1 enfermeiro. Como critérios de inclusão, foi requerido que os profissionais da equipe de enfermagem, atuassem no mínimo há seis meses no serviço da instituição e estar envolvido diretamente no cuidado à criança hospitalizada. Como critério de exclusão, profissionais que fazem parte da equipe de enfermagem do HRTM, mas que estão gozando de férias, atestados médico ou licenças especiais; profissionais de enfermagem que não desenvolvem assistência de enfermagem direta à criança hospitalizada, como por exemplo, profissionais que assumem cargos administrativos, ou em outros setores.

A coleta deu-se através de uma entrevista semiestruturada. Os dados foram coletados no período de novembro de 2013 à Janeiro de 2014. Como forma de garantir o anonimato dos participantes e facilitar a compreensão das falas dos profissionais, foram atribuídos pseudônimos aos participantes do estudo. Os profissionais foram identificados com 10 nomes de personagens de desenhos animados, Minnie, Fiona, Tempestade, Narizinho, Liza Simpson, Barbie, Pocahontas, Ariel, Jasmine e Luluzinha.

Em relação à análise dos dados, os mesmos foram distribuídos em quatro categorias, onde os dados foram transcritos e analisados a partir do método de Análise do conteúdo de Bardin.

Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por enfermeiro e técnicos de enfermagem que fazem parte do quadro funcional na clínica pediátrica do Hospital Regional Tarcísio Maia (HRTM), sendo que 10% (01) correspondem ao coordenador de enfermagem, responsável pelo setor, e o restante, 90% (09) são técnicos de enfermagem. Caracterizando os participantes, observa-se que 100% dos participantes do estudo são do sexo feminino, No contexto da idade, observa-se, que o público é formado por mulheres adultas, que em sua maioria possuem filhos, são casadas e sendo o tempo de formação entre 20 e 29 anos. Fazendo referência ao tempo de atuação, estas profissionais trabalham há um período relevante na clínica pediátrica, entre 20 e 27 anos, e com isto, possuem conhecimentos, habilidades e atitudes desenvolvidas ao longo dos anos, experiências essenciais para a execução do seu trabalho.

Para melhor compreensão da análise dos dados, as discussões foram organizadas em quatro categorias: A criança hospitalizada e as relações que se constroem com a equipe de enfermagem, compreendendo a relação entre a família da criança hospitalizada e a equipe de enfermagem, Sentimentos da equipe de enfermagem e Estratégias utilizadas pela equipe de enfermagem para lidar com os sentimentos oriundos da assistência em pediatria.

Considerando os cuidados prestados por estes profissionais à criança hospitalizada, observou-se que em relação ao acolhimento e início dos cuidados com as crianças, vários são os sentimentos e pensamentos que se estabelecem, tais como: afeto, dedicação, apoio, conforto e interação.

Eu tenho um bom relacionamento, eu dou muito carinho, muita atenção, inclusive a gente cuida de umas crianças com doenças de multipolisacaridose que vem todas quintas-feiras, eu sou muito apegada com eles e eles comigo, graças a Deus! (FIONA)

O cuidar na pediatria perpassa por uma relação carinhosa, afetuosa de interação entre a equipe de enfermagem e a criança. O caráter da fala dos entrevistados nos remete a uma relação cordial e amável na pediatria, uma vez que, o cuidado é permeado por sentimentos positivos, possibilitando a construção de laços afetivos com a criança interna. Para Costa e Lima (2005), o cuidar nessa faixa etária, pode vir a possibilitar a construção de vínculos afetivos, que surgem diante da aproximação com o outro, estabelecendo um elo de segurança e afeto.

Para Cruz, Costa e Nobrega (2006), para que o atendimento a criança hospitalizada obtenha resultados satisfatórios, faz-se necessário o apoio e participação da família, por isso, um bom relacionamento entre família e profissionais de saúde é imprescindível. Neste sentido, os profissionais que participaram desta pesquisa também evidenciaram a importância do relacionamento amigável com a família das crianças hospitalizadas, referindo a necessidade de estabelecer a confiança, acolhimento e respeito à família, seus sentimentos, dúvidas e desafios.

Identificou-se que, no que concerne à família, alguns profissionais destacaram a necessidade de conseguir estabelecer a confiança. Para Cruz, Costa e Nobrega (2006), o relacionamento de confiança e empatia entre os sujeitos que compõem o cuidar, tanto na esfera familiar, quanto na assistencial, é primordial para o restabelecimento e bem estar da criança, que por sua vez, se encontra vulnerável psicologicamente, necessitando de atenção.

No tocante aos sentimentos gerados nos profissionais de saúde na execução dos seus cuidados Oler e Vieira (2006), acrescentam que, olhar os sentimentos, é colocar em pauta o cuidado que supera a mera razão do saber técnico e mecânico, é entender que, os profissionais de saúde são atores do cuidado e não meros executores de práticas técnicas.

Assim, no cuidar, não há um só sentimento, mas uma série deles que são desenvolvidos entre os profissionais no seu exercício de trabalho com a criança hospitalizada, conforme demonstram as falas.

Sinto angústia que a mãe ou a família passa pra mim também, né? Sentimento que o ser humano tem com qualquer pessoa, principalmente com criança. Não sei explicar bem quais são esses sentimentos, mas a angústia prevalece, porque as crianças muitas delas não sabem falar, só choram, e a gente fica angustiada (TEMPESTADE).

As falas apontam que os entrevistados sentem dificuldades em relatar seus sentimentos, no entanto é perceptível o sofrimento no seu cotidiano laboral, isso porque cuidar do outro e, principalmente, nessa faixa etária implica em vivências dolorosas e angustiantes, tendo em vista, que o cuidar, não é apenas clínico e técnico, perpassa pela afetividade, pelo emocional e vai de encontro com o íntimo do outro.

Diante desse cenário, as estratégias de enfrentamento entram em cena no cotidiano da pediatria, como ponto primordial e essencial para garantir a resolutividade do evento causador do sofrimento, caso não consiga êxito em tal façanha, possibilitar ao menos, tornar o convívio mais ameno, sem gerar grandes sofrimentos. Lages et al (2010), discorre, que as estratégias estão pautadas na tentativa de modificar o ambiente, a fim de, adaptarem-se a situação da melhor maneira possível, sem trazer risco a sua vida, reduzindo seu agente estressor.

Os profissionais de enfermagem conduzem a compreensão da necessidade de apoio profissional de outras especialidades, a fé e a fuga ou esquiva, como estratégias para o enfrentamento do sofrimento gerado pelo cuidado à criança hospitalizada.

Só a enfermagem não trabalha com relação a esses sentimentos, a gente tem que ter apoio de psicólogos, serviço social, terapeuta ocupacional. Até a gente tem que passar pelos psicólogos porque tem situações que não sabemos como agir, aí a gente procura ajuda de psicólogos para poder trabalhar (MINNEI).

A estratégia é fé. Tem que ter fé, amor, a fé em Deus vem para confortar. Deus é quem é o soberano, então o que homem não pode resolver, Deus pode, então a fé ela cura, ela faz o milagre acontecer, se DEUS quiser! (NARIZINHO).
Eu vou ser sincera, quando tô com muita pena de uma criança, eu a evito o possível, eu peço para a colega ir, peço para fazer os procedimentos (ARIEL).

Assim, percebemos no discurso da equipe de enfermagem, que lidar com crianças hospitalizadas não é uma tarefa fácil, devendo assim, ser considerada cada situação, com um olhar único, cujo resultado, depende de vários elementos. Esses profissionais devem estar preparados e possuírem ainda um acompanhamento por profissionais especializados, que sejam acionados sempre, quando os mesmos tiverem necessidade.

Conclusão

O estudo permitiu identificar que, as relações que são construídas pela equipe de enfermagem durante o processo de internamento na pediatria com a díade: criança/família caracterizam-se pela afeição, afeto, conflito, medo, saudades, ansiedade, tristeza, pena, dó e angustia. Todas essas relações, bem como, as vivências e os sentimentos expressados e vividos nesse contexto, são incorporados pela equipe de enfermagem. Nesse ínterim, a equipe de enfermagem encontra-se vulnerável, fragilizada, necessitando de cuidados, isso porque, quem cuida, também precisa ser cuidado.

Ao investigar a fundo o perfil sócio demográfico da equipe, concluiu-se que, a mesma compõe exclusivamente de mulheres que na sua grande maioria já vivenciaram a maternidade, fato que favorece sensibilidade com tudo que ocorre com a criança interna, isso porque, visualiza na criança que encontra em tratamento, o seu filho, sofrendo juntamente com a família, incorporando todas as sensações e sentimentos que a pediatria emana.

Tendo em vista, que trabalhar com criança não é uma tarefa fácil, esses personagens, são indispensáveis para a efetivação de um cuidado humanizado e de qualidade, logo precisa restabelecer seu equilíbrio emocional.

No entanto, para enfrentar tais sentimentos negativos que algumas vezes impossibilitam e dificultam a execução do cuidado, faz-se presente no cotidiano dos sujeitos da pesquisa, estratégias de enfrentamento, com o objetivo de garantir a resolutividade do evento causador do seu sofrimento, dentre essas estratégias, utilizadas pela equipe de enfermagem, que compõe a pediatria, foram mencionadas, o apoio multiprofissional, a fuga e o suporte espiritual. Assim sendo, essas estratégias, primam pela busca de se estabelecer na pediatria, um cuidado efetivo.

Ao final, o que resultou fora, que a leitura do processo de trabalho da enfermagem na clínica pediátrica, perpassa por relações dualísticas: afetuosas e conflituosas, onde os sentimentos experimentados pela equipe de enfermagem, advindos desse cuidado repleto de sensações e emoções, a deixa vulnerável, necessitando de um olhar para sua saúde psíquica. A pesquisa foi importante, pois demonstrou que, esses profissionais não são apenas meros executores de técnicas, o cuidado é permeado pelo o encontro com o outro, no entanto por absorver todas as sensações e problemas, a equipe encontra-se fragilizada, necessitando de ajuda.

Portanto, busca-se uma nova maneira de acolher esses profissionais que encontram-se exacerbados em seus sentimentos, vivenciando sofrimento psíquico, para isso, é necessário um olhar mais humanizado, dando-lhes espaço para escutar suas dores e seus sentimentos, garantindo suporte psicológico. Assim, a pesquisa abre novas perspectivas para se trabalhar e discutir a saúde mental da equipe de enfermagem.

Referências

COSTA JC, LIMA R. Luto da equipe: revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte morrer. Revista Latino-americana de Enfermagem 2005 março-abril; v.13 n.2 p.151-7. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n2/v13n2a04.pdf>> Acesso em: 20 de Dez de 2013.

CRUZ, D.S.M; COSTA, S F G; NÓBREGA, M. M. L. Assistência humanizada à criança hospitalizada. Revista RENER. Fortaleza, v. 7, n. 3, p. 98-104, set./dez.2006.

FAQUINELLO, P.; HARUMI, I. H.; MARCON, S. S. O Atendimento Humanizado em Unidade Pediátrica: Percepção do Acompanhante Criança Hospitalizada. Revista Texto Contexto de Enfermagem, Maringá, V.16, n.4. P.609-617, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n4/a04v16n4.pdf>>. Acesso em 19 de Abril de 2013.

LAGES, M. G. G; et al. Estratégias de Enfrentamento de Enfermeiros frente ao Paciente Oncológico Pediátrico. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 4, p. 503-510, 2011. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_57/v04/pdf/06_artigo_estrategias_enfrentamento_enfermeirosfrente_paciente_oncologico_pediatico.pdf>. Acesso em 14 de mar de 2013.

OLER, FG. VIERA, MRR. Conhecimento da equipe de enfermagem sobre a criança hospitalizada. Revista Ciência e Saúde 2006 out/dez v.13 n.4 p.192-197.

THOOL, A. D.; NITSCHKE, R. G. A Ambiguidade de Sentimentos Vivenciados No Quotidiano Da Equipe de Enfermagem Pediátrica. Revista Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica, São Paulo, V. 12, n. I. p.17-26, 2012. Disponível em <<http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf>>. Acesso em: 21 de Abril de 2013.

ANALISANDO A PRÁTICA DO MÉTODO MÃE-CANGURU EM UM HOSPITAL GERAL NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA/CE

Elisabeth Soares Pereira da Silva (apresentador) – Grupesme/UECE e Email: elisabeth.soares@outlook.com

Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal – Grupesme/UECE e Email: claudiamaciel2006@yahoo.com.br

Rogelânia de Lima Oliveira – Grupesme/UECE

Naiane Silva de Araújo – Email: naiane.s.araujo@hotmail.com

Palavras-chave: Método Mãe-Canguru. Saúde da criança. Unidades de Terapia Intensiva.

Resumo

O objetivo geral deste trabalho foi analisar a prática do método mãe-canguru e da humanização dos profissionais da área de enfermagem, caracterizando as mães e bebês envolvidos no método mãe-canguru e descrever a prática e execução deste método. O estudo foi do tipo exploratório, descritivo, de natureza quantitativa e qualitativa. A pesquisa foi realizada no Hospital Geral de Fortaleza, transcorreu de outubro de 2011 a outubro 2012. A amostra foi composta por 32 crianças e suas mães, fizeram parte também os profissionais de enfermagem envolvidos no método mãe-canguru. Nos resultados observou-se que 12,5% das mães eram adolescentes e 40,6% com idade superior a 35 anos. Tem-se que 59,4% das mães eram primigestas. Em relação ao abortamento, 81,3% das mães não tiveram aborto. Quanto às complicações na gestação a toxemia e infecções se destacaram ambas com 21,9% das mães, 9% era tabagista e/ou alcoolista, 6% usaram drogas ilícitas. Em relação aos bebês 61,3% tiveram boas condições ao nascer, contra 34,6% dos bebês que apresentaram cianose e 3,8% com ingestão de mecônio. Em relação ao peso de nascimento, 46,9% dos bebês apresentaram no máximo 1.500 gramas, contra 53,1% com peso superior. A maioria, 78% dos bebês pertenciam ao sexo masculino e 100% eram acompanhados pelas mães. Quando verificada a realização do pré-natal 72% realizaram a consulta, quanto ao tipo de parto 62,5% das mães realizaram parto cesariano. Conclui-se, a partir dos resultados, na eficácia do método tanto para o binômio quanto para rede familiar.

Introdução

No mundo, aproximadamente 20 milhões de crianças prematuras e com baixo peso nascem anualmente, sendo que, 30% morrem antes de completar um ano de vida. Estas estatísticas servem para alertar a fragilidade com que os recém-nascidos de baixo peso se encontram, destacando a importância de métodos alternativos que auxiliem os profissionais da saúde no intuito de mudar esta realidade (BRASIL, 2002).

Estatísticas no Brasil revelam que a prematuridade é responsável por mais de 50% da morbimortalidade entre os recém-nascidos sem anomalias fetais. Ainda com os avanços científicos na assistência aos pré-maturos, a sua aplicação muitas vezes isoladamente não têm oferecido soluções adequadas à frágil situação dos bebês de baixo peso ao nascer (COSTA, 2005).

Atualmente, no Brasil e no mundo, a atenção humanizada à criança, à mãe e à família vem demonstrando que abordagens aparentemente simples e inovadoras podem repercutir fortemente na redução destes indicadores. Em especial, um método alternativo conhecido como Método Mãe Canguru – MMC – vem ajudando a mudar este paradigma através do contato pele-a-pele entre a mãe e o recém-nascido de baixo peso. Este método vem permitindo uma maior participação dos pais no cuidado ao seu recém-nascido (ARAÚJO et al., 2010).

Após a sua inserção como uma prática auxiliadora no tratamento dos recém-nascidos de baixo peso, vários estudos vêm tentando comprovar a sua importância na redução das taxas de mortalidade neonatal, na prática da amamentação e nos benefícios psicológicos aos bebês (ARAÚJO et al., 2010).

Desta forma, o presente estudo tem por hipótese que o método mãe-canguru (MMC) produz resultados significativamente eficazes na redução da mortalidade neonatal, além de promover uma melhor interação no binômio mãe-filho.

Assim, a presente pesquisa propõe analisar a prática do método mãe-canguru e da humanização dos profissionais da área de enfermagem, caracterizar mães e bebês envolvidos no método mãe-canguru e descrever a prática e execução do método mãe-canguru.

Metodologia

O estudo foi realizado Hospital Geral de Fortaleza, A pesquisa transcorreu nos meses de outubro de 2011 a junho de 2012. A amostra foi composta por 32 crianças e suas mães. Fizeram parte também os profissionais de enfermagem envolvidos no método mãe-canguru. A população foi composta por todas as crianças nascidas de janeiro a junho de 2011 e suas mães, assim como os profissionais envolvidos neste processo. A amostra a ser trabalhada será para aquelas crianças e suas mães que nasceram no respectivo período e os profissionais de enfermagem que atualmente estão envolvidos no método Mãe-Canguru.

Foram utilizados dados primários e secundários, cuja coleta deu-se através de dois formulários semi-estruturados. Um foi aplicado para coletar informações através dos prontuários com a finalidade de caracterizar as crianças e suas mães envolvidas no método Mãe-Canguru. O outro consistiu através de observação sistemática da prática e execução do método Mãe-Canguru, onde foi aplicado um 'check list' através de visitas às instituições. Este procedimento, contempla a adequação do método às normas definidas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Estas normas fazem parte da implementação do Método nas Unidades Médico-Assistenciais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS.

Utilizou-se como critério de inclusão aquelas mães cujo, os filhos tenham nascido com peso < 2000g e que tenha aplicado o método mãe canguru. Foram excluídos os prontuários incompletos o suficiente para não responder o formulário elaborado.

A proposta do estudo foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa (COÉTICA) da instituição Hospital Geral de Fortaleza, procurando atender os aspectos recomendados na resolução 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Ao receber o parecer favorável do protocolo do CEP Nº 031102/11 para o seu desenvolvimento, foi iniciada a coleta de dados.

O contato com a instituição consistiu mediante ofício encaminhado juntamente com o projeto de pesquisa ao local do estudo, solicitando autorização para realização do estudo.

Resultados e Discussão

O método mãe canguru constitui uma prática auxiliar nas unidades de terapia intensiva neonatal, para o sucesso do método é imprescindível participação não apenas da mãe, mas também de toda a estrutura familiar.

Observou-se que 12,5% das mães eram adolescentes e 40,6% com idade superior a 35anos, faixas de idade consideradas de risco

para gestação. Conforme Bianco et al. (1996), a associação entre os riscos para a gestação em grupo de mulheres com idade igual ou superior a 35 anos não é tão evidente, especialmente quando se controla variáveis conflitantes como a paridade e as doenças pré-existentes.

Contudo, complicações como a hemorragia ao longo do período puerperal vem apresentando maiores evidências neste grupo, resgatando novamente, o debate sobre o risco nesta faixa etária.

Têm-se que 59,4% das mães eram primigestas, contra 21,9% das mães com 2 a 3 gestações e 18,8% grandes múltiparas. Em relação ao abortamento, 81,3% das mães não tiveram aborto, contra 18,8% com no máximo um aborto. No Brasil, estimativas recentes mostram que a taxa de aborto no país, se aproxima de 29% , bem acima dos resultados da amostra (ADESSE, MONTEIRO E LEVIN, 2008).

Quando verificada a realização do pré-natal 72% realizaram a consulta. Outro resultado que nos chama atenção é o tipo de parto 62,5% das mães realizaram parto cesariano. Esta incidência nas mães encontra-se abaixo da média brasileira com 80% dos partos (ADESSE, MONTEIRO E LEVIN, 2008).

Quanto às complicações na gestação a toxemia e infecções se destacaram ambas com 21,9% das mães, 9% era tabagista e/ou alcoolista, 6% usaram drogas ilícitas. De acordo com Carvalho et al. (2009), os principais riscos incluem a recusa a cuidados pré-natais, incapacidade para seguir orientações médicas, cuidado maternal e nutrição deficiente, risco de autoindução do parto, dentre outros de natureza correlata. Conforme os autores, tais fatores de risco, dentro outros, afetam significativamente a saúde clínica dos neonatos e, portanto, não devem ser desconsiderados nas análises.

De acordo com os prontuários 61,3% dos bebês tiveram boas condições ao nascer, contra 34,6% dos bebês que apresentaram cianose e 3,8% com mecônio. Em relação ao peso de nascimento, 46,9% dos bebês tiveram no máximo 1.500 gramas, contra 53,1% com peso superior. A maioria, 78% dos recém nascidos pertenciam ao sexo masculino e todos os bebês (100%) eram acompanhados pelas mães.

Conclusão

Este presente estudo buscou analisar a influência do método mãe-canguru na melhoria da qualidade de vida dos bebês neonatos, no hospital público de Fortaleza. Na revisão da literatura dissertou-se sobre a prática do método mãe canguru de acordo com suas posições específicas e pré-definidas e comprovamos a eficácia do programa. Os resultados benéficos de tal prática são empiricamente comprovados e demonstrados pela literatura clínica. O método inicialmente foi abordado em Bogotá na Colômbia visto a necessidade de escassez de recursos nos hospitais e a cada ano o método vem sendo mais respeitado pelos profissionais da saúde.

Verificou-se que o método mãe canguru constitui uma prática auxiliar nas unidades de terapia intensiva neonatal, para o sucesso do método é imprescindível participação não apenas da mãe, mas também de toda a estrutura familiar. Observou-se que a faixa etária das mães do projeto canguru de idade consideradas de risco, como adolescentes e aquelas maiores de 35 anos, destas a maioria eram primigestas. Em relação ao abortamento, as mesmas em sua grande maioria não tiveram aborto. Quando verificada a realização do pré-natal a maioria realizou consulta. Outro resultado que nos chama atenção foi o tipo de parto, a maioria das mães realizou parto cesariano. Quanto as complicações na gestação como a toxemia e infecções se destacaram uma pequena parcela era tabagista e/ou alcoolista, encontradas também usuárias de drogas ilícitas.

Os recém nascidos do estudo tiveram boas condições ao nascer, sendo considerado relevante que quase metade destes apresentaram cianose e ingestão de mecônio. Em relação ao peso de nascimento, quase metade dos recém nascidos tiveram no máximo 1.500 gramas. A maioria pertenciam ao sexo masculino e todos estavam sendo acompanhados pelas mães.

Com a observação sistemática a estrutura física da UTI neonatal foi considerada adequada, possui cadeiras moveis, triângulo para encosto e cabeceira para elevar promovendo assim um conforto para a mãe e RN, assim como evita o refluxo. O espaço entre os leitos não obedecia a norma padrão de cinco metros de distancia e sim um metro, por falta de espaço físico. O método canguru apresenta os kits preconizados pelo ministério da saúde.

A referida instituição atualmente está realizando a primeira e a segunda fase dentro da UTI neonatal e médio risco, a terceira etapa do método acontece quando o recém nascido canguru é agendado no prazo máximo de 10 dias. O número de binômios por enfermaria é de quatro o que atende o que preconiza o método que são seis no máximo. Um dos pontos considerados como positivos foi a localização do posto de enfermagem dentro do método mãe canguru. De acordo com estes resultados, pode-se concluir que o método mãe-canguru apresenta uma importante eficácia na redução da mortalidade neonatal e no aumento do vínculo no trinômio mãe-filho-familiar.

Referências

- ADESSE, L.; MONTEIRO, M. F. G.; LEVIN, J. Abortamento, um grave problema de saúde pública e de justiça social. Revista Radis – Comunicação em Saúde (periódico on line), n. 66, p. 10-15, 2008.
- ANDERSON, G. C. Skin to skin: kangaroo care in Western Europe. American Journal of Nursing, 5, 1989. 662-666.
- ANDERSON, G. C. Skin to skin: kangaroo care in Western Europe. American Journal of Nursing, v. 5, p. 662-666, 1989.
- ARAÚJO, C. L. et al. Método Mãe Canguru: uma investigação da prática domiciliar. Ciência e Saúde Coletiva , v. 15, n. 1, p. 301-307, 2010.
- BIANCO, A. et al. Pregnancy outcome at age 40 and older. Obstet Gynecol, v. 87, p. 917-922, 1996.
- BOHNHORST, B. et al. Skin-to-skin (Kangaroo) care, respiratory control, and thermoregulation. Journal of Pediatrics, v. 138, n. 2, p. 193-97, 2001.
- BRASIL. Manual do Curso: Atenção Humanizada ao Recém Nascido de Baixo Peso - Método Canguru. Ministério da Saúde. Brasília. 2002.
- CARDOSO, A. C. A. et al. Método Mãe-Canguru: aspectos atuais. Pediatria, São Paulo, v. 28, p. 128-134, 2006.
- CARVALHO, A. C. A. et al. O uso de drogas psicotrópicas na gestação. Revista Feminina, v. 37, n. 6, p. 331-338, 2009.
- CATTANEO, A. et al. Recommendations for the implementation of Kangaroo Mother are for low birthweight infants. International Network on Kangaroo Mother Care. Acta Paediatrica, v. 87, p. 440-445, 1998.
- CHARPAK, N.; RUIZ-PELAEZ, J. G.; CHARPAK, Y. Rey Martinez Kangaroo Mother Care Program: an alternative way of caring for low birth weight infants? One year mortality in two cohort studies. Pediatrics, v. 94, p. 804-910, 1994.
- COSTA, R. Reflexões da equipe de saúde sobre o método mãe-canguru em uma unidade de neonatologia: um diálogo fundamentado na abordagem problematizadora. Mimeo, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Florianópolis. 2005.
- GRAY, L.; WATT, L.; BLASS, E. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. Pediatrics, v. 105, n. 1, p. e14-e24, 2000.
- LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. Técnicas de pesquisa. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- LUDINGTON-HOE, S. M. et al. Kangaroo Care compared to incubators in maintaining body warmth in preterm infants. Biologic Research for Nursing, v. 2, n. 1, p. 60-73, 2000.

LUDINGTON-HOE, S. M.; HOSSEINI, R.; TOROWICZ, D. L. Skin-to-skin contact (Kangaroo Care) analgesia for preterm infant heel stick. AACN Clinical Issues, v. 16, p. 373-387, 2005.

MINAYO, M. C. S. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 23ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

REY, E. S.; MARTINEZ, H. G. Manejo racional del niño prematuro. Mimeo, Universidad Nacional, Curso de Medicina Fetal. Bogotá. 1983.

SILVA, E. S. P.; SÁ, F. E. Método Mãe Canguru (MMC): Os benefícios dessa prática para os neonatos de baixo peso ao nascer. XIV Encontro de Iniciação à Pesquisa. Fortaleza: Unifor. 2008.

TESSIER, R. et al. Kangaroo Mother Care and the Bonding Hypothesis. Pediatrics, v. 102, n. 2, p. e17, 1998.

UNICEF. The State of the World's Children 2008: Maternal and Newborn Health. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. New York. 2008.

UNICEF. The State of the World's Children 2009: Maternal and Newborn Health. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. New York. 2009.

VENANCIO, S. I.; ALMEIDA, H. Método Mãe Canguru: aplicação no Brasil, evidências científicas e impacto sobre o aleitamento materno. Jornal de Pediatria, v. 80, n. 5, p. S173-S180, 2004.

Agradecimentos

A Deus criador de todas as coisas que me levou nos braços em tempos tão difíceis e andou junto a mim até aqui, foi a sua mão direita e o seu braço santo que me deram a vitória.

A minha avó Elisabeth Soares (em memória), pela dedicação, amor e, acima de tudo, por ter me ensinado a jamais desistir dos meus sonhos e lutar sempre com fé em Deus, sem sombra de dúvida essa vitória também é sua.

Ao meu marido Leonardo Rocha, por sempre ter me apoiado e incentivado, além da ajuda em todos os dias para que eu me torne uma pessoa melhor.

ANALISANDO FATORES E BUSCANDO IDÉIAS NO COMBATE À DEPRESSÃO PÓS PARTO

Autor 1- MARIA ISABELY CAVALCANTE MARTINS-FACULDADE VALE DO SALGADO-isabely.cm@hotmail.com

Autor 2 – KERMA MARCIA DE FREITAS-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 3 – RAFAELA ALVES DE SOUSA-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 4 – RAYANE PEREIRA BARROS-FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 5 – MARIA ANAKLEBIA LEITE VILAROUCA- FACULDADE VALE DO SALGADO

Autor 6-JOSUÉ BARROS JUNIOR-FACULDADE VALE DO SALGADO

Palavras-chave: Depressão Pós-Parto. Saúde Mental. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

Em grande parte das culturas e nas diversas áreas geográficas, os fatores de risco para o desencadeamento de um quadro depressivo no pós-parto são semelhantes: perda significativa, estresse, episódio depressivo prévio, gravidez indesejada, dificuldades para lidar com o bebê e dificuldades econômicas. Objetivou-se analisar as dificuldades e práticas vivenciadas pelas mulheres com depressão pós-parto, no vínculo mãe-filho e suas repercussões nos significados estabelecidos à essa doença. Elegeu-se uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo como instrumento detector de conceitos envolvidos na implementação discursiva em torno da depressão pós parto por parte das mulheres envolvidas. O universo do estudo compreendeu dez mulheres que sofreram de depressão pós parto na cidade de Umari interior do Ceara. As informações foram obtidas por meio da técnica de uma roda de conversa, caracterizada por sessões previamente planejadas. O processo de análise e interpretação do material coletado partiu da análise de conteúdo de acordo com Bardin (2001). Observou-se nas falas que o fator de risco emocional determinante a depressão pos parto foram: à história de distúrbios psiquiátricos prévios (79,5%), interligados à idade das mesmas. Os fatores econômicos (89,9%), assim como aos eventos estressantes ligados à pobreza, carência de suporte social e seca (65,78%). A visibilidade do sofrimento inicial visto precocemente já na inicialização da gravidez, exige na atenção redobrada do enfermeiro durante as consultas de pré-natal, estudando-se possibilidade da gestante ter histórico familiar ou história pregressa de depressão na vida da mesma antes mesmo da concepção.

Introdução

A fundamental diferença entre tristeza e depressão se dá, na linguagem corrente, por serem palavras sinônimas, o que contribui muito para pessoas, pacientes, familiares, profissionais de saúde e mídia de entenderem a tristeza como doença e não como algo “normal” da vida (MENTA, 2010).

A prevalência da depressão nas mulheres é aproximadamente duas vezes superior à dos homens, sendo caracterizada como uma perturbação comum e tratável, porem, vários fatores de risco tem sido investigados com resultados contraditórios que se devem provavelmente à natureza complexa e multifatorial da perturbação (SOUSA, 2012).

A depressão pós parto (DPP) é uma condição que afeta 10 a 15 por cento das mulheres no pós-parto e geralmente inicia-se nos primeiros dias pós parto durante a quarta e oitava semanas e estende-se durante o primeiro ano pós parto. Apesar da alta incidência é pouco detectada e estudada sendo designada como problema de saúde pública, exigindo estratégias de prevenção e tratamento (MORAES, 2010).

Na trajetória da depressão pós-parto, deparamo-nos com os movimentos da construção de mensagens que buscam traduzir a sobreposição de sintomas, bem como os espaços de necessidades, recorrências, na possibilidade de demarcar a natureza dos indícios que constituíam a rejeição no vínculo mãe-filho (RICOUR, 1994).

Desse modo, é condição *sine qua non* uma proximidade com as dificuldades vivenciadas pelas portadoras da depressão pós-parto ao decodificarem reminiscências de falas, conflitos, queixas e sintomas em meio à busca de tratamentos, verificamos a necessidade de se questionar a doença, os movimentos empregados ao seu tempo, principalmente, quando estas passam despercebidas na leitura daquilo que coloca em risco sua própria palavra.

Reconhecer esta experiência permite-nos, compreender a articulação entre os lugares ocupados pelas mulheres, ao longo de sua gestação, estabelecendo o percurso de seus apelos, dos seus contatos, de suas vozes; imprimindo e conferindo as intenções que instauram renúncia, abandono, dispersão, no encontro consigo mesma e com o outro. Nesta direção, a brecha entre o que sabemos e o que fazemos é letal (PEROSA, 2010).

Nesse estudo objetivou-se analisar as dificuldades e práticas vivenciadas pelas mulheres com depressão pós-parto, no vínculo mãe-filho e suas repercussões nos significados estabelecidos à experiência de ser mãe além de Identificar as dificuldades e práticas relacionadas pelas mulheres sobre sua doença.

Metodologia

Elegeu-se uma pesquisa qualitativa de caráter descritivo como instrumento detector de conceitos envolvidos na implementação discursiva em torno da depressão pós parto por parte das mulheres envolvidas, buscando inovações nesse contexto e observando os entraves que dificultam e geram a doença (CAMPOS, 2011). O universo do estudo compreendeu dez mulheres que sofreram de depressão pós parto na cidade de Umari interior do Ceara. As informações foram obtidas por meio da técnica de uma roda de conversa, caracterizada por sessões previamente planejadas entre as mulheres que ja sofreram com a doença e o moderador desse estudo, vale ressaltar que durante seu desenvolvimento, o moderador mapeou os temas de interesse de maneira a adequar-se à imprevisibilidade das respostas e cuidando para que a discussão não se desvie dos propósitos do trabalho. Tal dinâmica flexível não comprometeu o cumprimento dos objetivos e sim facilitou a construção de um diálogo verdadeiramente recíproco. As falas foram gravadas e posteriormente analisadas. O processo de análise e interpretação do material coletado partiu da análise de conteúdo de acordo com Bardin (2001). Usou-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido e seguiu as recomendações da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, principalmente a Resolução 466/96.

Resultados e Discussão

Observou-se nas falas que o fator de risco emocional determinante a depressão parto das mulheres que tiveram depressão pós parto foi

à história de distúrbios psiquiátricos prévios (79,5%), interligados à idade das mesmas. Os indicadores psico-sociais evidenciaram associação aos fatores econômicos (89,9%), assim como aos eventos estressantes ligados à pobreza, carência de suporte social e seca (65,78%).

É importante salientar que suas narrativas consubstanciam traços factuais vividos no adoecimento, bem como uma estrutura enunciativa inserida na prática particular e social de cada uma delas. A seguir encontra-se o relato de uma paciente com 17 anos acerca da depressão: “acordo chorando e durmo gemendo de agonia. É um negócio que vai e volta uma coisa esquisita. Parece fogo dentro da cabeça queimando a vida da gente, é como no período das queimadas, destruindo a mata, no tempo das ‘brocas’ quando agente precisa plantar.” A narradora faz um parâmetro metafórico entre atos da sua vida cotidiana, adstritos à agricultura, relacionando-a ao fenômeno depressivo de que fora acometida.

Conclusão

As representações e repercussões emotivas vistas nas participantes desta pesquisa denotaram uma aproximação com a concepção de depressão descrita tradicionalmente pela saúde mental e para a psiquiatria, revelando um agrupamento de elementos sintomatológicos em torno do núcleo central formado pela "tristeza" e pela "angústia".

Essa preocupante realidade constatada, aliada à alta prevalência de depressão pós-parto registrada na amostra estudada, reforça a necessidade de uma urgente atenção e intervenção dos profissionais da saúde na direção de uma maior visibilidade para as dificuldades maternas que se escondem por trás da busca do atendimento exclusivamente para seus bebês.

A visibilidade do sofrimento inicial visto precocemente já na inicialização da gravidez, exige na atenção redobrada do enfermeiro durante as consultas de pré-natal, estudando-se a possibilidade da gestante ter histórico familiar ou história pregressa de depressão na vida da mesma antes mesmo da concepção e, recorrente até após o parto poderá prevenir graves problemas pessoais e familiares decorrentes desse tipo de transtorno biopsicoafetivo.

Como método de enfrentamento e pré diagnóstico da DPP enfatizamos, além da pesquisa de história pregressa, familiar e social da paciente, também abre-se espaço principalmente para a escuta ativa e o diálogo aberto e esclarecido entre a gestante e o enfermeiro evocando-se a importância dos seus temores, suas dores e suas necessidades para um melhor enfrentamento da DPP.

Referências

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo, Editora Martini Fontes, 2001.

CAMPOS, Rosana Onocko and BACCARI, Ivana Preto. **A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial**. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011, 16(4): 2051-2058.

MENTA. OV, Souza. MGG. Depressão pós-parto: Sinais e sintomas em puérperas de risco no primeiro ano de vida do bebê. *Arq Ciênc Saúde* 2010 abr-jun; 17(2):67-72.

MORAES IGS, Pinheiro RT, Silva RA, Horta BL, Sousa PLR, Faria AD. Prevalência da depressão pós-parto e fatores associados. *Rev Saúde Pública* 2010;40(1):64-70.

PEROSA GB, Silveira FCP, Canavez IC. Ansiedade e depressão de mães de recém-nascidos com malformações visíveis. *Psicol Teor Pesqui* 2010;24(1):29-36.

RICOUER, P. (1994). Tempo e narrativa. Campinas: Papirus.

SOUSA, SG. Depressão pós parto estudo de prevalência e detecção de fatores de risco. 2012.

Agradecimentos

Agradecemos a FACULDADE VALE DO SALGADO e em especial a coordenação do curso de Enfermagem que tem nos incentivado e apoiado de todas as maneiras possíveis.

ANÁLISE DA COBERTURA VACINAL EM CRIANÇAS ATÉ UM ANO EM DUAS COMUNIDADES DO BAIRRO SERRINHA EM FORTALEZA

Orlando Lima Diógenes (apresentador) – Universidade Federal do Ceará/ e-mail: orlandolima7@gmail.com

Lirena de Paiva Narciso - Universidade Federal do Ceará

Taís Castelo de Oliveira - Universidade Federal do Ceará

Brena Ferreira dos Santos - Universidade Federal do Ceará

Thuliermes Lopes Pamplona - Universidade Federal do Ceará

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti (orientador) - Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: vacinação; puericultura; desenvolvimento

Resumo

A vacinação das crianças de até um ano é essencial para o pleno desenvolvimento destas. O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar acompanha cerca de 26 crianças na comunidade da Serrinha, em Fortaleza, por meio de uma atividade chamada Puericultura. Um dos aspectos observados nesse acompanhamento constante é a pontualidade no calendário de vacinação, dada a importância desse tema. O trabalho realizado descreve resultados e possíveis conclusões levantadas com a análise dos dados obtidos pelo Projeto. Os resultados e discussões geradas são muito relevantes para o panorama daquela comunidade, não apenas para nortear novas ações do Projeto, mas também para alertar sobre a importância da vacinação para o crescimento saudável das crianças.

Introdução

A vacinação das crianças no primeiro ano de vida tem papel essencial para a prevenção de várias doenças transmissíveis e está diretamente associada à redução da taxa de mortalidade infantil (DESGRÉES DU LOÛ; PISON G; AABY P, 1995).

Em 1973, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Imunizações (PNI), visando aumentar a cobertura vacinal da população brasileira. Apesar da melhoria nas coberturas vacinais observada após a implantação desse programa, uma parcela das crianças continua sem ser vacinada adequadamente, mesmo em locais com ampla disponibilidade de serviços de saúde.

A partir disso, O Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar busca sempre orientar as mães acerca da importância de manter o calendário de vacinação atualizado, fato que envolve o diálogo e a aquisição de confiança das mesmas.

Segundo o Ministério da Saúde, a cobertura vacinal contra a hepatite B no Brasil dos anos de 2000 a 2005 foi em torno de 90 a 92%, no Nordeste foi de 85% no ano de 2005 e no Ceará de 88%, também em 2005. Já a BCG teve sua cobertura acima de 100% em todas as regiões brasileiras de 2000 a 2005, alcançando aproximadamente 105% em 2005, na região Nordeste. A tríple viral foi implantada no calendário de vacinação em 2003 e no período de 2003 a 2005, manteve sua cobertura acima de 100% na maioria das regiões, exceto no Amazonas (nos 3 anos), no Tocantins (em 2004 e 2005) e em Minas Gerais (em 2005). A cobertura da vacina tetravalente (posteriormente substituída pela pentavalente) de 2000 a 2003 foi acima de 90% no Brasil, com variações de 92% a 108% entre os estado do Nordeste em 2002.

Metodologia

Foram avaliados dados referentes à vacinação dos bebês durante seu primeiro ano de vida; contidos nas fichas de acompanhamento da puericultura, preenchidas pelos membros do Projeto durante as visitas, as quais perfazem um total de quatro (uma a cada três meses, aproximadamente) durante o primeiro ano de vida de cada criança. As visitas são realizadas a partir de um cadastro prévio, realizado no Encontro das Gestantes, promovido pelo mesmo Projeto, que atua nas comunidades Neo e Garibaldi, no Bairro Serrinha em Fortaleza. Nas fichas são encontradas informações que incluem hábitos de higiene e alimentação, além do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, bem como do cartão vacinal da criança e, a partir dele, o item “Imunização” das fichas foi preenchido. Foi analisado o item “Imunização” das fichas de crianças que tiveram sua última visita realizada nos anos de 2012 e 2013, totalizando 26 crianças, portanto, 26 fichas. Dados sobre as seguintes vacinas foram colhidos: BCG (indicada ao nascimento), hepatite B (3 doses, indicadas para crianças com 0,1 e 6 meses, respectivamente), anti-poliomielite (3 doses, indicadas para crianças com 2,4 e 6 meses, respectivamente), pentavalente (DPT, Hib, HB;3 doses, indicadas para crianças com 2,4 e 6 meses, respectivamente), vacina oral de rotavírus humano (2 doses, indicadas para crianças com 2 e 4 meses, respectivamente), tríple viral (1ª dose, indicada para crianças com 12 meses), meningocócica C (2 doses, indicadas para crianças com 3 e 5 meses respectivamente), pneumocócica 10 (3 doses, indicadas para crianças com 2,4 e 6 meses, respectivamente). Tais vacinas com suas respectivas doses são as recomendadas pelo Ministério da Saúde e são referentes à idade até um ano. A análise foi realizada comparando a idade da criança com as vacinas que deveriam está em dia, de acordo com o apresentado acima. É importante mencionar que a vacina pentavalente foi incluída no calendário vacinal somente no segundo semestre de 2012 em substituição à tetravalente, logo, algumas crianças haviam sido vacinadas com a tetravalente e foram incluídas como vacinadas com a pentavalente.

Resultados e Discussão

Na primeira visita, foram observadas crianças entre 12 dias e 4 meses e 5 dias. Sendo a média de idade de um mês e vinte e dois dias. Nessa faixa etária, foi observado que, de um total de 26 crianças acompanhadas pelo Projeto, apenas seis apresentaram atrasos na vacinação, considerando o Calendário Nacional de Vacinação, do Ministério da Saúde, algumas porém, com atrasos em mais de uma vacina. Considerando o número total de vacinas atrasadas, a primeira dose da vacina Rotavírus (21,4%), e a segunda dose da vacina anti-poliomielite (20%), foram as mais negligenciadas, seguidas de porcentagens iguais e menores (14,3%) de outras vacinas, como as primeiras doses da Pneumocócica Conjugada, da Anti-poliomielite e da Pentavalente, além das segundas doses das vacinas contra Rotavírus e Hepatite B.

Os atrasos registrados são de grande relevância. Na faixa etária definida, as crianças já deveriam, por exemplo, ter sido imunizadas com as duas doses da vacina Rotavírus, que protege as crianças menores de um ano contra infecções, como a Gastroenterite, principalmente, que provoca diarreias graves, sobretudo durante o primeiro ano de vida. Foi evidenciado com os dados que algumas crianças já haviam atrasado a primeira ou a segunda dose dessa vacina, fato preocupante, dadas as possíveis consequências desse atraso. Outro atraso em destaque foi o da segunda dose da anti-poliomielite (VIP – vacina inativada poliomielite). A Poliomielite pode, através da corrente sanguínea, atingir o Sistema Nervoso Central e causar paralisia, sobretudo dos membros inferiores, sendo em 5 a

10 % dos casos um paralisia irreversível. Não há tratamento para a poliomielite, tornando, portanto, a vacinação essencial e o atraso ainda mais preocupante.

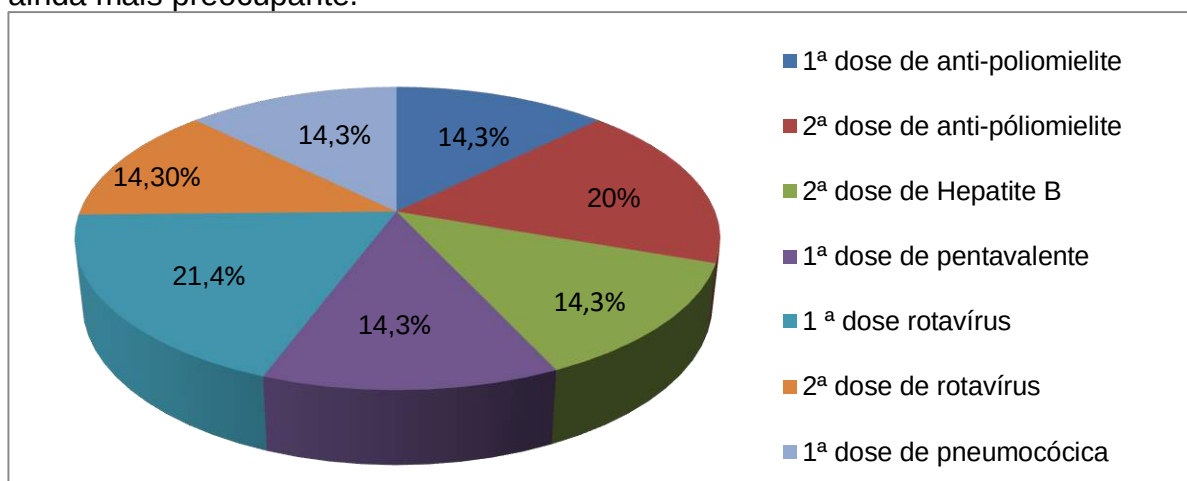


Figura 1 – Relação de atrasos na vacinação observados durante a primeira visita.

Na segunda visita, foram observadas crianças entre dois meses e sete dias e oito meses e um dia. Sendo a média de idade de cinco meses e vinte e dois dias. Nessa faixa etária, foi observado que, de 26 crianças, dez crianças apresentaram atraso na vacinação, em alguns casos, com mais de uma vacina atrasada, totalizando 37 vacinas atrasadas de seis tipos e em estágios vacinais distintos. Analisando o gráfico, pode-se observar que as terceiras doses da Pentavalente (23,5%), da Pneumocócica (18,9%) e da Anti-poliomielite (16,2%) foram as vacinas que mais foram atrasadas. Além destas, outras vacinas registraram atraso, como a primeira e segunda doses da Pentavalente (2,7% e 5,4%, respectivamente), da Meningocócica (2,7% e 8,1%), da Rotavírus (ambas com 2,7%); a segunda e terceira doses da Hepatite B (5,4% e 10,8%, respectivamente) e a segunda dose da pneumocócica (10,8%), mas essas em porcentagens menores.

A análise dos atrasos revela que a terceira dose da vacina Pentavalente é a que foi mais atrasada. Esse fato é muito importante, considerando que essa vacina é um dos principais meios de imunização da criança, de até um ano de idade, contra infecções causadas pela bactéria *Haemophilus influenzae* tipo b, como a meningite, que pode deixar sequelas neurológicas na crianças que sobrevivem, devido a inflamação grave nas meninges, e a pneumonia, muitas vezes fatais em crianças recém-nascidas. Outros atrasos destacados foram das terceiras doses da vacina Pneumocócica, essencial para o desenvolvimento da criança, já que previne contra as bactérias do gênero *Pneumococo*, que podem causar desde meningite até otite média, doença esta bem recorrente em crianças de até cinco anos e que se não for prevenida ou tratada pode incorrer em perda da audição pela criança e até dificuldade de comunicação no futuro, e da vacina Anti-poliomielite, que deveria ter sido administrada por volta dos seis meses e representa uma continuidade dos atrasos evidenciados na primeira visita, na qual a segunda dose dessa mesma vacina também foi destacada nos atrasos mais comuns. Essa persistência revela o enorme risco ao qual as crianças não vacinadas estão sujeitas.

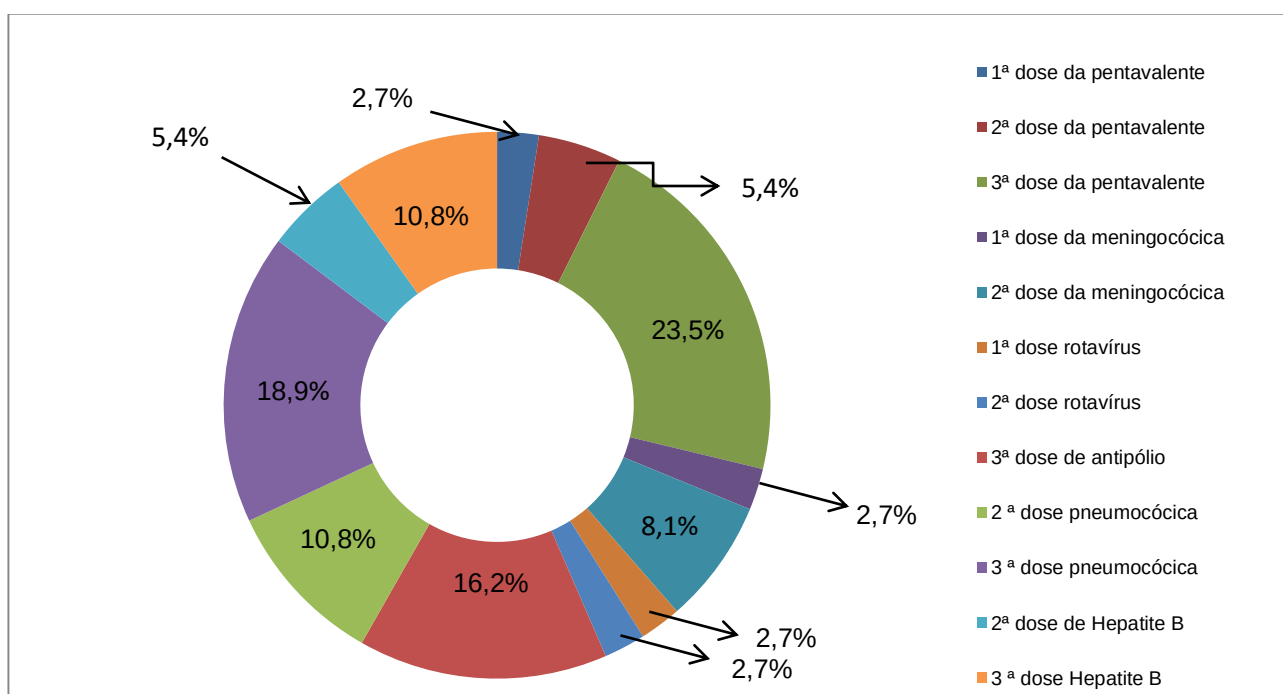


Figura 2 – Atrasos percebidos na segunda visita

Na terceira visita, a idade das crianças estava entre sete meses e dois dias e dez meses e cinco dias. Sendo a média de idade igual a oito meses e cinco dias. Das 26 crianças acompanhadas, apenas sete registraram algum atraso na vacinação, sendo que algumas tiveram mais de uma vacina atrasada, totalizando 14 vacinas em atraso. Considerando esse intervalo etário, ficou evidente, nas observações feitas pelo Projeto e também no gráfico apresentado, que a vacina mais negligenciada foi a terceira dose da Pneumocócica (35,7%), que já havia indicado um atraso bastante relevante na segunda visita e que, apesar da porcentagem maior na terceira visita, registrou uma queda, já que na visita anterior sete crianças estavam atrasadas e na terceira, cinco crianças. Esse aumento na porcentagem, no entanto, é importante pois mostra que os demais casos de atrasos diminuíram em relação aos atrasos na vacina Pneumocócica.

Outros atrasos evidenciados na terceira visita foram das vacinas Anti-poliomielite e Pentavalente (ambas a terceira dose), com 14,3% cada, além da Rotavírus (primeira e segunda doses) e da Hepatite B (segunda e terceira doses), com 7,1% dos casos cada uma. As terceiras doses da Pentavalente e da Anti-poliomielite haviam registrado porcentagens elevadas na última visita, mas recuaram, indicando maior pontualidade na vacinação das crianças, bem como maior proteção para estas.

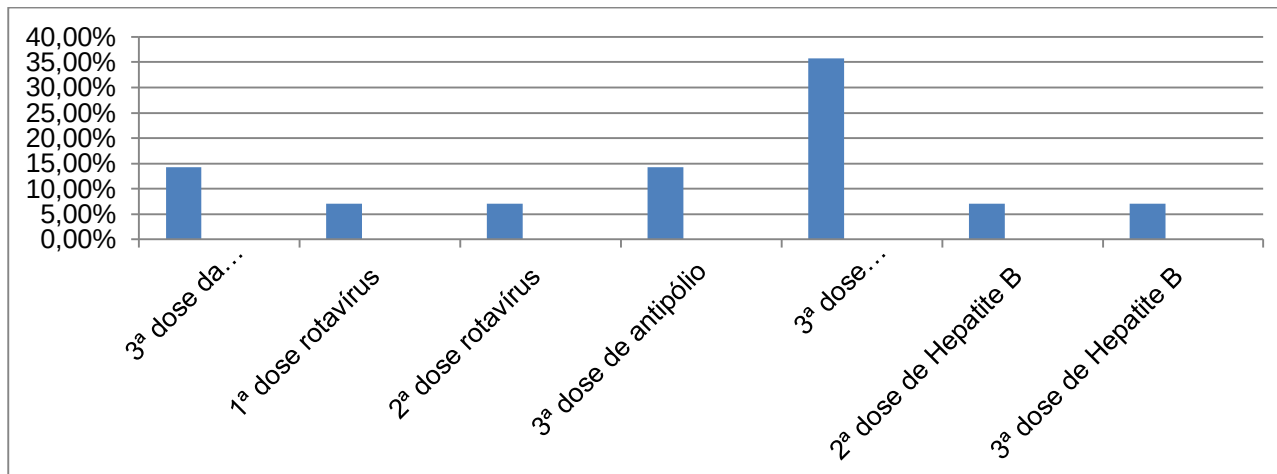


Figura 3 – Atrasos observados na terceira visita

Na última visita, que avaliou a imunização de crianças entre onze meses e um ano e dois meses, a média de idade foi de um ano e 14 dias. Das crianças acompanhadas, 26, apenas sete mostraram algum atraso e algumas atrasaram em mais de uma vacina, totalizando 15 atrasos. Dessa vez, uma vacina, que até então não havia sido considerada, aparece como uma vacina necessária, é a Tríplice Viral. Nessa visita, 33,3% dos atrasos eram referentes a essa vacina. A Tríplice Viral é uma vacina combinada, assim como a Pentavalente, e que imuniza a criança contra Sarampo, Rubéola e Caxumba, doenças que podem levar à diarreia e à pneumonia, no caso do Sarampo, além de poder afetar o Sistema Nervoso Central e levar à esterilidade, no caso da caxumba, sendo essas doenças causas de mortalidade de crianças antes dos cinco anos. Portanto, a vacina é essencial. Outras vacinas registraram atraso, como a da Hepatite B (segunda e terceira doses) e a Pneumocócica (segunda e terceira doses), ambas em 13,3% dos casos, além da Rotavírus (primeira e segunda doses) em 6,6% dos casos.

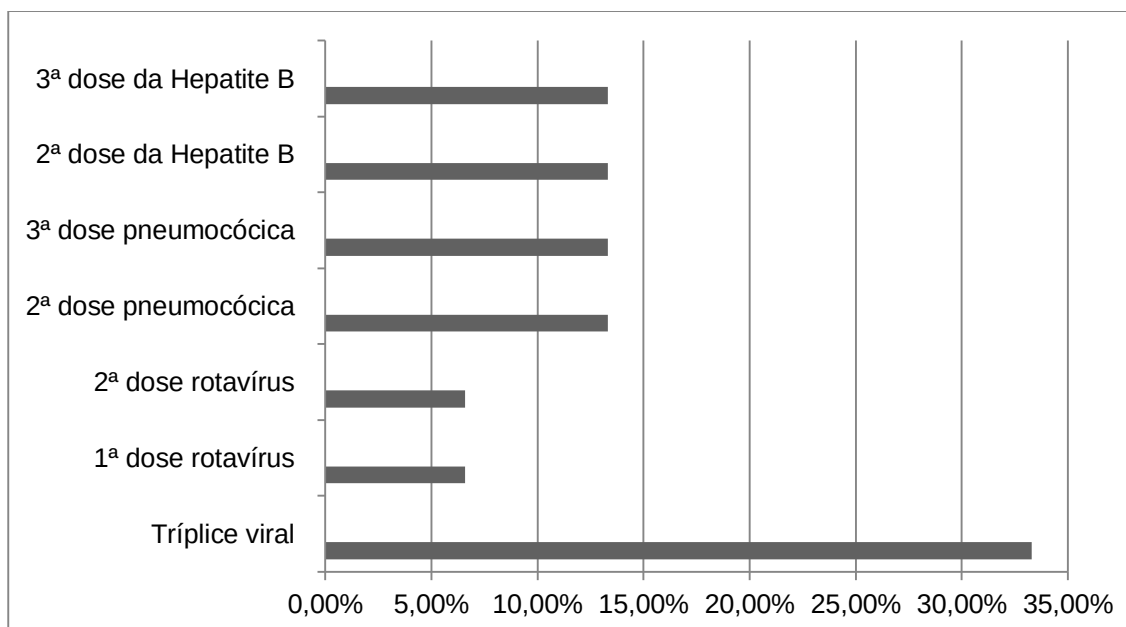


Figura 4 – Atrasos durante a quarta visita

Após as quatro visitas, foi possível traçar um panorama da cobertura vacinal dessas crianças, analisando o respeito ao calendário de vacinação. Até então, uma vacina, presente nesse panorama, ainda não havia sido analisada, a BCG. Essa vacina foi administrada em todos os casos, fato explicado pois, a BCG é indicada após o nascimento como forma de imunização do bebê contra a tuberculose e não precisa de outras doses, portanto evita atrasos.

A BCG, a Pentavalente, a Meningocócica e a Anti-poliomielite alcançaram 100% de crianças vacinadas dentro do grupo analisado. A Rotavírus atingiu 96,1%, a da Hepatite B, 92,3%, a Pneumocócica, 88,4% e a Tríplice Viral com 84,7% das crianças imunizadas.

Conclusão

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

Referências

DESGRÉES DU LOÛ; PISON G; AABY P. Role of immunizations in the recent decline in childhood mortality and the changes in the female/male mortality ratio in rural Senegal. Amer J Epidemiol 1995; 142:643-52. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7653475>>.

DATASUS. Rede Interagencial de Informações para Saúde. Comentários sobre os indicadores de Cobertura até 2006. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/livroidb/Com2007/Com_F13.pdf>.

SBIm. Sociedade Brasileira de Imunizações http://www.sbim.org.br/wp-content/uploads/2013/06/crianca_calendarios-sbim_2013-2014_130621.pdf

Agradecimentos

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

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DOS PACIENTES ACOMETIDOS POR DOENÇA VASCULAR ENCEFÁLICA (DVE)

Italine Maria Lima de Oliveira Belizario 1 (apresentador) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR / italine@live.com

Luciana Dias Belchior 2 – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Kátia Castelo Branco Machado Diógenes 3 – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Rosendo Freitas de Amorim 4 (Orientador) – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Palavras-chave: Doença Vascular Encefálica. Qualidade de Vida. Fisioterapia.

Resumo

O presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida dos pacientes acometidos por Doença Vascular Encefálica (DVE). Trata-se de um estudo transversal de caráter quantitativo realizado na Universidade de Fortaleza - UNIFOR no período de Maio de 2012, onde se aplicou o questionário SF-36 em 20 pacientes com sequelas crônicas de DVE. A idade média dos pacientes foi de $58,8 \pm 10,1$ anos para pacientes do sexo masculino e $56,5 \pm 12,7$ anos para pacientes do sexo feminino, sendo treze do sexo masculino e sete do sexo feminino, identificou-se que os entrevistados não possuem uma boa percepção do seu estado de saúde relacionado à qualidade de vida, apresentando nos domínios seguintes resultados: Capacidade funcional média de $52,2 \pm 45,5$; Limitação por Aspectos Físicos média de $17,5 \pm 33,5$; Dor média de $82 \pm 27,4$; Estado Geral de Saúde média de $52,8 \pm 17,3$; Vitalidade média de $59,5 \pm 22,9$; Aspectos Sociais média de $66,4 \pm 18,6$; Aspecto Emocional média de $41,6 \pm 46,9$; Saúde Mental: uma média de $61,6 \pm 14,7$. Foram comparados os domínios com relação ao sexo, sendo evidenciada diferença estatística apenas no domínio estado geral de saúde. Pacientes com sequelas de DVE apresentaram comprometimento na percepção da qualidade de vida em relação aos domínios aspecto físico, aspecto emocional e nos coeficientes físico e mental sumarizados, podendo ser explicado pelas manifestações clínicas provocadas pelo DVE, que causam danos em sua independência e autonomia.

Introdução

A Doença Vascular Encefálica (DVE) é definida como uma alteração da circulação cerebral que acarreta um déficit transitório ou definitivo, com sinais e sintomas correspondentes ao comprometimento do funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, podendo ser hemorrágico ou isquêmico e resultando em perda da função neurológica (RAFII, 2006).

Essa doença apresenta como principal fator de risco a hipertensão arterial. As cardiopatias são consideradas o segundo fator mais importante, principalmente para quadros embólicos e aterotrombóticos (RADANOVIC, 2000). A diabetes mellitus é um fator independente para doenças cerebrovasculares uma vez que acelera o processo aterosclerótico. Outros fatores são os altos níveis de colesterol, alto consumo de álcool, obesidade, uso de fumo e cocaína (UMPHRED, 2004).

Segundo André (2006) essa patologia cerebrovascular é a primeira causa de incapacitação funcional no mundo ocidental, devido às sequelas e déficits neurológicos que ocasiona ao paciente, aliado à diminuição da função cognitiva, indicando influência negativa na recuperação.

A maioria dos pacientes com essa patologia evolui com incapacidades e sequelas motoras globais, alterações da fala, linguagem, deglutição e deficiências sensoriais (CESÁRIO et al. 2006), tendo como consequência um impacto significativo em seu nível de independência funcional e sofrendo um desgaste de sua qualidade de vida - (QV) (Costa, 2008).

A QV de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) é definida como a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua vida, no contexto da cultura, sistemas de valores nos quais ele vive e aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (FLECK, 2000). Já o termo qualidade de vida relacionada à saúde (QVRS) vem sendo utilizado para referir-se à percepção de um indivíduo às dimensões física, psicológica, funcional e social influenciadas pela doença, tratamento ou outros agravos (OLIVEIRA, 2008).

Não existe um único instrumento capaz de avaliar todas as situações de doença e saúde (CICONELLI, 2003). O Medical Outcomes Short-Form 36-item Health Survey (SF-36) é um instrumento criado para a avaliação da QV, cujos tópicos não foram idealizados para uma determinada idade, sexo, doença ou grupo de tratamento. Esse instrumento foi traduzido e adaptado culturalmente para a população brasileira, de acordo com metodologia internacionalmente aceita (BEATON, 2000).

Por se tratar de uma patologia com uma alta incidência e de grande impacto sobre a saúde da população, o presente estudo teve como objetivo analisar a qualidade de vida em pacientes com Doença Vascular Encefálica.

Metodologia

Foi realizado um estudo transversal de caráter quantitativo realizado na Universidade de Fortaleza – UNIFOR no período de fevereiro a maio de 2012. Esta pesquisa seguiu os preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996) e do código de ética do fisioterapeuta e terapeuta ocupacional – Resolução COFFITO-10, sendo aprovada pelo comitê de ética da Instituição. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participaram do estudo pacientes com diagnóstico de DVE, com sequelas de hemiplegia completa e incompleta na fase crônica em atendimento no serviço de fisioterapia do NAMI. Foram excluídos os indivíduos com déficit cognitivo, menores de dezoito anos, que apresentem alterações psiquiátricas associadas e que não realizem o tratamento fisioterápico constante, apresentando aproximadamente três faltas concomitantes ou cinco ao longo de três meses.

Os dados foram coletados através do questionário SF-36 o qual é constituído de oito domínios, divididos em duas partes, a primeira avalia o estado de saúde (questões relacionadas à mobilidade física, dor, energia, isolamento social e reações emocionais) e a segunda parte avalia o impacto da doença na vida diária do indivíduo (MAKIYAMA, 2004), é uma escala válida para as condições socioeconômicas e culturais da população brasileira, sendo traduzido e validado na língua portuguesa (CICONELLI, 1999) e extensamente utilizada em sobreviventes de DVE (MAYO et al. 2002). O questionário SF-36 é um instrumento genérico de avaliação de qualidade de vida, de fácil administração e compreensão. Apresenta um escore final de zero a 100 pontos, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e 100 ao melhor estado de saúde. Segundo Rodrigues (2003), os escores do instrumento proposto são avaliados da seguinte forma: um escore de 50 indica ausência de disfunção, entre 50 a 100, um estado positivo e consequentemente sem problemas de saúde.

Composto por 36 itens, subdivididos em oito domínios: Capacidade Funcional (10 itens) - avalia a presença e extensão de limitações relacionadas à capacidade física; Aspectos Físicos (04 itens) - avalia as limitações quanto ao tipo e quantidade de trabalho, bem como quanto essas limitações dificultam a realização do trabalho e das atividades da vida diária; Dor (02 itens) - avalia a presença de dor, sua

intensidade e sua interferência nas atividades da vida diária; Estado Geral de Saúde (05 itens) - avalia como o paciente se sente em relação a sua saúde global; Vitalidade (04 itens) - considera o nível de energia e de fadiga; Aspectos Sociais (02 itens) - analisa a integração do indivíduo em atividades sociais; Aspectos Emocionais (03 itens) - avalia o impacto de aspectos psicológicos no bem-estar do paciente; e Saúde Mental (05 itens) - inclui questões sobre ansiedade, depressão, alterações no comportamento ou descontrole emocional e bem-estar psicológico (CICONELLI, 1999).

A coleta foi realizada em um ambiente propício para o preenchimento do questionário pelos participantes, onde os mesmos gastaram, em média, de 10 a 15 minutos para responder o questionário, quando necessário auxílio do pesquisador, o mesmo teve a sensibilidade de não induzir a resposta quando o paciente não apresentava condições de responder individualmente ao instrumento utilizado.

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 13.0, através da estatística descritiva utilizando-se o teste t student não pareado, sendo considerado estatisticamente significativo quando $p < 0,05$. Para melhor descrição dos dados os mesmos foram expressos na forma de média $\pm$ desvio padrão.

Resultados e Discussão

Foram avaliados 20 pacientes, sendo treze do sexo masculino e sete do sexo feminino, com idade média de $58,8 \pm 10,1$ anos para pacientes do sexo masculino e $56,5 \pm 12,7$ anos para pacientes do sexo feminino.

Domínio Capacidade Funcional: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $52,2 \pm 45,5$. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $60 \pm 52,5$ e o feminino de $37,8 \pm 25,7$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,3$).

Domínio Limitação por Aspectos Físicos: Quando analisado o grupo como um todo foi demonstrado uma média de $17,5 \pm 33,5$ no aspecto físico. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $11,5 \pm 21,9$ e o feminino de $28,5 \pm 48,7$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,7$).

Domínio Dor: Quando analisado o grupo como um todo foi comprovado uma média de $82 \pm 27,4$ no domínio dor. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $85 \pm 25,6$ e o feminino de $76,4 \pm 33,3$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,8$).

Domínio Estado Geral de Saúde: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $52,8 \pm 17,3$ no estado geral de saúde. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $51 \pm 17,2$ e o feminino de $56,2 \pm 18,3$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,1$).

Domínio Vitalidade: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $59,5 \pm 22,9$ no domínio vitalidade. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $58 \pm 24,3$ e o feminino de $62,1 \pm 28,5$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,1$).

Domínio Aspectos Sociais: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $66,4 \pm 18,6$ no aspecto social. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $61,5 \pm 18,7$ e o feminino de $75,4 \pm 15,7$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,3$). Domínio Aspecto Emocional: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $41,6 \pm 46,9$ no aspecto emocional. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $58,9 \pm 49,3$ e o feminino de $9,5 \pm 16,2$, sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,01$).

Domínio Saúde Mental: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $61,6 \pm 14,7$ no domínio saúde mental. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $58,7 \pm 13$ e o feminino de $66,8 \pm 17,3$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,5$).

Coeficiente Físico Sumarizado: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $48,5 \pm 10,5$ no coeficiente físico sumarizado. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $49,4 \pm 11,5$ e o feminino de $46,6 \pm 9$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,3$). Coeficiente Mental Sumarizado: Quando analisado o grupo como um todo foi evidenciado uma média de $41,4 \pm 11$ no coeficiente mental sumarizado. Quando separado esta amostra pelo gênero o sexo masculino apresentou média de $41,3 \pm 12,4$ e o feminino de $41,5 \pm 8,5$, não sendo evidenciada diferença estatística entre os grupos ($p = 0,4$).

Neste estudo, observamos que a idade média dos voluntários foi 58 anos para o sexo masculino e 56 anos para o sexo feminino; 35% eram do sexo feminino, mostrando que homens são mais acometidos por DVE sendo confirmado por pesquisas realizadas por Duncan (2003), que aponta que a DVE é predominante no gênero masculino.

A QV surge como uma nova meta a ser alcançada pela área da saúde, pois o principal objetivo do sistema de saúde não pode ser somente a cura ou algumas vezes o controle da doença, mas, devendo proporcionar melhora da qualidade de vida das pessoas pertencentes a diferentes contextos sociais (NORDENFELT, 1994). Quando um indivíduo é afetado por uma doença crônica, não é somente o fator patológico que influencia, no entanto também o sexo, a idade, religião e ainda sua adequação à vida após a doença (BRASIL, 2008). A avaliação da QV vai além da abordagem identificando indicadores que constituam medidas para avaliá-la, ela abrange os componentes físico, social, emocional e cultural do indivíduo, sendo necessário ponderar que a QV parece ter uma dinâmica própria.

De acordo com Okuma (1997) a perda da capacidade funcional leva o indivíduo a incapacidade para realizar as atividades de vida diária: vestir, comer, tomar banho sozinho e, até mesmo, caminhar pequenas distâncias de forma independente. Da mesma forma, também são prejudicadas as atividades instrumentais da vida diária, que se referem às atividades mais complexas do cotidiano, tais como: passear, fazer compras, limpar a casa, lavar roupa, dirigir, utilizar meios de transporte coletivo entre outros.

A relação entre os resultados dos aspectos físicos que analisa o impacto da saúde física no desempenho das atividades diárias e/ou profissionais apresentou baixo escore (CICONELLI, 1998). Os baixos escores apresentados nesses domínios podem ser explicados pela baixa capacidade aeróbica e força muscular que apresentam os pacientes acometidos por acidente vascular encefálico, o que acarreta uma baixa tolerância ao exercício, sendo provável que eles tenham problemas para realização de atividades ocupacionais refletindo em uma diminuição nas habilidades diárias (MAKIYAMA, 2004).

O domínio da dor que pondera o episódio e a intensidade de quadros algícos, além da influência desse sintoma na vida cotidiana do indivíduo. De forma geral, a maioria dos pacientes com DVE referiram presença de algia, pois obtiveram o maior escore, de média 82. A dor, principalmente a articular, é a companheira constante do portador de sequelas de DVE. A dor na articulação do ombro é uma das mais comuns e, talvez, uma das mais limitantes. Esse dado é similar ao de Bugge (2001) que obteve níveis muito próximos às médias de nossos grupos.

O estado geral de saúde é o responsável por avaliar a forma de a pessoa demonstrar a sua própria concepção de saúde e de se sentir saudável (COSTA, 2002). No presente estudo, identificou-se que os entrevistados possuem uma boa percepção do seu estado de saúde relacionado à qualidade de vida, pois obtiveram escores de média 52,8. No domínio responsável por avaliar a vitalidade a qual ressalta a interferência da disfunção no conjunto das funções orgânicas e no vigor apresentado por esses pacientes. É composto por

quatro itens, vigor, energia, esgotamento e cansaço, todos estes influenciados pela prática da atividade física, corresponde à alguns itens (A, E, G, I) da questão 9, observou-se pontuação favorável nesse domínio, apresentando maior relação quanto à disposição e ânimo para com as situações cotidianas, contrariando demais estudos quanto à vitalidade em pacientes com DVE (**MAKIYAMA, 2004**). O domínio relacionado aos aspectos sociais (reflexo da condição de saúde física nas atividades sociais normais, em relação à família, vizinhos, amigos, etc.) composto pela questão de número 6 do SF-36 obteve média 66,4, indicando que apesar da doença e da circunstância em que se deparam em geral os pacientes conseguem desempenhar atividades sociais normais, sugerindo que os pacientes tenham se adaptado com as incapacidades.

Com relação ao domínio sobre os aspectos emocionais desses pacientes que abrangem as limitações relacionadas ao tipo e quantidade de trabalho, do mesmo modo como o quanto essas restrições podem interferir no desenvolvimento do trabalho e das AVDs dos pacientes, apresentou-se reduzido, devido ao fato da maior parte dos nossos pacientes serem aposentados poderiam esclarecer estes resultados.

O domínio saúde mental que corresponde aos itens (B, C, D, F e H) da questão 9, notou-se média de 61,6. Este domínio menciona como o paciente se sente e como tudo tem ocorrido com o mesmo nas últimas três semanas. Escores encontrados por Bugge (2001) e Anderson (2000) para pacientes com DVE mostraram valores mais altos que os nossos, indicando a possibilidade de melhor assistência nesse aspecto. Entretanto sugere-se que sejam feitas novas pesquisas com um número maior de participantes e considerando dados como idade e o tipo do DVE.

Conclusão

Observamos que os pacientes com sequelas de DVE avaliados através do questionário **SF-36 apresentaram comprometimento na percepção da qualidade de vida em relação aos domínios aspecto físico, aspecto emocional e nos coeficientes físico e mental sumarizados, podendo ser explicado pelas manifestações clínicas provocadas pelo DVE, que causam danos na independência e autonomia destes pacientes.**

Como benefício, o estudo poderá proporcionar um melhor entendimento das alterações dos pacientes com DVE, contribuindo para um melhor conhecimento dos profissionais da área da saúde e dos pacientes sobre a patologia, pois a partir da opinião/percepção dos mesmos, poderemos propor estratégias para a implantação de projetos dirigidos a sua realidade, tornando-se relevante devido sua preocupação com fatores condicionantes para qualidade de vida e saúde da população em estudo contribuindo para um tratamento mais adequado e conseqüentemente melhoria da saúde.

Referências

ANDRÉ, C. Manual de AVC. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 250, 2006.

ANDERSON, C.; RUBENACH, S.; MHURCHU, C.N.; CLARK, M.; SPENCER, C.; WINSOR, A. Home or hospital for stroke rehabilitation? Results of randomized controlled trial I: health outcomes at 6 months. *Stroke*. v. 32, p. 1024-1031, 2000.

BUGGE, C.; HAGEN, S.; ALEXANDER, H; MEASURING. Stroke patient's health status in the early post-stroke phase using the SF-36. *Int J Nurs Stud*, v. 38, p. 319-327, 2001.

BEATON, D. E. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, vol. 25, n. 2, p 3186-3191, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, Brasília DF, 16 de out. 1996. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.

CESÁRIO, C. M.; PENASSO, P.; OLIVEIRA, A. Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico. *Revista Neurociências*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 6-9, 2006.

CICONELLI, R.M. Medidas de avaliação de qualidade de vida. *Rev Bras Reumatol*. Vol. 43, p 9-12, 2003.

Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. **Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36)**. *Rev Bras Reumatol*, v. 39, p 143-150, 1999.

COSTA, A.M.; DUARTE, E. Atividade física e a relação com a qualidade de vida, de pessoas com seqüelas de Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI). *Rev Bras Cien Mov*. v. 10, n. 1, p. 47-54, 2002.

COSTA, I. M. A Qualidade de vida de pacientes sobreviventes de acidente vascular encefálico. Aracajú: Universidade Tiradentes, 2008, 67f. Mestrado em Saúde e Ambiente.

FLECK, M. P. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Rev Saude Publica*, vol. 34, n. 2, p. 178-183.

MAKIYAMA, T.Y.; BATTISTTELLA, L.R.; LITVOC, J.; MARTINS, L.C.; **Estudo sobre a qualidade de vida de pacientes hemiplégicos por acidente vascular cerebral e de seus cuidadores**. *Acta Fisiatr*. vol. 11, p. 106-109, 2004.

MAYO et al. **Activity, participation, and quality of life 6 months poststroke**. *Arch Phys Med Rehabil*, vol. 83, p. 1035-1042. 2002.

NORDENFELT, L. (editor) *Concepts and measurement of quality of life in health care*. Boston: Kluwer Academic. P. 1-15, 1994.

OKUMA, S.S. O significado da atividade física para o idoso: um estudo fenomenológico. Tese de doutorado em psicologia-Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 1997, 381p 28. Bugge C, Hagen S, Alexander H. Measuring stroke patient's health status in the early post-stroke phase using the SF-36. *Int J Nurs Stud* 2001; 38: 319-327.

OLIVEIRA, M. R.; ORSINI, M. Escalas de avaliação da qualidade de vida em pacientes brasileiros após acidente vascular encefálico. Rev Neurocienc, v. 17, n. 3, 255-262, 2008.

RAFII, M. S.; HILLIS, A. E. Compendium of cerebrovascular diseases. Int Rev Psychiatry, v. 18, n. 8, p. 395-407. 2006.

RADANOVIC, M. Características do atendimento de pacientes com acidente vascular cerebral em hospital secundário, Arq Neuropsiquiatria, v. 5, n. 1, p. 99-106, 2000.

SEIDL, E. M.; ZANNON, C. M. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Cad. Saúde Pública, v. 20, p 580-588, 2004.

UMPHRED, D.A. Reabilitação Neurológica. 4. ed. São Paulo: Manole, p. 11-18 2004.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à todos que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

ANÁLISE DA SATISFAÇÃO DE PACIENTES EM UNIDADES DE SAÚDE DE FORTALEZA BASEANDO-SE NA INTEGRAÇÃO DOS CUIDADOS E NA LONGITUDINALIDADE

Maria Allyce de Oliveira (Apresentadora) – Universidade de Fortaleza
(E-mail: allycetx@gmail.com)

Marianna Barroso Maciel Costa – Universidade de Fortaleza

Cecília Limeira Lima Leite – Universidade de Fortaleza

Yan Mota Araújo – Universidade de Fortaleza

Antônio Silva Lima Neto (Orientador) – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: satisfação. atenção primária. longitudinalidade. integração dos cuidados. saúde.

Resumo

A longitudinalidade, conceituada como uma relação de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde, é um dos princípios regidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a sua aplicação trás diversos benefícios. Deve-se, juntamente com ela, focar a integração dos cuidados como uma das ações desenvolvidas pelo SUS, pois uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas aos que possuem problemas de saúde garante a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, de acordo com os conhecimentos disponíveis. Tendo em vista estes conceitos, o presente estudo tem como objetivo principal analisar o nível de satisfação dos pacientes do NAMI e do CSF Mattos Dourado com base na integração dos cuidados e na longitudinalidade presentes nestes referidos locais. A percepção do usuário é de extrema importância ao se dimensionar o reflexo das ações que vêm sendo desenvolvidas no setor saúde, e serve como fator de melhoramento do serviço.

Introdução

Diversas Conferências Internacionais foram feitas com o objetivo de melhorar esses sistemas de saúde. Na Conferência de Alma Ata - União Soviética, 1978 - começou-se a abordar a Atenção Primária, priorizando a saúde como completo bem-estar físico, mental e social. A Primeira Conferência Internacional em Promoção da Saúde - Ottawa, 1986 - foi realizada com o objetivo de influenciar a promoção da saúde no mundo. (CAMPOS, et al., 2009)

Nas redes de atenção à saúde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e se relacionam horizontalmente, implicando uma contínua atenção nos níveis primário, secundário e terciário, integrando intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas de forma eficiente, no tempo correto. (MENDES, 2010)

O Sistema Único de Saúde brasileiro surgiu em 1988, por meio da Constituição Cidadã e foi consolidado na década seguinte com a publicação das Leis nº 8080/90 e 8142/90. Os fundamentos legais do SUS estão explicitados no texto da Constituição Federal, de 1988, nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas dos municípios que incorporaram e detalharam os princípios da Lei Magna do País. Dessa maneira, o SUS não se resume a um sistema de prestação de serviços, mas é um sistema complexo, que coordena e articula ações promocionais e de prevenção, com as de cura e reabilitação.

Entre as ações promovidas pelo SUS, enfoca-se a integração dos cuidados, que consiste em uma coordenação durável das práticas clínicas destinadas aos que possuem problemas de saúde, a fim de garantir a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações. Assim, para efetivar a garantia do cuidado em saúde, torna-se fundamental a existência de redes integradas, cuja construção reconhece a interdependência e, muitas vezes, conflitos entre atores sociais e organizações distintas em situações de poder compartilhado, visto que nenhuma destas instâncias dispõe da totalidade dos recursos. (ALMEIDA, 2010)

Ainda na Atenção Primária, a longitudinalidade, um dos princípios regidos pelo SUS, é conceituada como “uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os pacientes em suas unidades de saúde”. Lembrando que, nesse caso, a continuidade da atenção não significa interrupção da relação, como em casos de encaminhamento do usuário para atenção secundária e terciária. (FRATINI, et al., 2008)

Em meados de 1993, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), como uma estratégia do Ministério da saúde (MS) para mudar a forma tradicional da prestação de assistência, bem como para estimular a implantação de um novo modelo de Atenção Primária, que resolvesse maior parte dos problemas de saúde. O PSF tem implicado uma ampliação do acesso populacional aos serviços de saúde, porém, ainda existem alguns aspectos críticos no que concerne à avaliação do impacto do PSF. (SERAPIONI, 2010; SILVA, 2010)

Sendo assim, a percepção dos usuários sobre a prática do PSF é muito importante, pois a comunidade é a razão da sua existência e deve intervir modificando o próprio sistema e fortalecendo a democracia em saúde. (FACCHINI, et al., 2008) Este estudo tem como objetivo avaliar a satisfação dos usuários de duas unidades de saúde da cidade de Fortaleza, são eles: NAMI (Núcleo de Atendimento Médico Integrado) e CSF Mattos Dourado, no que concerne à longitudinalidade e à integração dos cuidados. A importância de realizar essa avaliação é identificar quais são as falhas no cumprimento desses serviços, para que se busque a melhoria da qualidade da saúde da população.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo quantitativo, por ser objetivo na busca para avaliação do Serviço Público de Saúde; descritivo, devido ao uso de variáveis que auxiliam na avaliação dos dados para formulação de hipóteses; e transversal, uma vez que tem como objetivos procurar rapidamente associações comuns entre fatores. Pode-se dizer até que esta análise é levemente qualitativa, uma vez que há comparação de dados e dedução de possíveis razões para as estatísticas averiguadas. A pesquisa foi realizada do dia 4 de fevereiro de 2014 ao dia 14 de março de 2014 no CSF Mattos Dourado e no Núcleo de Atendimento Médico Integrado (NAMI) da Universidade de Fortaleza (Unifor). Ambos os centros de saúde se localizam no bairro Edson Queiroz, Fortaleza – Ceará. Foi usado um questionário baseado nos questionários do “Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCA Tool Adulto)” e os usuários foram abordados pelos alunos do curso de medicina da Unifor. Foram entrevistados 431 indivíduos voluntários e o sigilo das informações e os princípios éticos foram respeitados. Todos os entrevistados responderam ao questionário de forma completa e espontânea, tendo autorizado a utilização dos dados obtidos para fins não lucrativos. Foram incluídas todas as faixas etárias, tendo como critérios de exclusão indivíduos menores de 18 anos, idosos desacompanhados e indivíduos que nunca tinham se consultado antes nestes locais.

Resultados e Discussão

Os dados da pesquisa mostram que o espaço amostral dos entrevistados continha 431 pessoas, das quais 335 (78,1%) eram mulheres e 94 (21,9%) eram homens. Esses números demonstram uma grande maioria da população feminina.

Ao relacionar os dados, nota-se uma acentuada diferença entre população feminina e masculina na amostra, diferindo dos dados nacionais, uma vez que, no Brasil, as mulheres representam 51,8% da população e os homens, 48,2% (IBGE, 2010). Essa diferença pode ser explicada pelo predomínio de mulheres que cuidam do lar, disponibilizando maior tempo livre e sendo, portanto, encarregadas de cuidar da própria saúde e da saúde dos seus filhos. (IBGE, 2010)

Na análise da escolaridade, há convergência entre os resultados do Censo de 2010 do IBGE, uma vez que nele os níveis de baixa escolaridade são de 50,2% e no presente estudo, são de 65%. Isso traz preocupações, pois isso pode significar falta de informação, o que é prejudicial na promoção de saúde e prevenção de doenças.

Já em relação à renda familiar mensal, observou-se que 63,9% dos entrevistados ganha de um (atualmente estabelecido em R\$ 724,00) a dois salários mínimos, seguidos pelos 12,8% que ganham de 2 a 3 salários, predominando, portanto, uma baixa renda domiciliar assim como é relatado nos dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD).

Quando se trata dos níveis de satisfação dos usuários do NAMI e do CSF Mattos Dourado, percebeu-se um alto nível de satisfação dos pacientes das duas unidades avaliadas nesse estudo, apesar do serviço público de saúde apresentar vários problemas estruturais, organizacionais e de acesso. Isso pode ser resultado de variáveis educativas e socioeconômicas que caracterizam boa parte da população de Fortaleza e influenciam na capacidade de julgamento. (SERAPIONE, 2010) (SILVA, 2010)

O grau de satisfação foi obtido por meio da seguinte pergunta: "O que o senhor (a) acha do atendimento neste local?". A resposta foi estratificada em cinco níveis: excelente; muito bom; bom; regular; e ruim. Esses níveis foram agrupados em duas variáveis: satisfeito – relacionado aos que consideram o atendimento excelente, muito bom e bom – e insatisfeito – relacionado aos que consideram o atendimento regular e ruim.

Mesmo com resultados positivos para ambos os estabelecimentos, ao classificarem o atendimento percebe-se uma maior satisfação dos usuários da atenção secundária e terciária, os quais estavam sendo atendidos no NAMI. Dentre os responsivos à pergunta, no NAMI, 98,5% se mostraram satisfeitos e apenas 1,5% insatisfeitos; enquanto no CSF 57% mostraram-se satisfeitos e 43% insatisfeitos. O resultado do NAMI confere com o resultado de outra pesquisa realizada no Hospital Universitário da Unicamp, em 1998, no qual acredita-se que esse alto grau de satisfação seja explicado pelo fato de os problemas enfrentados não serem relevantes para o usuário quando comparados, seja com a qualidade da atenção recebida, seja com sua falta de opção de serviço de saúde a ser utilizado. (FRANCO, 1998) (CAMPOS, 1998)

Essa discrepância pode ser explicada pela necessidade de encaminhamento para a marcação de consultas no NAMI, o que diminui o público e aumenta o nível de organização desse local, além de diminuir a concorrência por horários e o tempo de espera desde o dia da marcação até o dia da consulta. Como a atenção primária é a porta de entrada para o SUS, os Centros de Saúde da Família devem atender uma quantidade certa de famílias e devem oferecer a elas todos os cuidados necessários, seguindo o princípio da longitudinalidade. Porém o CSF Mattos Dourado atende bem mais famílias do que o previsto pelo ESF (Estratégia de Saúde da Família), o que dificulta ainda mais a sua eficiência e, conseqüentemente, a satisfação dos usuários. (CAMPOS, et al., 2009)

Analisando o quesito acolhimento, as unidades de saúde pesquisadas apresentam alto índice de satisfação. No CSF Mattos Dourado, 74,43% das pessoas que responderam à pergunta "Sente-se acolhido neste local?" responderam positivamente, e no NAMI, 99% das pessoas avaliaram da mesma forma. Fatores que podem ter como resultados essa satisfação com o acolhimento são a boa recepção, o respeito ao usuário, relação humanizada e bom desempenho profissional. Por outro lado, podemos ver que a insatisfação em relação ao acolhimento se mostra maior no CSF Mattos Dourado. Tal fato pode ser derivado da deficiência do serviço prestado, o que pode se dever à superlotação do CSF Mattos Dourado, o que não é perceptível no NAMI. (RAMOS, 2003) (LIMA, 2003) (SILVEIRA, et al., 2003).

No quesito aplicação do princípio da longitudinalidade foi visto, também, que 53,45% dos pacientes são atendidos pelo mesmo profissional de saúde no CSF-Mattos Dourado, enquanto 46,55% não afirmaram tal fato. Por outro lado, 79,63% dos pacientes do NAMI estão sendo atendidos pelo mesmo profissional de saúde, ou seja, o princípio da longitudinalidade está mais consolidado neste.

Essa diferença pode ser devido ao fato de que o CSF-Mattos Dourado tem uma área de abrangência maior, como já citado anteriormente. Além disso, a atenção no NAMI é secundária e terciária, não primária, como no CSF-Mattos Dourado. No NAMI, onde a longitudinalidade é mais ativa, o grau de satisfação é quase completo, o que pode ser devido ao fato que, onde o princípio longitudinalidade é feito, os pacientes criam uma relação de confiança com o profissional de saúde.

Essa relação de confiança é denominada "vínculo longitudinal" e se traduz como uma relação terapêutica entre pacientes e profissionais da Atenção Primária no decorrer do tempo. Esse vínculo é importante para diagnósticos e tratamentos mais precisos, maior satisfação do usuário, maior adesão ao tratamento e diminuição dos custos da atenção. (CUNHA, 2011) (GIOVANELLA, 2011)

Mostrou-se que no CSF- Mattos Dourado, das pessoas que precisaram de encaminhamento da consulta para um especialista ou serviço especializado, 74,3% conseguiram realizar a consulta, um número bastante elevado, o que confronta a literatura, uma vez que, no geral, há intensa dificuldade no acesso à atenção especializada pelos usuários na Atenção Primária por motivos relacionadas à qualidade dos serviços, à precarização dos salários, desorganização do sistema, falta de aprimoramento da coleta e disseminação das informações sobre pacientes e prestadores e, ainda, ao subfinanciamento.

Além disso, 39,4% necessitaram de tal serviço retornaram ao local de origem, e apenas 15,6% não retornaram, sendo que boa parte das pessoas não precisaram de encaminhamento e foram retiradas da discussão. Mais uma vez encontra-se uma divergência com a literatura, porém há um importante aspecto positivo neste dado: a redução da demanda hospitalar dos pacientes, das amplas filas de espera e dos custos hospitalares, bem como diminuição da repressão das demandas, que levavam as pessoas a buscarem serviços privados de saúde ou simplesmente permanecer com a saúde comprometida. (FRATINI, et al., 2008)

Essa divergência entre os resultados obtidos poderia ser explicada por certa funcionalidade e regulação encontrada na unidade CSF Mattos Dourado, que, muitas vezes, realiza o encaminhamento dos usuários para o NAMI, onde os pacientes são satisfeitos, em sua maioria, com os serviços prestados, por motivos como grande oferta destes. Além disso, pode haver uma maior organização na coordenação dos cuidados em tais locais, com uma maior regulação no fluxo dos pacientes, possibilitando acesso dos cidadãos aos níveis secundários e terciários de atenção à saúde, efetivando, assim, a integralidade da assistência à saúde.

Infelizmente, com o crescente aumento das doenças crônicas entre a população brasileira, há uma exigência maior de serviços de saúde e outros equipamentos de que exigem da rede de apoio social em um contexto de pressão por otimização das relações custo-efetividade, o que, muitas vezes, não é disponibilizado devido a fatores como a longa espera do paciente pelo encaminhamento, a própria insatisfação dos pacientes com o serviço especializado obtido e a ausência de coordenação, que também impede a visão do sistema como um único prestador, capaz de resolver os problemas de saúde dos pacientes de forma integral. (PINTO, 2010) (SPEDO, 2010) (TANAKA, 2010)

A falta de coordenação entre APS e atenção especializada pode favorecer erros de diagnósticos e tratamento, com conseqüências graves para o paciente, principalmente para os que sofrem de patologias crônicas, além de provocar uma visão negativa acerca do funcionamento do sistema de saúde. Quando não há uma continuidade na atenção oferecida ao paciente, a eficiência é comprometida.

(ALMEIDA, 2010)

Considerações Finais

O desenvolvimento da análise da satisfação dos usuários do NAMI e do CSF-Mattos Dourado é de suma importância para mostrar pontos que podem servir como referência para futuras melhoras dos serviços de saúde e para ser usado pela gerência desses serviços públicos de saúde para melhorar a qualidade de vida dos pacientes que utilizam-se desses serviços.

Referências

- ALMEIDA, P.F., et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, pp. 67-75, 2010.
- CAMPOS, G.W.S.C., et al. O Sistema Único de Saúde. In: VASCONCELOS, C.M., PASCHE, D.F. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2009.
- CUNHA, M.E; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro, *Revista Ciência e Saúde Pública*:Rio de Janeiro, v.16, n.1, pp.1029-1042, 2011.
- FACCHINI, L. A., et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. *Cad. Saúde Pública*, vol.24, suppl.1, pp. 159-172, 2008.
- FRANCO, S.C. CAMPOS, G.W.S. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um Hospital Universitário. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 14(1), pp.61-70, 1998.
- FRATINI, J.R.G.; MASSAROLI, A.; SUAPE, R. Referência e contrarreferência: contribuição para integralidade em saúde. *Revista Ciência, Cuidados e Saúde*, v.7, pp.65-72, 2008.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. *Revista Ciência e saúde coletiva*, vol.15, n.5, pp. 2297-2305, 2010.
- PINTO, N. R. S.; SPEDO, S. M.; TANAKA, O.Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Revista Physis*, vol.20, n.3, pp. 953-972, 2010.
- RAMOS, D.D., LIMA, M.A.D.S., Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. Vol. 19(1), pp. 27-34. 2003.
- SERAPIONE, M. SILVA, M.G.C. Avaliação do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. *Ciência e Saúde Coletiva*. Vol. 16(11), 2011, pp. 4315-4326.
- SILVEIRA, M.F.A., et al. Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um caminho para a humanização da atenção à saúde. Campina Grande – PB: [s.n] 2004. [online]. [citado em 31 mar. 2009].

Análise das notificações relacionadas à Saúde do Trabalhador no SINAN-10ª Região de Limoeiro do Norte/ CE, 2013.

Maria de Fátima Costa Lima - 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte/CE - fatima.costa@saude.ce.gov.br

Cristianne Soares Chaves - 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte/CE

Fabiola Maria de Girão Lima - 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte/CE

Katherine Jeronimo Lima - Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará - ESP

Virginia Maria Moura Remigio Peixoto - 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte/CE

Vanusa Cosme Rodrigues - 10ª Coordenadoria Regional de Saúde de Limoeiro do Norte/CE

Palavras-chave: Agravos. Região de Saúde. Saúde do Trabalhador.

Resumo

A Política Nacional de Saúde do Trabalhador visa à redução dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde. O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é uma ferramenta que garante a confiabilidade das informações, e compõem a lista das doenças compulsórias e inclusive as que estão relacionadas à saúde do trabalhador. O objetivo do referido trabalho foi analisar no SINAN, as notificações relacionadas à Saúde do Trabalhador nos 11 municípios adscritos na 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte/CE. Trata-se de uma avaliação quantitativa relacionada aos seguintes agravos: câncer relacionado ao trabalho, lesão por esforço repetitivo/ distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho - LER/ DORT, dermatose, perda auditiva induzida por ruído - PAIR, intoxicação exógena, acidente grave e exposição a material biológico. Das 64 notificações analisadas, apenas 44 (68,75%) representavam agravos relacionados à saúde do trabalhador, e com maior quantitativo, foram identificados os seguintes agravos: intoxicação exógena, acidente grave e exposição a material biológico.

Introdução

A Portaria 1.823 de 23 de agosto de 2012 institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, tem como finalidade definir os princípios, as diretrizes e as estratégias a serem observados pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), para o desenvolvimento da atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando à promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos. (BRASIL, 2012)

Entende-se, portanto, que a Vigilância dos Agravos relacionados à Saúde do Trabalhador é uma das finalidades dessa Política, tendo em vista a necessidade de ações/estratégias que reduzam os riscos e os agravos relacionados à Saúde do Trabalhador.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Para tanto, o Ministério da Saúde disponibiliza um sistema de informação (SINAN), que possibilita uma vigilância do perfil epidemiológico dos agravos relacionados ao trabalho. Vale ressaltar que existe fragilidade quanto à alimentação do referido sistema, o que desencadeia subnotificação dos agravos, implicando um importante problema de saúde pública. (GALLINO, 2012).

Os agravos notificados no SINAN relacionados à Saúde do Trabalhador estão definidos na Portaria 104 de janeiro de 2011, principalmente no ANEXO III, Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela LNC5. (BRASIL, 2011).

Em junho de 2014, com a revisão da Portaria 104, foi tomada a decisão de separar ou colocar em portaria diferente as listas das doenças/agravos de notificação compulsória universal e as doenças/agravos de notificação compulsórias em unidades sentinelas.

Assim, quanto aos agravos diretamente relacionados ao trabalho, os acidentes de trabalho fatais, graves, com crianças e adolescentes, e com exposição a material biológico, passaram a ser de notificação compulsória universal e estão na Portaria vigente que é a 1.271 de 00 de junho de 2014. Demais agravos relacionados ao trabalho estarão na Portaria que tratará da vigilância sentinela, que está em tramitação.

Importante salientar que os agravos relacionados ao trabalho devem ser notificados, investigados, analisados para que ocorra uma vigilância capaz de reduzir riscos e agravos. Sabe-se que essa vigilância requer ações integradas de vários setores, os quais devem ser parceiros e atuar em prol da promoção saúde dos trabalhadores e trabalhadoras.

Entendendo que a promoção da saúde está envolvida em uma política, que consolida ações e projetos em saúde, atingindo os níveis de complexidade de gestão e de atenção do sistema de saúde. Essa política deve ser transversal, articulada e integrada, envolvendo os profissionais de saúde e os usuários, e objetivando o produto que é saúde da população (CAMPOS, 2004).

A promoção da saúde pode ser fortalecida, com programas de saúde pública e com estratégias de prevenção voltada para a população, objetivando a sensibilização e a qualidade do trabalho dos profissionais. Com isso, podemos evitar diversos fatores que contribui para a omissão do trabalho, tais como: o desconhecimento dos profissionais no preenchimento das fichas, relacionar causa e efeito dos agravos dos pacientes e falta da devida importância do documento, que são as informações no SINAN.

Neste trabalho buscamos analisar as notificações relacionadas à saúde do trabalhador nos 11 municípios que compõem a 10ª Região de Saúde, tendo em vista a necessidade de fortalecimento das ações em saúde voltadas para os trabalhadores e trabalhadoras a partir de informações fidedignas. Essa análise deve desencadear uma tomada de decisão em nível da Região de Saúde, que contemple a promoção da saúde de todos os trabalhadores.

Metodologia

USOU-SE O SINAN COMO FONTE DE ANÁLISE DAS NOTIFICAÇÕES referentes à saúde do trabalhador, durante o ano de 2012. Foram consultadas todas as fichas notificadas para analisar o conteúdo do que estavam relacionados ao trabalho. Também foi visualizado nos resultados, conforme ao agravo e município o quantitativo relacionado ao sexo e ocupação.

A análise desenvolvida foi baseada em resultados quantitativos em relação aos agravos: câncer relacionado ao trabalho, lesão por estirpço repetitivo, distúrbio osteomuscular relacionado ao trabalho - LER/DORT, dermatoses, perturbações induzidas por ruído - PAIR, intoxicação exógena, acidente grave e exposição a material biológico, dos 11 municípios que compõem a 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte/CE.

Resultados e Discussão

Após pesquisa, observou-se que dentre os 11 municípios que se inclui na 10ª Região de Saúde de Limoeiro do Norte, somente seis destes realizaram registros de acidentes e agravos da saúde do trabalhador no ano de 2013. Diante da não notificação, pode-se refletir sobre a ocorrência da subnotificação de acidentes do trabalho, nessas localidades.

No período avaliado somaram-se no total 64 notificações, porém, apenas 68,75% destes registros (n=44) foram correlacionados ao trabalho. Havendo uma necessidade de melhorar a coleta das informações, questionando o que levou a ocorrência da notificação, se foi um acidente de trabalho ou outro tipo de dano de origem ocupacional, identificando o trabalhador suspeito com exposição ao acidente de trabalho.

Em relação os tipos de agravos, mostraram-se mais frequentes relacionadas ao acidente com exposição a material biológico, somando em 45% (n=20), a intoxicação exógena foi de 27,5% (n=12) e acidente grave foram 27,5% (n=12) das notificações. Merecendo atenção, sobre a exposição a material biológico, para que haja reflexões na elaboração de estratégias, que visem à redução na ocorrência de acidentes de trabalho que envolva esse fator, já que foi a causa de acidente com maior destaque deste estudo. Após a avaliação, nota-se que não há nenhum registro de agravos de LER/DORT, câncer relacionado a trabalho, dermatose e PAIR. Acredita-se que esta ocorrência, se dá pelo fato dos profissionais não terem habilidades e/ou capacitação para identificar os agravos à saúde, os quais estejam correlacionados aos riscos ocupacionais e ambientais, que estão expostos os trabalhadores em seu cotidiano de trabalho.

Verificou-se na categoria ocupação que 48% (n=21) eram profissionais da saúde, os trabalhadores volantes da agricultura preencheram 29,5% (n=13) e outras ocupações foram 13,5% (n=6) dos acidentados. Ignorados somaram-se em 9% (n=4). Vale destacar que, os trabalhadores de saúde sofrem maior exposição a agentes infecciosos e prevalência de infecção nos grupos ocupacionais. (ASSUNÇÃO, 2014).

Os notificados encontram-se, entre as faixas etárias de 14 a 55 anos, com maior número a idade de 30 a 39 anos, correspondendo a 39% (n=17). Sobre o sexo não houve prevalência, havendo paridade nas notificações, ou seja, 50% (n=22) masculino e 50% (n=22) feminino. Deste modo, percebe-se que a notificação, através do SINAN, torna-se uma importante ferramenta na identificação dos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho, como também, permite traçar o perfil dos trabalhadores notificados.

Salutar colocar que no ano de 2013 aconteceram as pactuações de Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), o qual traz as responsabilidades federais, estaduais e municipais quanto às ações e serviços de saúde. Nesse momento, as discussões sobre a vigilância de saúde do trabalhador foram mais presentes, quando da necessidade dos gestores municipais pactuarem suas notificações.

Mesmo diante dessas discussões e pactuações, os municípios não cumpriram com suas metas, o que compromete a realização de ações de promoção e prevenção à saúde do trabalhador.

Conclusão

A notificação sobre acidentes e agravos da saúde do trabalhador, permite identificar as causas evitáveis e passíveis de prevenção. Bem como, elaborar intervenções que visem à transformação das condições de trabalho.

Os resultados do presente trabalho indicam a necessidade de avaliação do conhecimento dos profissionais acerca da notificação de acidentes e agravos da saúde do trabalhador. Para que se possa mudar o quadro das subnotificações e buscar ações que venham melhorar a identificação da ocorrência desses fenômenos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Acrescenta-se ainda que os gestores municipais precisam se voltar para ações da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, no que refere o planejamento, monitoramento e avaliação dos indicadores pactuados, tendo também como elemento norteador, as notificações e investigações do SINAN.

Diante de todas as considerações, destaca-se que essa realidade deverá ser modificada, uma vez que profissionais dos municípios que compõem a 10ª Região de Saúde estão realizando curso de Aperfeiçoamento em Saúde do Trabalhador, durante os meses de agosto a novembro de 2014, em uma carga horária de 180hs.

Referências

ASSUNÇÃO, Ada Ávila. Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores de saúde: caderno de textos. 1ª edição ver. E ampl. – Belo Horizonte: Ed. dos Autores, 2014. 118p.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 104 – 25 de janeiro de 2011 - Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível: http://www.cvs.saude.gov.br/hrt/portaria/INCMQ_Port104jan2011.pdf. Acessado em: 28 de agosto de 2014.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 1.823 - 23/11/2012 - Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em: http://www.cerast.org.br/portal/legislacao/PORTARIA_N_1_823_Politica_Nacional_de_Saude_do_Trabalhador_e_da_Trabalhadora.pdf. Acessado em: 27 de agosto de 2014.

CÂMPOS, G. W. et al. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva. 9 (3): 745 – 749, 2004.

GALDINO, A. et al. Os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e a notificação de acidentes de trabalho no Brasil. In: Caderno Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28 (1): 145 – 159, jan. 2012.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, aos familiares, aos companheiros de trabalho, e a disponibilidade da 10ª Coordenadoria Região de Saúde de Limoeiro do Norte, em está apoiando na participação deste Seminário Internacional em Promoção da Saúde.

ANÁLISE DE CONTEXTO SOBRE O ENFERMEIRO FRENTE O AUTOCUIDADO EM HANSENÍASE

Rafaela Araújo Oliveira (apresentador) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte. E-mail: rafaela_araujo10@Hotmail.com
Mônica Gisele Costa Pinheiro - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Fernando de Souza Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Jéssica Naiara Silva Neres - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Sohara Ohana Telémaco de Freitas - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Clélia Albino Simpson (orientador) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Autocuidado; Hanseníase. Enfermagem.

Resumo

Objetivo: avaliar o contexto no qual está inserido a enfermeiro frente o autocuidado dos portadores de hanseníase. Método: ensaio analítico fundamentado no referencial teórico da análise contextual, como fonte de significado e de conhecimento baseado em Hinds, Chaves e Cypress, que divide o fenômeno estudado em quatro camadas interativas, distintas e inter-relacionadas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto. Resultados: os níveis contextuais foram apresentados nos seguintes temas: ações do enfermeiro para o autocuidado do portador de hanseníase (contexto imediato); papel do enfermeiro nas ações de controle da hanseníase (contexto específico); a hanseníase no imaginário social (contexto geral); e as políticas que subsidiam o atendimento ao portador de hanseníase (metacontexto). Conclusão: compreenderam-se os contextos nos quais estão inseridos o campo de ação do enfermeiro frente ao portador de hanseníase, tornando-se significativo para a efetivação do programa de controle da hanseníase.

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica, considerada um importante problema de saúde pública mundial, dado o poder incapacitante decorrente do seu processo patológico e pelo crescente número de casos globais. (SIMPSON; FONSÊCA; SANTOS, 2010).

Dentre os países endêmicos, o Brasil destaca-se por ser o segundo maior em número absoluto da doença, perdendo apenas para a Índia. Dos novos casos notificados no mundo, em 2011, a Índia contribuiu com 58%, Brasil 16% e a Indonésia com 9%, de modo que estes três países constituíram 83% dos novos casos detectados. (WHO, 2012).

Em decorrência do elevado número de casos de hanseníase, o Brasil estabeleceu e implementou ações políticas e governamentais com o objetivo de detectar e prevenir novos casos, garantindo a participação popular e dos profissionais de saúde.

O Programa Nacional de Controle da Hanseníase do Ministério da Saúde (PNCH) é a política governamental mais importante no combate da doença. Propondo orientações à assistência nos níveis de complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), esse programa procura fortalecer as ações de vigilância epidemiológica, promoção da saúde, educação permanente e a assistência integral aos portadores. (BRASIL, 2010).

O PNCH incorpora, em sua essência, a multiplicação dos saberes sobre hanseníase, objetivando o cuidado dos portadores além de subsidiar os indivíduos envolvidos no processo com conhecimentos que promovam a prevenção da doença e das suas complicações incapacitantes.

O Manual de Prevenção de Incapacidades do Ministério da Saúde ressalta a educação em saúde como elemento fundamental, constituindo-se uma ferramenta imprescindível no combate da hanseníase por promover o diagnóstico precoce, prevenindo e facilitando a identificação de incapacidades físicas decorrentes da doença. (Simpson et al, 2011).

Nesta perspectiva, a educação em saúde é fundamental para que os indivíduos possam, através do maior conhecimento da doença, identificar os primeiros sinais e sintomas, proporcionando o diagnóstico precoce e o tratamento perspicaz da hanseníase com o desenvolvimento de ações voltadas para o autocuidado.

O enfermeiro tem uma importância singular no processo da educação em saúde, orientando os indivíduos ao autocuidado, motivando os pacientes a aderirem ao tratamento, valorizando a autoconfiança e a coparticipação dos portadores de hanseníase e de seus familiares, além de contribuir sobremaneira na multiplicação dos saberes em hanseníase. (NASCIMENTO et al., 2011).

Torna-se imprescindível uma avaliação das ações desenvolvidas pelos enfermeiros, que buscam promover o autocuidado dos portadores de hanseníase, dada a necessidade de otimizar a coparticipação dos pacientes e familiares, favorecendo a adesão à terapêutica, a prevenção de novos casos e contribuir para o fortalecimento de ações voltadas para a promoção da saúde.

Com base na problemática descrita, este estudo apresenta a seguinte questão norteadora: Qual o contexto das ações desenvolvidas pelos enfermeiros para a promoção do autocuidado de portadores de hanseníase?

Para responder ao questionamento proposto, objetivou-se avaliar o contexto no qual está inserido a enfermeiro frente o autocuidado dos portadores de hanseníase.

Metodologia

O presente artigo refere-se a um ensaio analítico fundamentado no referencial teórico da análise contextual, como fonte de significado e de conhecimento. Utilizou-se a modalidade de contexto fundamentada na especificação da interação analítica do profissional de saúde com determinado evento a fim de compreender a totalidade do seu significado, baseado em Hinds, Chaves e Cypress (1992).

De acordo com o referencial utilizado para a análise, os níveis contextuais são divididos em quatro camadas interativas, distintas e inter-relacionadas entre si: o contexto imediato, o contexto específico, o contexto geral e o metacontexto (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

A análise dessas dimensões envolve uma visão crescente do fenômeno que vai desde o significado individualizado onde a situação é descrita como tal, perpassa pelas relações com as pessoas, o tempo e o espaço compondo as dimensões específicas, além de analisar a subjetividade dos indivíduos no contexto geral. As considerações estabelecidas no metacontexto congregam os aspectos macro do objeto de estudo e envolve elementos sociopolíticos (HINDS; CHAVES; CYPRESS, 1992).

Embora os contextos interajam entre si, suas camadas foram separadas a fim de melhorar didaticamente a compreensão da extensão com que o significado é compartilhado na perspectiva conceitual de cada contexto, conforme o proposto pelo referencial teórico.

Nessa perspectiva, o contexto imediato irá abordar ações do enfermeiro para o autocuidado do portador de hanseníase; o contexto específico tratará do papel do enfermeiro nas ações de controle da hanseníase; a hanseníase no imaginário social será abordado no

contexto geral; e no metacontexto serão apresentadas as políticas de saúde que subsidiam o atendimento ao portador de hanseníase.

Resultados e Discussão

CONTEXTO IMEDIATO: AÇÕES DO ENFERMEIRO PARA O AUTOCUIDADO DO PORTADOR DE HANSENÍASE

Como procedimentos essenciais para a prevenção de incapacidades da hanseníase, encontram-se orientações de autocuidado, ações que enfermeiro deve orientar o doente de hanseníase a incorporar no seu dia-a-dia. O autocuidado é tido como uma prática apreendida pelo indivíduo a fim de alcançar o cuidado de si. Os indivíduos devem ser capazes de aplicar conhecimentos necessários e oportunos para o seu próprio cuidado (SILVA et al., 2009).

As ações voltadas para autocuidado em hanseníase objetiva prevenir as possíveis deformidades e reduzir as incapacidades já instaladas, na tentativa de interromper a propagação das perdas funcionais e sociais, assim como o estigma atrelado a doença. Cabe ao enfermeiro fornecer explicações para os pacientes sobre a doença e sobre o autocuidado com os olhos, mãos e pés, como a higienização, hidratação, lubrificação, alongamentos, exercícios, orientações sobre a adaptação de instrumentos, objetos e calçados (RODINI et al., 2014).

Acredita-se que o autocuidado depende do paciente e de sua relação com a equipe de saúde, em especial o enfermeiro, o qual tem a responsabilidade de fornecer subsídios para o desenvolvimento da autonomia do indivíduo. Neste íterim, ressalta-se que o enfermeiro figura-se como essencial no repasse de informações voltadas para o autocuidado, na motivação dos pacientes, na valorização da autoconfiança e do aprendizado de cada um (FINEZ; SALOTTI, 2011).

CONTEXTO ESPECÍFICO: O PAPEL DO ENFERMEIRO NAS AÇÕES DE CONTROLE DA HANSENÍASE

O enfermeiro é um profissional apto a desenvolver seu processo trabalho com vistas para a prática de atividades de promoção da saúde, assim como, tem potencial atuante na prevenção, controle e tratamento de doenças, concebendo-se como peça fundamental para efetivação das atividades de controle da hanseníase (NASCIMENTO et al., 2011).

Ressalta-se o desenvolvimento do processo de trabalho do enfermeiro no tocante às ações de controle da hanseníase por meio da realização de consultas de enfermagem (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011), que é tida como um momento oportuno para o estabelecimento de vínculos com possibilidades de reconhecimento da conjuntura sociocultural no qual o indivíduo está inserido (DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009), o que favorece o direcionamento do enfoque terapêutico a ser adotado.

Além da consulta como estratégia de cuidado ao portador da hanseníase, a enfermagem deve organizar as ações de controle dos pacientes e dos contatos, realizar busca ativa de casos novos, fazer visita domiciliar para assistência ao doente e à família, realizar exame dermatoneurológico, avaliar e prevenir incapacidades físicas e também desenvolver atividades educativas (LANZA; LANA, 2011; LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Nesse processo, os profissionais enfermeiros estão aptos a organizar atividades voltadas para o controle dos pacientes com hanseníase e de seus respectivos contatos, sendo relevante a busca ativa de novos casos, a realização de exames dermatoneurológicos, a assistência ao doente e sua família durante as visitas domiciliares e o desenvolvimento de atividades educativas a fim de divulgar informações sobre a hanseníase e sobre a terapêutica medicamentosa (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Desse modo, as práticas do enfermeiro podem contribuir para a prevenção de agravos (como as incapacidades físicas) e promoção da saúde dos indivíduos, bem como com a educação em saúde para o paciente, seus familiares e a população em geral ((DUARTE; AYRES; SIMONETTI, 2009; SILVA et al., 2009).

CONTEXTO GERAL: A HANSENÍASE NO IMAGINÁRIO SOCIAL

A história da hanseníase é marcada por crendices e preconceitos que assolavam a imagem do indivíduo doente. Muitas vezes reconhecida pela noção do pecado e como doença mutilante, as deformidades geravam estigma que levou ao isolamento (SANGI et al., 2009).

Mesmo com a existência dos métodos de diagnóstico, tratamento e cura, ainda se faz presentes nos grupos desinformados os receios pautados no contágio, nas mutilações, no isolamento social e na presença de autorrejeição proveniente da influência do estigma na autoestima dos doentes de hanseníase (AYRES et al., 2012).

Os preconceitos ainda existentes diante dessa doença estão associados às deformidades e incapacidades físicas que afetam as atividades diárias e capacidade de trabalho, gerando problemas de limitação social e psicológicos (AYRES et al., 2012).

Portanto, é fundamental a existência de diálogo entre o paciente, seus familiares e demais contatos na perspectiva de esclarecer as dúvidas acerca da hanseníase e com vistas para a diminuição do estigma da doença, proporcionando um convívio social sem prejuízos nas relações pessoais e de trabalho (SANGI et al., 2009).

METACONTEXTO: POLÍTICAS DE SAÚDE QUE SUBSIDIAM O ATENDIMENTO AO PORTADOR DE HANSENÍASE

A Organização Mundial de Saúde (OMS) utiliza a prevalência de menos de 1 caso para cada 10.000 habitantes como parâmetro de eliminação da hanseníase e considera a incidência em menores de 15 anos e o registro de pacientes com elevado grau de incapacidade relevantes para direcionar o controle da doença. Também enfatiza a relevância da detecção precoce, avaliação dos contatos e redução do estigma (LANA; CARVALHO; DAVI, 2011).

Nessa perspectiva, o Programa Nacional de Controle da Hanseníase norteia as ações de controle da doença em consonância com os princípios do SUS, em todas as instâncias e níveis complexidades de atenção à saúde (BRASIL, 2010).

No sentido de otimizar as ações, estabeleceram-se as seguintes metas a serem atingidas até 2015: 90% de cura nas dos casos novos de hanseníase e examinar 80% de seus contatos intradomiciliares; reduzir o coeficiente de detecção em menores de 15 anos; e reduzir o coeficiente de prevalência da hanseníase para 0,98/10.000 habitantes (BRASIL, 2011).

Conclusão

As ações educativas em saúde implicam na transformação do saber para transformação dos sujeitos, estimulando reflexões sobre a adoção de hábitos saudáveis, possibilitando aos indivíduos melhoria na habilidade necessária para enfrentarem suas condições de saúde.

Constatou-se, então, que as ações de enfermagem voltadas para o objeto de estudo proposto permeiam as camadas interativas do contexto e são diretamente influenciadas por uma política maior, que e norteia a atuação do enfermeiro frente ao autocuidado do indivíduo acometido pela hanseníase, a fim de alcançar os objetivos propostos pelo Ministério da Saúde no tocante à prevenção e redução de incapacidades físicas relacionadas à doença.

Portanto, ao interligar e analisar os níveis de interação contextual acredita-se que o enfermeiro possa prestar uma assistência ao

portador de hanseníase envolvendo não apenas o indivíduo doente, mas também sua família, considerando suas peculiaridades e os aspectos culturais que estão envolvidos do fenômeno estudado.

Referências

- AYRES, J. A. et al. Repercussões da hanseníase no cotidiano de pacientes: vulnerabilidade e solidariedade. REME rev min Enferm, v.16, n. 1, p. 56-62, 2012. Disponível em: <http://www.enf.ufmg.br/site_novo/modules/mastop_publish/files/files_4fccf66a17245.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento. Agenda estratégica 2011-2015. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BRASIL. Portaria nº 3.125 de 07 de outubro de 2010. Aprova as diretrizes para vigilância, atenção e controle da hanseníase. Diário Oficial da União, 2010.
- 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. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n1/v18n1a12.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- FINEZ, M. A.; SALOTTI, S. R. A. Identificação do grau de incapacidades em pacientes portadores de hanseníase através da avaliação neurológica simplificada. J Health Sci Inst., v. 29, n. 3, p. 171-175, 2011. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2011/03_jul-set/V29_n3_2011_p171-175.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- HINDS, P. S.; CHAVES, D. E.; CYPRESS, S. M. Context as a source of meaning and understanding. Qual Health Res, v. 2, n. 1, p. 61-74, Feb, 1992.
- LANA, F. C. F.; CARVALHO, A. P. M.; DAVI, R. F. L. Perfil epidemiológico da hanseníase na microrregião de Araçuaí e sua relação com ações de controle. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 15, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- LANZA, F. M.; LANA, F. C. F. O processo de trabalho em hanseníase: tecnologias e atuação da equipe de saúde da família. Texto & contexto enferm, v. 20, n. esp., p. 238-246, 2011. Disponível em: <from:<http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea30.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2014.
- NASCIMENTO, G. R. C. et al. Ações do enfermeiro no controle da hanseníase. Rev. Eletr. Enf., v. 13, n. 14, p. 743-750, 2011. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n4/v13n4a20.htm>>. Acesso em: 27 jan. 2014.
- RODINI, F. C. B. et al. Prevenção de incapacidade na hanseníase com apoio em um manual de autocuidado para pacientes. Fisioter. Pesqui, v. 17, n. 2, p. 157-166, 2010. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/fpusp/article/view/12189>>. Acesso em: 15 ago. 2014.
- SANGI, K. C. C. et al. Hanseníase e estado reacional: história de vida de pessoas acometidas. Rev enferm UERJ, v. 17, n. 2, p. 209-214, 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- SILVA J. S. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: um compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. Rev esc enferm USP, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- SILVA, F. R. F. et al. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. Texto & contexto enferm, v. 18, n. 2, p. 290-29, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/12.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2014.
- SIMPSON, C. A. et al. Schoolchildren's knowledge on prevention, diagnosis and treatment of leprosy. Rev enferm UFPE on line, v. 5, n. 5, p. 1661-1667, 2011. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1533/pdf_546>. Acesso em: 27 jun. 2014.
- SIMPSON, C. A.; FONSÊCA, L. C. T.; SANTOS, V. R. Perfil do doente de hanseníase no estado da Paraíba. Hansen Int., v. 35, n. 2, p. 33-40, 2010. Disponível em: <http://www.ils.br/revista/detalhe_artigo.php?id=11244>. Acesso em: 15 jan. 2014.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Weekly epidemiological record. v. 87, n. 34, p. 317-328, August, 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2012/wer8734.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2014.

ANÁLISE DE REDES DO COTIDIANO A PARTIR DO ENCONTRO ENTRE USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.

Ricardo Henrique Vieira de Melo (Apresentador) – UFRN – ricardohvm@gmail.com

Andrea Taborda Ribas da Cunha – UERN

Rosana Lúcia Alves de Vilar (Orientador) – UFRN

Palavras-chave: Redes Sociais. Interação Profissional/Usuário. Estratégia Saúde da Família. Dádiva. Reconhecimento.

Resumo

O estudo discute a formação de Redes Sociais no cotidiano da Estratégia Saúde da Família, a partir de aportes da teoria sociológica sobre redes, interações, dádiva e reconhecimento. O objetivo geral é analisar as redes sociais em saúde a partir da interação de usuários e profissionais. Seus objetivos específicos são: Mapear as redes sociais locais em saúde existentes no território adscrito; Identificar os tipos de interações cotidianas entre os sujeitos; Compreender a percepção dos sujeitos sobre o processo de formação de redes sociais a partir das interações. Caracteriza-se enquanto pesquisa qualitativa exploratória cujos sujeitos foram profissionais e usuários vinculados à referida unidade de saúde. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas individuais semiestruturadas e debates em grupos focais estimulados pela Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES). A análise dos dados foi realizada através da Técnica de Análise Temática de Conteúdo. Os resultados foram interpretados à luz das Teorias da Dádiva e do Reconhecimento. Os sujeitos visualizaram: Rede Virtual (28,20%); Rede de Atenção à Saúde (25,64%); Redes de Usuários (17,95%); Rede Pessoal (10,26%); Conselho Comunitário (10,26%); Escolas (7,69%). Os participantes não perceberam os arranjos familiares enquanto Redes Sociais. Os tipos de interações sociais identificadas foram: Confrontação/Negociação (41,02%); Harmônicas (25,70%); Correlativas (17,90%); Definidas pela Organização (15,38%). As categorias encontradas sobre a formação de redes foram: Diálogo e Encontro. A aposta nos circuitos da dádiva e do reconhecimento recíproco pode ser capaz de tecer uma práxis transformadora, pela busca e alcance de confiança, respeito e estima.

Introdução

Rede social pode ser definida como um conjunto de participantes unidos por ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados. Representam um coletivo de sujeitos com quem o ato de manter relações de pessoa a pessoa, de amizade ou de camaradagem, permite conservar e esperar confiança e fidelidade (CAILLÉ, 2002).

Um pensamento sociológico dominante (hegemônico) compreende as redes sociais sob a égide do estruturalismo utilitarista que pretende enquadrar em padrões gerais as interações sociais. E uma tendência contra hegemônica emerge através de uma abordagem interacionista ou relacional aberta à articulação entre o objetivo e o subjetivo, enfatizando a qualidade dos intercâmbios, sem negar a análise quantitativa, entretanto valorizando a força do simbolismo e da intersubjetividade da realidade, superando o falso dilema da incompatibilidade entre redes objetivadas ou subjetivadas (MARTINS, 2010).

O conhecimento da teia de significados das redes sociais constitui demanda legítima para consolidação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), frente à necessidade de desenvolvimento de ações intersetoriais. A Estratégia Saúde da Família (ESF) exige a produção de estudos sobre as mediações sociais e a singularidade das perspectivas relacionais. Negar o enlace reflexivo desses temas é negligenciar a realidade vivida.

As redes não têm fronteiras, mas possuem limites de expectativas, confiança e lealdade, que são constantemente renegociados em cada espaço intercessor de comunicações. Existe uma multiplicidade de conexões em diversos sentidos e direções que propiciam o desenvolvimento de ações solidárias, de suporte ao enfrentamento de questões do cotidiano, bem como a troca de experiências e informações (CAPRA, 2008).

Se a ideia de integralidade nos serviços de saúde pressupõe processos em rede para a sua efetivação, os atos sincronizados dos trabalhadores, em relação entre si e com os usuários, podem configurar redes micro sociais (locais) com alta potência para o cuidado, pois o processo produtivo é altamente relacional a partir de pactos selados, frente a tensões e conflitos, ou a partir de acordos e consensos, constituídos nos espaços de conversas e escutas, de olhares, toques e gestos, intencionais ou não, subjetivos.

As pessoas geralmente percebem as redes das quais fazem parte somente quando precisam delas. Assim, na prática, esses arranjos são estruturas invisíveis e informais, aos olhos de si e/ou do (s) outro (s), durante a maior parte do tempo, e podem ter suas estruturas modificadas pela entrada ou saída de seus componentes, ou por mudança nas instituições que as compõem. Pessoas e grupos mudam com o decorrer do tempo, deixando as relações transitórias ao longo da vida (MENESES, 2007).

Estimular coletivos é torna-los sujeitos capazes de atuar no mundo, conforme os preceitos de uma ética pautada no cuidado. Neste contexto, o desejo pode ser apreendido como uma energia inconsciente (e consciente) criativa e produtiva capaz de colocar os sujeitos aptos para a construção do novo, em processos emergentes sobre os processos instituídos (FRANCO, 2006).

A perspectiva da referência à dádiva ou dom (enquanto uma trindade compartilhada composta pelo dar-receber-retribuir) tem validade para o entendimento destas interações nos circuitos de trocas sociais, pois explica os fundamentos da solidariedade e do vínculo enquanto elementos essenciais para que a reciprocidade possa ocorrer e produzir a responsabilização partilhada pelo cuidado (LACERDA e MARTINS, 2013).

Assim, torna-se necessário transferir as práticas de saúde do seu núcleo instrumental em direção aos seus aspectos relacionais, revisitando o conjunto de regras, regulamentos e atribuições que condicionam as distribuições de poder, para construir, por meio de interações mais simétricas, um devir pautado em projetos compartilhados. Neste contexto, humanizar a atenção é validar publicamente as experiências vividas alicerçadas no bem comum (AYRES, 2009).

A conscientização destes aspectos durante as vivências interativas tem relevância para a manutenção das ações coletivas ofertadas, bem como dispara a construção compartilhada de novas práticas de promoção de saúde, fortalecendo o pertencimento e o vínculo entre os participantes. Torna-se estratégico conhecer os atributos que os sujeitos esperam alcançar ou receber para que se sintam amados, respeitados e estimados (reconhecidos).

A aplicação da temática abordada neste estudo aos cenários do SUS pode significar um aporte para o aumento da capacidade de reflexão sobre a prática cotidiana, contribuindo para a institucionalização de processos de mudança que promovam impacto no estilo de vida dos participantes, pelas aproximações dialogadas, estímulo à participação comunitária, ao autocuidado e a autonomia.

Nesta problemática, este estudo procurou esclarecer algumas questões, entre elas: Que redes sociais os sujeitos identificam neste cenário? Quais os tipos predominantes de interações sociais? O que é necessário fazer para formar ou manter redes no cotidiano da ESF?

A investigação teve como objetivo geral: Analisar as redes sociais em saúde a partir da interação entre usuários e profissionais de uma unidade de saúde da família. Seus objetivos específicos foram: Mapear as redes sociais em saúde existentes no território adscrito; Identificar os tipos de interações cotidianas entre usuários e profissionais de saúde na referida unidade; Compreender a percepção dos sujeitos sobre o processo de formação de redes sociais locais em saúde a partir das interações.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa e exploratória. Foram utilizadas observação participante, entrevistas semiestruturadas individuais e grupos focais, para complementariedade na coleta de dados, durante os meses de junho a agosto de 2013. Também fizemos uso de um roteiro para registro em diário de campo acerca de aspectos importantes.

Os sujeitos foram dez trabalhadores de saúde e dez usuários de uma unidade da ESF. Os critérios de inclusão foram: fazer parte do quadro de pessoal de uma das duas equipes e ter mais de cinco anos de prática nesta unidade (profissionais); morar no território adscrito por mais de cinco anos e ter participação frequente em pelo menos duas atividades coletivas cotidianas (usuários).

Os grupos focais (um total de três) aconteceram após as entrevistas: o primeiro foi composto por dez profissionais de saúde; o segundo grupo foi formado por dez usuários; e o terceiro foi constituído por dez sujeitos (cinco de cada grupo anterior) que obtiveram maior desenvoltura nos debates realizados. O áudio das conversações foi gravado e, posteriormente, as falas foram transcritas para realização da análise.

A Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES) foi utilizada para estimular a interação nos grupos focais. Ela é pertinente para análise de redes sociais do cotidiano de usuários dos serviços públicos, no mapeamento das redes existentes, em formação ou potenciais, identificando as crenças, valores e os meios de superação dos problemas (MARTINS, 2009).

Sua parte operacional é composta por duas fases: a primeira se refere a um movimento de Desconstrução de representações centradas em opiniões sem fundamentos, preconceitos e ancoragens confusas; e a segunda direcionada a um movimento de Reconstrução das redes constitutivas do self através do registro (em um mapa), a partir do próprio sujeito, das dificuldades e soluções acerca dos problemas, ou temas discutidos.

Usamos a Técnica de Análise Temática de Conteúdo para análise dos dados, para estudar motivações, atitudes, valores, crenças, tendências, caminhando na direção da descoberta do que está escondido por trás dos conteúdos manifestos. Após a transcrição do material gravado, em uma fase de pré-análise, empreendemos uma leitura flutuante (preliminar e intuitiva), deixando-se impregnar pelo seu conteúdo para definição do corpus de análise, formulação de pressupostos e leitura exaustiva dos conjuntos de textos sem intenção de perceber (naquele momento) elementos específicos.

Na fase de exploração fizemos a codificação a partir de unidades de registro (palavras, frases), e de contexto (temas, acontecimentos) buscando a transformação sistemática de dados brutos em núcleos de sentido. Finalmente, na última etapa, os elementos foram classificados segundo suas semelhanças e diferenças, categorização, inferência e reagrupamento, e os resultados foram interpretados na abstração das Teorias da Dádiva e do Reconhecimento.

Resultados e Discussão

Os sujeitos visualizaram: Rede Virtual (28,20%); Rede de Atenção à Saúde (25,64%); Redes de Usuários (17,95%); Rede Pessoal (10,26%); Conselho Comunitário (10,26%); Escolas (7,69%). Os participantes não perceberam os arranjos familiares enquanto Redes Sociais. Os tipos de interações sociais identificadas foram: Confrontação/Negociação (41,02%); Harmônicas (25,70%); Correlativas (17,90%); Definidas pela Organização (15,38%).

Sobre as funções das redes, a distribuição e frequência dos registros foram: Companhia Social (32%); Apoio Emocional (28%); Guia Cognitivo/Conselheiro (16%); Ajuda Material/Serviços (16%); Acesso a Novos Contatos (4%); e Regulação Social (4%). Assim, para os participantes, as redes sociais servem para companhia social e apoio emocional, ou seja, transmitem cultura para construção de novos modos de vida, e que são promotoras de afeto, pertencimento, compreensão, simpatia e auto estima. Em uma dimensão mais secundária, os sujeitos concordaram que essas redes servem para troca de informações, definição de expectativas, e suporte dos serviços (assistência) de saúde.

O principal interesse (objetivo) dos usuários, relacionados à participação nas atividades coletivas (redes), foi melhorar de saúde, em relação aos sofrimentos (físicos e mentais) acontecidos anteriormente em algum momento de suas biografias, consequentes às limitações físicas da idade, ao luto, ou agravos crônicos associados ou não aos hábitos saudáveis, em uma dimensão mais física (hipertensão, diabetes, doenças ósseo-articulares) e/ou em um escopo mais psíquico (ansiedade, solidão, estresse e síndrome do pânico).

Por sua vez, os profissionais relataram interesses na aquisição de novos conhecimentos e aprendizado através da socialização de experiências participativas, bem como a necessidade normativa ou instintiva de desenvolvimento e implantação de ações preconizadas pela ESF, e o desejo de melhorar enquanto uma pessoa mais acolhedora e comunicativa, compreensiva de si e do outro.

E foram feitas propostas, encaminhamentos, pactos (conteúdos) associados a alguns arranjos (formas) a serem constituídos: Encontros Lúdicos mais frequentes (lazer e conversação); Reuniões Sistemáticas Participativas (planejamento); Composição do Conselho Gestor; Resgate do grupo de Terapia Comunitária (apoio emocional e suporte); Formação de um Grupo de Mulheres (informal) para apoio ao Conselho Comunitário (formal) na busca (reconhecimento) de melhorias locais (Direitos).

A análise temática de conteúdo definiu duas categorias em relação à concepção dos sujeitos sobre a formação de redes: Diálogo, que remete à comunicação (verbal, não verbal), conversação, a força da palavra, a expressividade dos conteúdos verbalizados, verbos que indicam ações; Encontro, que indica proximidade, que movimenta a aproximação, que reduz a distância, cenário (contextualizado) de interação, testemunha do bem dito ou do mal dito. Logo, as redes são formadas a partir do diálogo e do encontro entre pessoas.

Conclusão

Esta pesquisa aprofundou a compreensão sobre a participação dos sujeitos sociais concebidos como protagonistas de seu modo de viver e produtores do seu próprio cuidado na perspectiva da democratização das relações de trabalho e da interação entre trabalhador e usuário.

Focalizou o recorte (enquadramento) de uma imagem-movimento (cena) entre: o disponível, as redes existentes (mapeadas) na realidade imediata, contínua, cotidiana; e o possível, a formação de redes, que poderão existir ou não, a partir das concepções e atitudes dos protagonistas, enquanto possibilidades concretas, futura, também real, emergente, e contextualizada no microcosmo do território de uma Unidade de Saúde da Família.

Existe uma forte ancoragem das noções de redes sociais à internet e também de que redes em saúde se limitam àquelas relacionadas

com a oferta de cuidado organizada nos serviços de saúde em níveis crescentes de complexidade tecnológica, ou ainda, a ideia de que para fazer parte de uma rede, seja necessário acessar alguma instituição ou associação formal, geralmente fora do território onde reside. Este esmaecimento subestima a complexidade e a magia social da constituição de redes a partir do próximo, ou dos pares, de parceiros de interação, do outro.

O uso da Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano (MARES) estimulou democraticamente a interação, alteração e alternância de posições entre os sujeitos, mobilizando ações e reações diferentes em cada participante, em uma arena onde se disputam e negociam ansiedades e necessidades, contribuindo para o desenvolvimento de uma postura interativa capaz de compartilhar poder, de induzir reflexões dialógicas para a mediação de conflitos.

Referências

AYRES, José Ricardo. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. In: AYRES, José Ricardo. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: UERJ/IMS: ABRASCO, 2009. Cap. 7, p. 183-210.

CAILLÉ, Alain. Antropologia do dom: o terceiro paradigma. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 2002.

CAPRA, Fritjof. Vivendo redes. In: DUARTE, Fábio; QUANDT, Carlos; SOUZA, Queila. (Org.). O tempo das redes. São Paulo: Perspectiva, 2008. Cap. 1, p. 17-29.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni.; MATTOS, Ruben. (Org.). Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

LACERDA, Alda; MARTINS, Paulo Henrique. A dádiva no trabalho dos agentes comunitários de saúde: a experiência do reconhecimento do amor, do direito e da solidariedade. Revista Realis. V. 3, n. 1, jan./jun. 2013. p. 194-213. Disponível em: <www.revista-realis.org>. Acesso em: 26 jan. 2013.

MARTINS, Paulo Henrique. Redes sociais como novo marco interpretativo das mobilizações coletivas contemporâneas. Caderno CRH, Salvador, v. 23, n. 59, p. 401-418, Maio/Ago. 2010.

MARTINS, Paulo Henrique. MARES (Metodologia de Análise de Redes do Cotidiano): aspectos conceituais e operacionais. In: PINHEIRO, Roseni.; MARTINS, Paulo Henrique (Org.). Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS-UERJ; Recife: Editora Universitária UFPE; São Paulo: ABRASCO, 2009. Cap. 5. p. 61-89.

MENESES, María Piedad Rangel. Redes sociais – pessoais: conceitos, práticas e metodologia. 2007. 136f. Tese (Doutorado em Psicologia). PUCCR, 2007.

Agradecimentos

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

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA COMUNIDADE DO DENDÊ: UMA VISÃO SOBRE DIABETES E HIPERTENSÃO

José Victor Lima Figueiredo – Universidade de Fortaleza – zevictor15@gmail.com
Crgynna Suany Almeida Viana – Universidade de Fortaleza
Geórgia Kelly Melo Silveira – Universidade de Fortaleza
Hugo Portela – Universidade de Fortaleza
Joice Barreira de Oliveira – Universidade de Fortaleza
Danilo Pinheiro – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Promoção da saúde. Análise de situação. Diabetes. Hipertensão.

Resumo

A formulação de políticas de saúde depende da existência de uma sólida base de informações que possam fundamentar as políticas de intervenção necessárias em uma dada comunidade. A base de dados pode ser construída através de Análises de Situações de Saúde (ASS), que auxiliam na formulação dessas propostas de intervenção através do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB).

A Comunidade do Dendê, local de escolha para a realização do estudo, classifica-se como de baixa renda e possui uma população de mais de 11.000 habitantes. A aplicação de questionários do SIAB ocorreu de maneira semanal durante os meses de fevereiro a abril no ano de 2012. E, de acordo com os dados colhidos na pesquisa, 34 famílias (13,7%) das 248 mostram a presença tanto de hipertensos quanto de diabéticos, com 15 anos ou mais, além de outros fatores relacionados à escolaridade, presença de saneamento básico, dentre outros.

Ao fim da análise dos dados, pode-se concluir que os serviços de saúde não estão atingindo as suas metas, pois grande parte da população ainda se encontra desinformada. Portanto, faz-se necessária a monitorização dessas doenças a fim de que os seus índices diminuam no Brasil. Contudo, para que essas estratégias possam atingir a idealidade, deve-se fazer uma avaliação do grau de informação da comunidade, para que se tenha uma ideia da distribuição e disseminação de informações.

Introdução

A formulação de políticas de saúde depende da existência de uma sólida base de informações que possam fundamentar as políticas de intervenção necessárias em uma dada comunidade. Tais informações podem ser colhidas através de Análises de Situações de Saúde (ASS), procedimento realizado pelos recém-chegados alunos da Medicina da UNIFOR durante a disciplina de Ações Integradas em Saúde.

A Comunidade do Dendê, visitada pelos alunos para o colhimento das informações, classifica-se como sendo de baixa renda, apresentando como características a falta de saneamento básico, a violência constante, um deficiente sistema de saúde, entre outros problemas. Com uma população de mais de 11.000 habitantes, a comunidade é bastante diversificada, sendo um local “privilegiado” para se investigar a desigualdade.

A ASS auxilia na formulação das propostas de intervenção conforme o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), por meio da Ficha A, sobre a qual foi baseado este trabalho. A ficha é composta de perguntas acerca das doenças e condições referidas que acometem a Comunidade do Dendê, além de condições de moradia, situação socioeconômica e estrutura familiar, proporcionando colhimento dessas informações de maneira rápida.

A Ficha Nosológica, ligada à Ficha A, permite um maior detalhamento das doenças e é medida de acordo com a faixa etária: pessoas de 0 a 14 anos e pessoas com 15 anos ou mais. Essa divisão permite uma maior organização das doenças mais preponderantes em um determinado grupo alvo de estudo. Os resultados obtidos através dessa pesquisa de campo mostrou a deficiência na atenção básica em saúde. Logo, a utilização dos cadastros das famílias foi de suma importância para uma possível proposta de intervenção.

Metodologia

Este trabalho consiste em uma Análise de Situação em Saúde realizado mediante obtenção de informações por meio de um questionário denominado Ficha A, caracterizado por proporcionar uma coleta rápida e quantitativa de dados, permitindo o conhecimento do perfil sociodemográfico da área em questão. Os resultados apresentados foram obtidos de maneira transversal, por uma dupla de estudantes, devidamente instruídos, do primeiro semestre do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza.

A aplicação desse questionário ocorreu de maneira semanal, realizada nas terças, quartas e sextas-feiras, no horário de 8 às 12 horas da manhã durante os meses de fevereiro a abril, no ano de 2012, na Comunidade do Dendê localizada no bairro periférico Edson Queiroz na cidade de Fortaleza, capital do estado do Ceará.

A Comunidade do Dendê possui uma população de aproximadamente 14.000 pessoas, das quais 971 fizeram parte da pesquisa. Tal amostra em estudo foi feita de maneira randomizada, não sendo critério de inclusão a faixa etária, o sexo ou mesmo a ocupação. Em geral é classificada como uma população de baixa renda.

O programa utilizado para a entrada de dados foi o EPI INFO FOR WINDOWS 3.5.3, o qual permite a comparação entre os dados obtidos através de gráficos, tabelas e outros instrumentos. Em relação aos aspectos éticos, foi mantido o sigilo, o respeito, a honra e a integridade dos entrevistados, fazendo par com o compromisso e altruísmo dos entrevistadores.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados colhidos na pesquisa, 34 famílias (13,7%) das 248 que responderam ao requisito mostram a presença tanto de hipertensos quanto de diabéticos dentre os integrantes, com 15 anos ou mais, levando à possível relação entre as duas. A possibilidade de associação das duas doenças é de ordem de 50%, o que requer, na maioria dos casos, o manejo de ambas as em um mesmo paciente. Além disso, são consideradas doenças crônicas com história prolongada e se inserem no grupo das Doenças e Agravos Não Transmissíveis.

Conforme a devida análise dos dados coletados na Comunidade do Dendê, considerando a extrema relevância do tema deste trabalho no contexto de saúde pública do Brasil, foi possível observar certa relação entre a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM). Essas doenças são apontadas como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Portanto, faz-se necessária a monitorização dessas doenças

a fim de que os seus índices diminuam na população brasileira.

O cenário dessas doenças no Brasil se deve a conjunto de fatores como alimentação, sedentarismo, consumo de álcool e/ou cigarro, poluição ambiental, obesidade, fatores genéticos, idade, dentre outros. Alguns desses fatores são comuns a ambas as doenças e explicam como o padrão delas se apresenta na população brasileira.

Tanto a hipertensão como o diabetes possuem peculiaridades em comum que as colocam como um dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Quanto ao fator alimentação, essas doenças se comportam de modo semelhante, pois uma alimentação inadequada baseada no maior consumo de carnes, leite e derivados ricos em gorduras e redução do consumo de cereais, frutas, verduras e legumes, contribuem para o aumento da incidência de obesidade, que por sua vez esta associada aos casos de aterosclerose, trazendo enormes prejuízos à vida de muitos portadores de diabetes e/ou hipertensão. Outro fator muito importante para essa análise diz respeito ao estilo de vida da população brasileira. Atualmente, devido às mudanças socioculturais, o sedentarismo se tornou marcante na população brasileira, atingindo grande parte dos brasileiros, inclusive entre os portadores de doenças crônicas como diabetes e hipertensão, pois atrapalha o andamento do tratamento e da promoção da qualidade de vida dos mesmos.

Os dados referentes ao analfabetismo na Comunidade do Dendê revelam que cerca de 35% das famílias possuem pelo menos um analfabeto, o que é bastante preocupante, pois, de certa forma, esses dados também refletem a situação da escolaridade e do compartilhamento da informação. Desse modo, pode-se concluir que os serviços de saúde não estão atingindo as suas metas, ou seja, boa parte da população ainda se encontra desinformada, o que contribui de maneira significativa para a prevalência de várias doenças, principalmente no caso das doenças crônicas como a HAS e a DM, que são enfermidades que necessitam de cuidados e de monitoramento, pois as complicações derivadas das mesmas representam elevados custos para os cofres públicos.

Seguindo essa linha de raciocínio, a melhor medida a ser tomada, no caso dessas doenças em especial, seria a atenção primária, voltando os esforços para a prevenção, impedindo que o indivíduo venha a manifestar a doença, e para a promoção da qualidade de vida, controlando a evolução da doença e as possíveis complicações. No entanto, para que as estratégias de prevenção possam atingir os resultados esperados, deve-se fazer uma avaliação do grau de informação de determinada comunidade, para que se tenha uma ideia da distribuição e disseminação de informações que possam vir a serem úteis para o processo de prevenção e promoção da saúde.

A partir dos dados, foi visto que aproximadamente 84% das famílias disseram que comparecem ao posto em caso de doença. Isso mostra que a unidade de saúde age como um polo que atrai grande parte da população. Dessa forma, considerando o contexto da atenção primária à saúde, os postos poderiam funcionar, por meio de campanhas educativas, como pontos de divulgação de informações pertinentes às doenças características de cada comunidade, como o HAS e o DM na comunidade do Dendê.

Um aspecto muito importante dos meios de comunicação diz respeito à capacidade desses meios de se difundir entre a população, constituindo assim uma ferramenta bastante útil na atenção primária à saúde. No caso do bairro Edson Queiroz (Comunidade do Dendê), a TV foi o meio de comunicação mais citado, representando 85,5% entre as famílias. Portanto, considerando o imenso poder de influência da TV em comparação com os outros meios, conclui-se que esta ferramenta pode vir a ser muito útil para divulgar as informações necessárias para a comunidade. Nesse caso existe uma vantagem, pois o indivíduo não precisa se deslocar a nenhum local para adquirir essas informações. Desse modo, a população terá acesso mais efetivo aos serviços de saúde que, por sua vez, constitui um direito de todos os cidadãos brasileiros. Em relação ao saneamento do Dendê, notou-se a realidade precária da periferia de Fortaleza. Apenas 23 famílias (9,2%) confirmaram a existência de sistema de esgoto (rede geral). A maioria, 210 famílias (84,3%), respondeu ter fossa em casa, o que sugere má administração dos dejetos, pois não há certeza das condições em que foram construídas. Além da existência de 16 famílias (6,4%) que alegaram a destinação de fezes e urina de suas casas a céu aberto. Dados estes que reforçam que os fatores considerados sociais, como ambiente físico, social e econômico, estão associados às doenças crônicas de história prolongada, como HAS e DM.

Conclusão

Podemos concluir que a Comunidade do Dendê encontra-se no mesmo padrão observado no resto do País, onde as doenças crônicas ocupam espaço de relevância por estarem relacionadas com as incidências de doenças cardiovasculares, as quais constituem a principal causa de óbitos no Brasil. Entre essas doenças crônicas, a HAS e a DM assumem um papel de destaque, pois foram as patologias mais comuns encontradas na comunidade. A faixa etária de maior predominância para tais enfermidades se encontra acima de 15 anos, confirmando a idade como um potencial fator de risco para que essas doenças se manifestem. Outro dado relevante é a escolaridade, a qual na comunidade tem índices muito baixos e reflete diretamente o aumento da incidência e da gravidade dessas doenças. A falta de conhecimento de que sintomas como poliúria, polidipsia, tontura, mal-estar possam ser indicativos precoces e a falta de entendimento da gravidade dessas doenças faz com que o tratamento e a prevenção não sejam devidamente seguidos.

Finalmente, ao considerarmos as ações de intervenção na tentativa de controlar o desenvolvimento dessas doenças, priorizamos as ações da atenção primária, pois é menos custosa e impede que outros indivíduos adquiram a doença, ou seja, é eficaz no que diz respeito a melhoria nos índices dessa patologia. Logo, uma vez que foi retratado que as famílias na Comunidade do Dendê costumam frequentar os postos de saúde e assistem muito à televisão, podemos fazer uma associação entre esses dois fatores como meios de propagação de informações necessárias à população, por meio de campanhas educativas. Com isso, um maior número de famílias poderá ser recoberto por essa atenção, garantindo assim, os serviços de saúde que, por sua vez, são direitos de todos os cidadãos brasileiros.

Referências

FERREIRA, Sandra et al. Frequência de Hipertensão Arterial e fatores associados: Brasil, 2006. Rev. Saúde Pública, v.43, s.2, p.98-106, 2006.

GABBAY, Mônica et al. Diabetes Mellito do tipo 2 na infância e na adolescência: revisão de literatura. Jornal de Pediatria, v.79, n.3, p.201 – 208, 2003.

GANDARILLAS, Miguel et al. Estressores sociais da Hipertensão em Comunidades Carentes. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.18, n.1, p. 62-71, 2005.

HENRIQUE, Nathalia et al. Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus: um estudo sobre os programas de atenção básica. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 168-173, abr/jun. 2008.

MARTINS, Juliana et al. Avaliação da implantação da atenção à Hipertensão Arterial pelas equipes de saúde do município de Recife

(PE, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.2, p.623-633, 2011.

Ministério da Saúde. VIGITEL Brasil 2010. Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico: estimativas sobre frequência e distribuição sociodemográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal em 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

MONDINI, L.; MONTEIRO, C.A. Mudanças no padrão de alimentação. In: *Velhos e Novos Males da Saúde no Brasil. A evolução do País e de suas Doenças* (C.A. Monteiro, org) Núcleo de Pesquisas Epidemiológicas em Nutrição e Saúde, Universidade de São Paulo, p 79 – 9, 1995.

MONTEIRO, C.A. et al 2000^a. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v.34, p.251-258, 1988-1996.

NASCIMENTO, Larissa et al. Sensibilidade e especificidade no diagnóstico de hipertensão por diferentes métodos. *Rev. Saúde Pública*, v.45, n.5, p.837-844, 2011.

PASSOS, Valéria et al. Hipertensão Arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudos de base populacional. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v.15, n.1, Mar, 2006.

ROSA, Alberto; RIBEIRO, Jorge. Hipertensão arterial na infância e na adolescência: fatores determinantes. *Jornal de Pediatria*, v.75, n.2, p.75 – 82, 1999.

ROSA, Roger; SCHMIDT, Maria. Diabetes mellitus: magnitude das hospitalizações na rede pública do Brasil. *Epidemiol. Ser. Saúde*, Brasília, v.17, n.2, jun, 2008.

SARTORELLI, Daniela; FRANCO, Laércio. Tendências do diabetes mellitus no Brasil: o papel da transição nutricional. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, p.29-36, 2003.

ANÁLISE DE SITUAÇÃO DE SAÚDE DA FAMÍLIA NA COMUNIDADE DO DENDÊ- FORTALEZA, CEARÁ, BRASIL.

Crygynna Suany Almeida Viana (apresentador) – UNIFOR crygynnacsav@gmail.com
Júlio César Araújo de Barcelos – UFC
Catherine Castro Cunha – UNIFOR
Geórgia Kelly Melo Silveira – UNIFOR
Larisce Lopes Sarmiento – UNIFOR
Danilo Pinheiro (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: Comunidade do Dendê. Situação de saúde. Diarreia. Hipertensão. Diabetes.

Resumo

A ASS (Análise de Situação de Saúde) é um processo que objetiva identificar e coletar informações de Saúde em uma determinada área. Seu principal objetivo é compreender o local sob diferentes ângulos, e assim permitir que os profissionais da Equipe de Saúde da Família possam intervir da melhor maneira possível para melhorar a situação daquela determinada população.

O estudo buscou analisar a situação de saúde de algumas famílias da Comunidade do Dendê, localizada no bairro Edson Queiroz. A situação de saúde depende diretamente das condições de vida e moradia em que o indivíduo está inserido. Dessa forma, os residentes na comunidade podem estar em um ambiente mais propício para o desenvolvimento de doenças e outras comorbidades, sendo estas influenciadas por fatores como saneamento, moradia, tabagismo, alcoolismo, dentre outros. A análise foi feita durante o semestre do módulo de Ações integradas em Saúde I, em que foram coletados dados de várias famílias residentes na Comunidade do Dendê através da ficha A, do SIAB, e da ficha Nosológica, desenvolvida por professores da UNIFOR para uma melhor organização da situação da família.

A análise de situação se mostrou bastante rica em informações, que ajudaram tanto os alunos do curso de Medicina da UNIFOR a entender o ambiente em que a população da comunidade está inserida, quanto os próprios agentes de saúde, que tiveram a oportunidade de atualizar suas fichas através da coleta feita pelos estudantes.

Introdução

A ASS (Análise de Situação de Saúde) é um processo que objetiva identificar e coletar, através de múltiplas fontes, informações de Saúde e informações relacionadas à Saúde em uma determinada área. O propósito de uma análise situacional é estabelecer uma base abrangente de compreensão, tanto para proporcionar um ponto de referência para o processo de planejamento, como permitir a seleção de áreas de concentração prioritárias para intervenção. (BATISTELLA, 2007). Na análise da situação de saúde de uma determinada população são analisados os determinantes socioeconômicos e ambientais dos indivíduos, pois estes têm relação direta com o aparecimento de diversas doenças.

O SIAB é um sistema de informação territorializado cujos dados são gerados por profissionais de saúde das equipes da estratégia Saúde da Família. Essas informações são coletadas em âmbito domiciliar e em unidades básicas nas áreas cobertas pelos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde. O SIAB visa o acompanhamento das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) e, por meio desse, obtêm-se informações sobre a situação da saúde daquele território. Constitui-se um dos principais instrumentos nacional de avaliação e acompanhamento de Atenção Básica à Saúde e representa a ferramenta de gestão para equipe de saúde da família (ESF).

A análise da situação de saúde das famílias da Comunidade do Dendê foi estabelecida conforme o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), através da Ficha A. A coleta dos dados foi apurada por alunos da UNIFOR, os quais foram acompanhados e orientados por seus professores. Essa coleta de dados teve como objetivo atualizar os dados dos membros das famílias dessa comunidade, através de informações sobre as doenças, condições de moradia, saneamento básico e escolaridade dessa população.

O conhecimento dessas condições é de primordial importância para o estabelecimento de medidas de promoção e prevenção de saúde, feitas geralmente pelos membros da Equipe de Saúde da Família (AZEREDO, 2007). Segundo a OMS, saneamento é o controle de todos os fatores nocivos do meio físico do homem, que podem afetar o bem estar físico, mental e social (RIBEIRO, 2010). O saneamento básico é um pré-requisito essencial para a saúde, que impacta diretamente as condições de moradia em que o indivíduo vive. A falta de saneamento pode acarretar a disseminação de inúmeras doenças, tais como parasitoses e diarreia, um dos focos do presente estudo.

Metodologia

No início do módulo de Ações Integradas em Saúde da Unifor, os alunos do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) fizeram o reconhecimento da área da comunidade do Dendê, onde seriam colhidos os dados para nossa pesquisa. Essa comunidade, localizada no bairro Edson Queiroz. A Comunidade apresenta graves problemas estruturais, na qual habitam famílias de baixa renda, muitas em condições miseráveis.

Foram realizadas várias visitas ao longo do semestre, e o instrumento de pesquisa utilizado foi a Ficha A do SIAB e a Ficha Nosológica, desenvolvida pelos professores da UNIFOR com o objetivo de estabelecer um maior detalhamento das doenças dos membros de cada família da comunidade. A ficha foi dividida de acordo com a faixa etária: pessoas de 0 a 14 anos e pessoas com 15 anos ou mais. Essa divisão permite uma maior organização das doenças mais preponderantes em um determinado grupo alvo de estudo. Os dados colhidos pelos estudantes da UNIFOR serviam também para a atualização do cadastro no Centro de Saúde da Família Mattos Dourado.

Além de informações sobre sexo, idade, número de moradores da casa, condições de moradia e do tratamento de água do domicílio, dentre outras questões, os moradores foram também indagados sobre a presença ou não de patologias como: neoplasia, tuberculose, alcoolismo, diabetes, hipertensão arterial, problemas respiratórios, deficiência física e mental, depressão, diarreia, desnutrição e hanseníase. Porém este trabalho privilegiou os dados sobre tratamento de água correlacionado com a ocorrência de diarreias, bem como a prevalência de hipertensão arterial e diabetes na Comunidade do Dendê.

Os dados das 249 famílias foram tabulados no Epi Info, versão 3.5.3.

Resultados e Discussão

As parasitoses intestinais representam um grave problema de saúde pública. No Brasil, esse problema se agrava devido à falta de saneamento básico associada a medidas pessoais de higiene deficientes (NCERTI, 2013). O controle das parasitoses são dificultadas pela infra-estrutura na qual a comunidade está inserida, além dos baixos níveis sócio-econômicos e culturais (OLIVEIRA, 2011). Na amostra pesquisada, entretanto, a prevalência de enteroparasitoses que cursam com diarreia são mínimas. A porcentagem de pessoas que apresentavam diarreia persistente na idade de 0 a 14 anos foi de apenas 2% e a de diarreia persistente na idade acima de 15 anos foi de 4%.

Um fator que pode contribuir para a prevalência, ainda que baixa, de diarreia na Comunidade estudada é a origem da água consumida pela população. A grande maioria faz a ingestão de água sem tratamento prévio adequado. Como pode ser analisada com os dados a seguir: 1 família realiza o tratamento da água por meio da cloração, 9 famílias filtram a água, 78 famílias fervem a água e as 161 famílias restantes não realizam nenhum tipo de tratamento antes da ingestão da água.

As doenças crônicas, como a hipertensão arterial e diabetes, também foram analisadas na comunidade, haja vista a grande prevalência e a gravidade dessas patologias no mundo. De acordo com as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão mais de 30% da população brasileira apresenta hipertensão arterial sistólica (PA $\geq$ 140/90 mmHg). Como a HAS apresenta alta prevalência e baixa taxa de controle, a detecção precoce pode reduzir consideravelmente as complicações cardiovasculares, sendo necessário esse tipo de rastreio na população. A porcentagem de hipertensos na Comunidade do Dendê foi de 55% e 45% de não hipertensos. Com esses dados obtidos, pôde-se notar a grande prevalência de hipertensos na comunidade, excedendo até a média nacional, fato que pode estar relacionado à má alimentação, ao sedentarismo, ao não seguimento ao tratamento e aos fatores genéticos, já que se trata de uma doença multifatorial.

Diabetes Mellitus é um grave problema de saúde que afeta diretamente a qualidade de vida de seus portadores, necessitando-se de uma intervenção precoce e preventiva para diminuir a elevada morbimortalidade desse distúrbio metabólico. Segundo as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes(2013-2014) 173 milhões de pessoas foram diagnosticadas com diabetes em 2002, com projeção de chegar a 300 milhões em 2030. Haja vista a repercussão mundial deste problema foi pesquisada a quantidade de pessoas portadoras dessa enfermidade na comunidade em estudo. A porcentagem de pessoas com diabetes na comunidade foi de 18% em uma amostra de 249 famílias. Essa porcentagem comprova uma incidência considerável da doença, reafirmando os dados brasileiros de crescimento dessa enfermidade. Essa porcentagem de casos de Diabetes pode estar relacionada com fatores genéticos e fatores externos (má alimentação e sedentarismo). Essa doença crônica pode agravar e intensificar várias outras doenças, como as doenças cardiovasculares, bem como levar à morte as pessoas, caso não haja tratamento precoce.

Conclusão

Os dados coletados mostraram a realidade que é persistente não somente na comunidade, mas em diversas outras regiões endêmicas dos mesmos problemas. Constatou-se que a falta de saneamento ambiental em muitas moradias tem influência significativa para a disseminação de patologias, como a diarreia e outras parasitoses intestinais.

Também foi possível verificar a elevada incidência nas famílias, na Comunidade do Dendê, de casos de hipertensão arterial e de diabetes mellitus, fatos que corroboram com os elevados índices brasileiros destas doenças. Estas enfermidades, quando não tratadas de forma correta, podem desencadear diversas outras doenças, como as cardiovasculares, apresentando elevada morbimortalidade, necessitando-se deste rastreamento para uma maior intervenção e promoção de saúde na Comunidade do Dendê.

Referências

FONSECA, A.F.; CORBO, A.D. Educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário da saúde. O território e o processo saúde doença. Fundação Oswaldo Cruz. 2007.

AZEREDO, Catarina Machado et al. Avaliação das condições de habitação e saneamento: a importância da visita domiciliar no contexto do Programa de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, v. 12, n. 3, p. 743-753, 2007.

RIBEIRO, Júlia Werneck; ROOKE, Juliana Maria Scoralick. Saneamento básico e sua relação com o meio ambiente e a saúde pública. Juiz de Fora, MG, 2010.

NCERTI, Juliane. Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças da comunidade indígena de Cacique Doble/RS. 2013.

OLIVEIRA, Maria Aparecida Alves de. Prevalência de enteroparasitoses em uma comunidade carente de Fortaleza-CE: comparação entre duas décadas. 2011.

DIRETRIZES DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES.2013-2014.

VI DIRETRIZES BRASILEIRAS DE HIPERTENSÃO.2010.

Agradecimentos

Agradecemos ao professor Danilo Pinheiro pela excelente orientação e ajuda para que o presente trabalho fosse realizado. Agradecemos também aos moradores da Comunidade do Dendê pela participação ativa neste trabalho.

ANÁLISE DE UMA SITUAÇÃO SOCIOAMBIENTAL E SUA POSSÍVEL RELAÇÃO COM A PREVALÊNCIA DE PARASITOSES INTESTINAIS.

Florice de Matos Themótheo– UNIFOR; floricematos@gmail.com

Karla Loureto de Oliveira – UNIFOR

Joice Barreira de Oliveira– UNIFOR

Leilah de Alencar Medeiros Neta– UNIFOR

Luis Lopes Sombra Neto – UNIFOR

Danilo Pinheiro – UNIFOR

Palavras-chave: Situação socioambiental. Parasitoses Intestinais.

Resumo

O estudo foi feito na Comunidade do Dendê, localizada no Bairro Edson Queiroz de Fortaleza, a partir do preenchimento e análise dos dados da Ficha A dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Este instrumento permite o monitoramento da situação de saúde da população e facilita a identificação dos principais problemas, orientando eventuais intervenções dirigidas ao seu enfrentamento. O objetivo principal foi descrever a situação socioambiental desta comunidade e tentar relacioná-la ao perfil epidemiológico encontrado, em especial, à prevalência das parasitoses intestinais. Os questionários foram aplicados pelos estudantes do 1º semestre do curso de Medicina da UNIFOR durante os meses de fevereiro e março do ano de 2012, através de visitas domiciliares. Foram entrevistadas 251 famílias desta comunidade, em visitas únicas, caracterizando um desenho de estudo transversal cuja análise foi essencialmente de caráter quantitativo. Observou-se uma situação sócio-sanitária insatisfatória, com ausência total de saneamento básico, e deficiências importantes no tratamento da água para consumo, condições que normalmente estão relacionadas com a ocorrência de parasitoses intestinais. Os dados sugeriram também uma associação entre baixa escolaridade ou presença de pelo menos uma pessoa analfabeta na família com o parasitismo intestinal referido em crianças de 0 a 14 anos. Por isso, é necessária a implementação de políticas públicas de saúde nessa comunidade, visando à melhoria das condições de vida dessa população.

Introdução

O SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) foi criado com o objetivo de se obter e analisar dados, para a identificação dos indicadores de saúde. Esses dados são obtidos pelo preenchimento de fichas, entre elas, a ficha A. Com isso, é possível detectar as prioridades de intervenção na saúde, já que serão identificadas a situação demográfica, socioeconômica, epidemiológica, ambiental e educacional das famílias entrevistadas. (FREITAS e PINTO, 2005).

A partir do preenchimento e da análise da ficha A, feitas pelos estudantes de Medicina do 1º semestre da UNIFOR, tornou-se possível a detecção dos principais fatores que influenciam na saúde da população de 0 a 14 anos e de 15 anos ou mais. Entre esses fatores, destacam-se os indicadores educacionais e aqueles relacionados ao acesso ao saneamento básico, que serão retratados por meio da análise do destino das fezes e da urina e do tratamento de água nessa comunidade.

Esses indicadores serão de grande relevância nesse trabalho, pois eles repercutem na situação epidemiológica das famílias desse local, aumentando o aparecimento de doenças como as parasitoses intestinais em crianças de 0 a 14 anos.

A ocorrência de parasitoses intestinais é mais frequente em locais menos desenvolvidos, variando de acordo com as condições sanitárias e as características da amostra coletada, e ela apresenta diversas repercussões negativas na população já que ela pode comprometer o desenvolvimento físico e intelectual, o que acontece normalmente na faixa etária mais jovem. (LUDWIG, 1999)

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças infecciosas e parasitárias ainda estão entre as principais causas de morte, sendo responsáveis por dois a três milhões de óbitos por ano, em todo o mundo. (VASCONCELOS, et al, 2011).

Através de estudos feitos pela análise de situação de saúde em uma comunidade carente de Fortaleza, no Ceará, a Comunidade do Dendê, utilizando a Ficha A, notou-se que o número de famílias, com crianças de 0 a 14 anos, vítimas de parasitoses intestinais tem aumentado. Isso pode estar relacionado às condições de moradia e saneamento básico da população exposta, ao seu nível educacional, aos hábitos alimentares, de higiene pessoal, de contato com o solo e à presença de reservatórios no local. (ZAIDEN, et al, 2008).

A Comunidade do Dendê, que se situa em Fortaleza – Ceará, possui uma infraestrutura precária. Isso pode ser percebido, por exemplo, devido à ausência de sistema de saneamento básico, como a falta de uma rede de esgoto. Essa comunidade é limitada ao norte pela região de mangue do rio Cocó (lat.3°46'0,58", long.38°26'21,71"), ao sul pela área da Fazenda Colosso (lat.3°46'38,38", long.38°28'31,5"), ao leste pela Cidade Ecológica (lat.3° 46'20,94", long.38° 28'14,12") e ao oeste pela Avenida Hill Moraes (lat.3°48'31", long.38°28'38,98"). (MOURA, et al, 2010).

A população dessa comunidade tem sido auxiliada pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR) através, principalmente, de atividades de extensão universitária, como o preenchimento das Fichas A, que permite um acompanhamento mais amplo da situação das famílias que lá residem. Diante disso, esse estudo foi feito com o objetivo principal de analisar a interferência da situação socioambiental desse local, que será avaliada a partir do nível educacional das famílias; do destino das fezes e da urina; e do tratamento de água no domicílio da Comunidade do Dendê, no processo de adoecimento, como, por exemplo, no aparecimento de parasitoses intestinais em crianças de 0 a 14 anos.

Metodologia

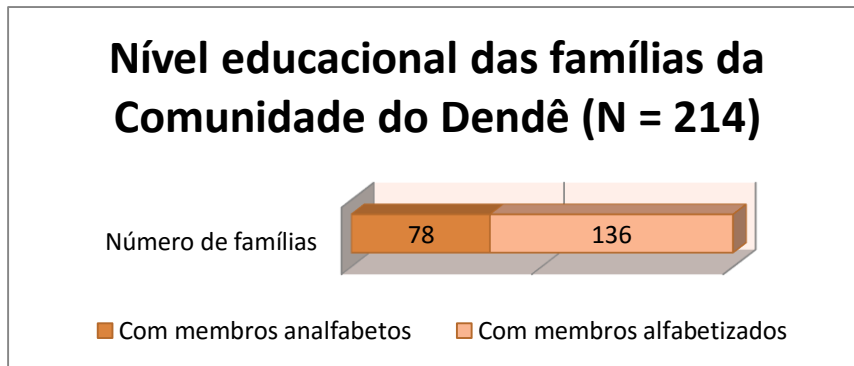
Este trabalho foi elaborado a partir de dados obtidos através de questionários realizados com 251 famílias da Comunidade do Dendê, em Fortaleza, no estado do Ceará. Estes questionários são de estudo quantitativos, envolvendo o preenchimento da Ficha A, e eles foram aplicados pelos estudantes do 1º semestre do curso de Medicina da UNIFOR durante quatro semanas entre os meses de fevereiro e março de 2012 sob a supervisão dos professores do módulo de Ações Integradas em Saúde I (AIS I).

A realização desses questionários foi feita através de visitas domiciliares. Nessas visitas, foi frisado aos participantes o sigilo dos dados coletados e o objetivo das perguntas, respeitando aqueles que se recusassem a respondê-las, já que elas não eram de cunho obrigatório. A análise desses dados obtidos foi realizada através do programa Epi Info versão 3.5.3 de Janeiro de 2011, juntamente com dados secundários e os gráficos foram feitos no Microsoft Office Excel 2010.

Resultados e Discussão

No intuito de analisar a condição socioambiental das famílias que residem na Comunidade do Dendê, foram feitos gráficos que demonstram os dados encontrados a partir da realização desse estudo, visando um melhor entendimento da relação entre essa situação socioambiental e o nível de saúde das famílias, exemplificando essa constatação no caso da prevalência de parasitoses intestinais em crianças de 0 a 14 anos nessa comunidade.

Gráfico 1 – Distribuição de amostra segundo variável analfabetismo entre pessoas com 15 anos ou mais.



Fonte:
Segundo

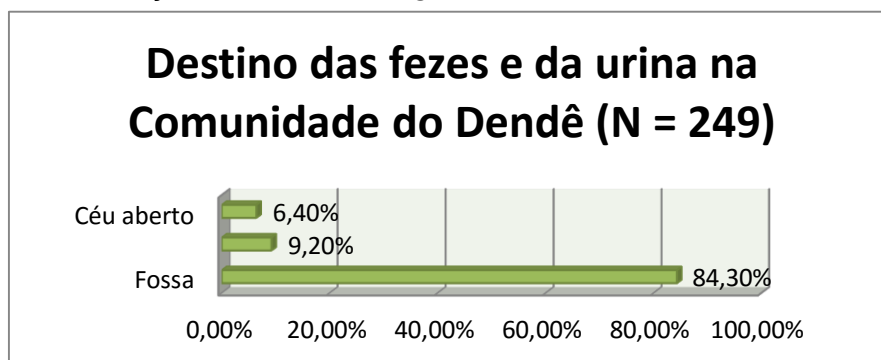
pelo menos, análise deste dado, então, nota-se que 36,4% dessas famílias têm pelo menos uma pessoa analfabeta em casa.

Esse índice ainda não está adequado, o que ratifica a necessidade de um maior investimento em educação, pois, a partir dela, haverá uma maior capacidade da população de interpretar corretamente informações sobre prevenção e promoção de saúde e do tratamento de doenças. Além de poder possibilitar uma melhor orientação do conceito de saúde e do acesso aos seus serviços por parte dessas famílias.

Essa necessidade não se limita a essa comunidade carente, já que, no Brasil, no censo de 2010, registrou-se que 9,63% da população, nessa faixa etária de pessoas com 15 anos ou mais, é analfabeta e o Nordeste, local onde se situa a Comunidade do Dendê, continua sendo a região com maior número de analfabetos. (IBGE, 2010).

Além disso, essa relevante taxa de analfabetismo também pode intensificar a carência dessa população em relação à educação higiênica e sanitária, sendo, assim, uma das hipóteses que podem aumentar o aparecimento de doenças como as parasitoses intestinais em crianças, já que estas devem ser orientadas pelas gerações mais velhas e, se isso não ocorrer de forma adequada, elas estarão mais suscetíveis a ter maus hábitos alimentares e higiênicos, estando, conseqüentemente, mais vulneráveis às doenças parasitárias.

Gráfico 2 – Distribuição da amostra segundo o destino das fezes e da urina.



Fonte:

Barreira, Loureto. Dados não publicados. Dendê, 2012.

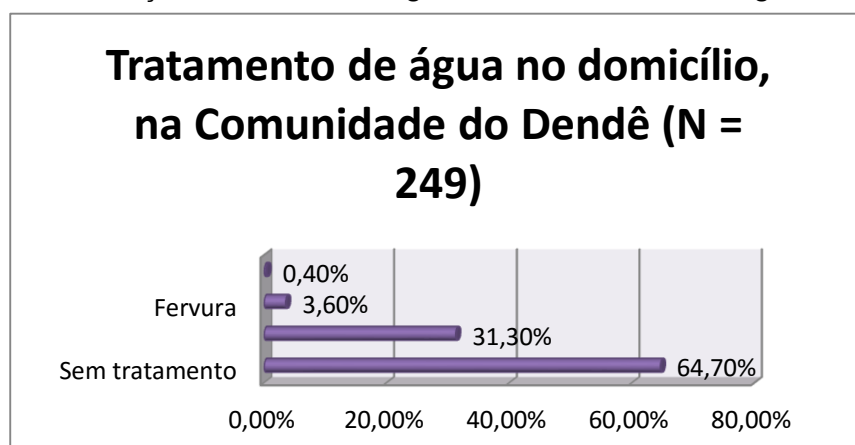
Sabe-se que o destino correto das fezes e da urina é um critério bastante importante para prevenir diversas doenças, como a ascaridíase, amebíase e diarreias. Apesar disso, na comunidade do Dendê, a questão do saneamento básico ainda é alarmante. Devido a isso, iremos analisar esse fator nessa comunidade.

De acordo com a análise do gráfico acima, nota-se que a maior parte das famílias, mais especificamente 84, 3% delas, que reside na comunidade do Dendê, possui fossa em casa. Apesar disso, muitas dessas fossas são rudimentares, o que pode gerar contaminações do solo e da água por organismos patogênicos. Além disso, ainda existe uma porcentagem significativa de 6,4% dessas famílias entrevistadas que destina as fezes e a urina a céu aberto.

Segundo a Fundação Getúlio Vargas (FGV), 53% da população brasileira ainda não possui acesso à rede de esgoto. Além disso, somente 20% dos esgotos gerados no Brasil são tratados e só um em três brasileiros apresenta coleta e tratamento de esgoto ao mesmo tempo.

Logo, percebe-se que o saneamento no Brasil é um problema de saúde pública que merece destaque, pois possui importância para a saúde tanto do homem quanto do meio ambiente, sendo ele um dos determinantes para o processo de adoecimento.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o tratamento de água no domicílio.



Fonte:

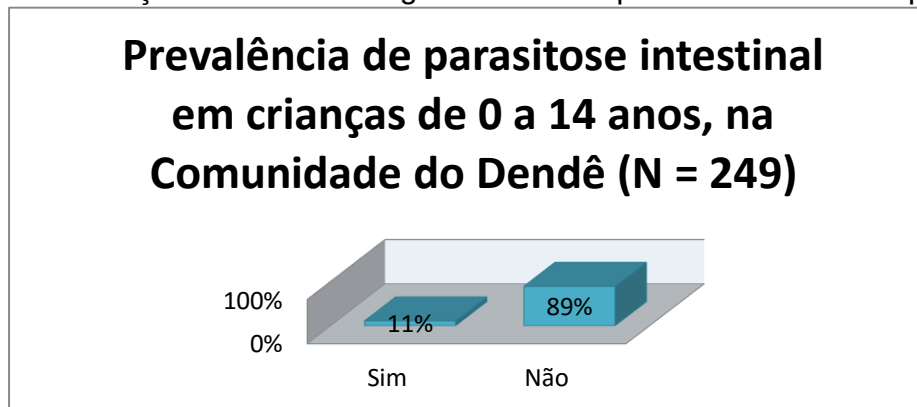
Barreira, Loureto. Dados não publicados. Dendê, 2012.

A preservação da qualidade da água para a manutenção da saúde é essencial. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), 80% das doenças são transmitidas pela água. Entre elas, destacam-se a leptospirose, a hepatite, a diarreia, a cólera e as doenças parasitárias em geral.

Na comunidade do Dendê, a maior parte da água consumida nos domicílios, 64,7%, é sem tratamento. Esse fato é bastante agravante, podendo gerar um alarde na situação epidemiológica das doenças diarreicas, principalmente. Apesar disso, também há um destaque para a água filtrada, que representa 31,3% desse consumo, porém esse índice ainda precisa aumentar e isso pode ser feito a partir da realização de medidas de educação em saúde, visando diminuir o aparecimento de doenças transmitidas, direta ou indiretamente,

através da água.

Gráfico 4 – Distribuição de amostra segundo variável parasitose intestinal por faixa etária.



Fonte:

As

presença de parasitos no trato intestinal humano, são responsáveis por sintomas como diarreia, desnutrição, anemia, alterações psicossociais e, em casos graves, podem levar o indivíduo a óbito. (NEVES, 2006).

Essas mudanças psicossomáticas e sociais podem interferir, de forma direta, na qualidade de vida dos seus portadores, principalmente em crianças de classes sociais mais desfavorecidas, pois, nesta faixa etária, há uma imaturidade relacionada à dependência de cuidados, o que as torna mais suscetíveis a agravos. Nota-se também que essas parasitoses intestinais na infância são agravantes da subnutrição, podendo comprometer o desenvolvimento físico e intelectual dessas crianças. (MACEDO, 2005).

Na comunidade do Dendê, notou-se que 11% das crianças de 0 a 14 anos apresentam essa enfermidade. Apesar de o índice ser relativamente baixo e impreciso (referido pela família sem comprovação laboratorial), o que pode ser atribuído à pequena amostra e à falta de conhecimento dos membros da família sobre essa doença. Sabe-se que o surgimento de doenças parasitárias e infecciosas pode estar relacionado ao fato de que o nível de escolaridade ainda está inadequado, o que influencia no aumento de casos desses tipos de doenças.

Além disso, os indicadores alarmantes de saneamento também influem bastante, podendo ser ratificada, novamente, a importância dos indicadores que analisam o destino das fezes e da urina e do tratamento da água nos domicílios.

Vale ressaltar também que, nesse presente estudo, analisou-se a presença de parasitose intestinal autorreferida, a qual não dispõe dos exames parasitológicos de fezes. Apesar disso, a partir das referências teóricas de autores como: Vasconcelos (2011), Ludwig (1999) e Zaiden (2008), foi possível ratificar a repercussão da situação socioambiental precária dessa comunidade no nível de saúde das famílias que residem nela, principalmente no aparecimento das parasitoses intestinais em crianças de 0 a 14 anos

Conclusão

Neste trabalho, analisou-se a situação educacional; de moradia e saneamento; e epidemiológica das famílias da comunidade do Dendê, dando enfoque à relação entre a situação socioambiental e as suas possíveis interferências no nível de saúde das famílias desse local, como no aparecimento de parasitoses intestinais em crianças de 0 a 14 anos.

A partir dessa análise, pôde-se concluir que o índice de analfabetismo entre os indivíduos da faixa etária de 15 anos ou mais ainda não é o ideal, sendo necessária a realização de políticas de educação em saúde e de maiores investimentos nas escolas públicas.

Em relação à situação de moradia e saneamento, percebeu-se que a questão do saneamento básico nessa região ainda é alarmante, já que parte significativa das fezes e da urina é jogada a céu aberto e a maior parte da água utilizada no domicílio não é tratada.

Por fim, fez-se uma análise da situação epidemiológica, percebendo que as parasitoses intestinais, nos indivíduos de 0 a 14 anos, apesar de não terem mostrado índices elevados, têm como principais fatores de risco as condições precárias de saneamento da região e a taxa de analfabetismo relevante nas gerações mais velhas, os quais já foram citados anteriormente.

Desse modo, concluímos que é imprescindível um maior investimento em políticas públicas, na área social e de saúde, que possam orientar a população a como se prevenir de determinadas doenças, como as parasitárias, focando na educação em saúde e falando sobre a importância de hábitos higiênicos nessa prevenção, visando, assim, uma melhoria nas condições biopsicossociais dos indivíduos da comunidade do Dendê.

Referências

VASCONCELOS, IZABEL; OLIVEIRA, JOSÉ; CABRAL, FRANCISCO, ET AL. Prevalência de parasitoses intestinais entre crianças de 4-12 anos no Crato, Estado do Ceará: um problema recorrente de saúde pública. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, Maringá, v. 33, n. 1, p. 35-41, 2011.

LUDWIG, KARIN; FREI, FERNANDO, ET AL. Correlação entre condições de saneamento básico e parasitoses intestinais na população de Assis, Estado de São Paulo. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 32:547-555, set-out, 1999.

ZAIDEN, MARILÚCIA; SANTOS, BRANCA; CANO, MARIA; JÚNIOR, IUCIF. Epidemiologia das parasitoses intestinais em crianças de creches de Rio Verde – GO. *Revista da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e do Hospital das Clínicas da FMRP, Medicina (Ribeirão Preto)* 2008; 41 (2): 182-7, abr./jun.

FREITAS, FERNANDA; PINTO, IONE. Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do sistema de informação da atenção básica-SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.13 n.4 Ribeirão Preto jul./ago. 2005.

MOURA K.S., BESSA O.A.A.C. e colaboradores. Projeto coorte Dendê: diagnóstico demográfico e condições de moradia de uma comunidade de baixa renda em Fortaleza, Ceará. *Revista brasileira em promoção da saúde*, vol. 23, pp.18-24, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. CENSO 2010 [on line]. Acesso em 30/03/12. Disponível no site: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>.

Agradecimentos

À Universidade de Fortaleza por fornecer aos seus alunos a possibilidade de iniciação à pesquisa, fomentando essa prática através dos Encontros Científicos. À monitória da disciplina de Ações Integradas em Saúde I (AIS I). E aos professores, pelo apoio e pela orientação durante a realização desse trabalho.

ANÁLISE DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE RELACIONADA À EXPOSIÇÃO AO HPV EM ADOLESCENTES

Queliane Gomes da Silva Carvalho (apresentador) – Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Email: nealique@gmail.com
Thábyta Silva de Araújo - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Nara Sibério Pinho Silveira - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Patricia Neyva da Costa Pinheiro - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Neiva Francenely Cunha Vieira - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Zuila Maria de Figueirêdo Carvalho (Orientador) - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: Vulnerabilidade. Adolescente. Papillomavirus Humano. Enfermagem.

Resumo

O objetivo desse estudo foi discutir o conceito de vulnerabilidade em adolescentes frente ao risco de exposição ao HPV. Estudo documental com rigor metodológico a partir do modelo de análise conceitual de Walker e Avant. Foi desenvolvido por meio da busca de artigos das bases de dados *LILACS*, *CINAHL*, *MEDLINE/PubMed* e *SCIELO* sobre os diversos usos do conceito de vulnerabilidade ao HPV em adolescentes. Foram identificados os principais usos do conceito de vulnerabilidade, atributos essenciais, antecedentes e consequentes. A análise do conceito de vulnerabilidade ao HPV em adolescentes evidenciou uma concepção mais interligada as questões biológicas, próprias da idade, fatores de risco, prevenção e sexualidade.

Introdução

O termo vulnerabilidade, nas pesquisas relacionadas à saúde, é normalmente utilizado para designar a suscetibilidade das pessoas a danos à saúde (BERTOLOZZI et al., 2009). Para compreender essa suscetibilidade, se faz necessário levar em consideração os aspectos culturais, socioeconômicos, políticos, questões de gênero, etnia, ou seja, toda e qualquer tipo de situação que venha implicar na possibilidade de adoecer (SOUSA, MIRANDA, FRANCO, 2011).

Dessa forma, as pesquisas que envolvem vulnerabilidade procuram entender a exposição de indivíduos e grupos de pessoas a um agravo à saúde, abordando-o de forma integral conforme três análises: aspecto individual (biológicos, comportamentais, afetivos); aspecto social (contextos e relações socialmente integradas); aspecto programático (interferência da tecnologia existente nos contextos da política, programas, serviços e ações) (AYRES, 2009).

Referente à vulnerabilidade na adolescência, alguns aspectos podem ser enfatizados, pois nessa etapa da vida ocorre grandes transformações biológicas, psíquicas e sociais. O adolescente quando inicia sua atividade sexual, pode estar vulnerável a diversas situações e patologias, como as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (BRASIL, 2013).

A relevância das DST em torno dos adolescentes dá-se pelo aumento da precocidade nas relações sexuais, pelo aumento do número de parceiros e pela falta do uso constante de preservativo (PINTO, BARBOSA, PAIVA, 2012). Por isso, o adolescente expõe-se e torna-se mais vulnerável às DST, seja pela falta de conhecimento sobre o próprio corpo, a falta de orientações sobre sexualidade, ou ainda pela dificuldade de negociação do uso do preservativo com o parceiro (TAQUETE, 2009).

É válido ressaltar que esta vulnerabilidade não está relacionada somente a aspectos individuais. Um estudo realizado que teve como um dos objetivos analisar, a partir da história de vida de adolescentes, a condição de vulnerabilidade às DST, revelou que a vulnerabilidade individual desse público-alvo é consequência não somente de fatores relacionados a medidas protetoras, mas também de fatores referentes aos planos sociais e programáticos (BARRETO, SANTOS, 2009).

Dentre as diversas DST as quais as adolescentes podem se expor, a infecção pelo Papilomavírus Humano (HPV) é uma das preocupações em foco do Ministério da Saúde, principalmente, os subtipos 16 e 18 que estão associados ao câncer de colo do útero. Ao compreender o perfil da população feminina, foi lançada uma campanha como estratégia de prevenção, colocando como meta a vacinação contra o HPV em meninas com faixa etária entre 11 e 13 anos (BRASIL, 2014).

Percebendo a fragilidade desse grupo, estratégias de promoção da saúde que venham impactar as condições de vulnerabilidade são fundamentais para a mudança desta realidade. A elaboração de estudos sobre análise de conceito que contemplem definições sobre o tema é uma forma importante de contribuição pelo potencial incremento de conhecimento sobre o assunto, afinal, o primeiro passo para uma mudança efetiva de atitude é mediante o empoderamento do indivíduo por meio do saber.

Ao compreender que profissionais da área da saúde precisam de modelos teóricos que direcionem suas práticas, estudos dessa natureza se fazem relevantes à medida que contribuem com conceitos importantes que venham despertar um novo olhar sobre a prática em saúde, enfatizando as ações de educação em saúde voltada ao adolescente. Acredita-se então, que ao utilizar conceitos relacionados à vulnerabilidade em adolescentes, esse estudo irá aprimorar os saberes e as práticas de enfermagem para uma atenção qualificada a esse grupo.

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo discutir o conceito de vulnerabilidade em adolescentes frente ao risco de exposição ao HPV.

Metodologia

Trata-se de um estudo documental, no qual foi feita a análise do conceito de vulnerabilidade em adolescentes frente à exposição ao HPV.

O rigor metodológico do modelo de análise conceitual de Walker, Avant (1995) a ser seguido é constituído de oito passos, a saber: seleção do conceito, determinação dos objetivos, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais, construção de um caso modelo, desenvolvimento de outros casos, identificação de antecedentes e consequentes do conceito e definição de referências empíricas para os atributos essenciais.

Esse tipo de estudo pode apresentar diferentes objetivos: esclarecer conceitos vagos ou imprecisos, refinar um conceito quando ele apresenta ter vários significados, ajustar a definição de um conceito e sua implicação na prática, entre outros.

A escolha por este modelo deu-se por ser o mais utilizado na área da Enfermagem e por ter como objetivo principal, assim como outros modelos, análise dos atributos críticos de um conceito específico (FERNANDES et al., 2011).

Entretanto, no estudo em questão, utilizou-se de cinco passos, a saber: seleção do conceito, determinação do objetivo, identificação dos possíveis usos do conceito, determinação dos atributos críticos ou essenciais e identificação de antecedentes e consequentes.

Na busca dos diversos usos do conceito de vulnerabilidade, foram analisados artigos obtidos através das bases de dados eletrônicas: Literatura Latino/americana e do Caribe em Ciências da Saúde - *LILACS*, *CINAHL with Full Text* (EBSCO), *MEDLINE/PubMed* (via

National Library of Medicine) e Scientific Eletronic Library Online - SCIELO, utilizando os descritores: “vulnerability”, “adolescent” e “human papillomavirus”.

Os critérios para inclusão dos artigos no estudo foram: estarem disponíveis eletronicamente e na íntegra, e escritos nos idiomas inglês, português ou espanhol. Não foi restringido o ano de publicação, tendo em vista a importância da análise do conceito de vulnerabilidade associada ao HPV em adolescentes desde sua abordagem inicial. A pesquisa foi realizada no mês de maio de 2014.

Resultados

e

Discussão

Identificação dos usos do conceito vulnerabilidade frente ao HPV no âmbito da literatura.

A vulnerabilidade às patologias e situações extremas a vida configura-se de forma variada segundo as pessoas, regiões e grupos sociais e estabelece relação com pobreza, crise da economia e educação (SOUSA, MIRANDA, FRANCO, 2011). (Quadro 1)

Psicologia	Vulnerabilidade percebida como uma ameaça que possa causar algum dano (BALDWIN, BRUCE, TIRO, 2013).
Medicina	Vulnerabilidade biológica, centrada em uma atividade dinâmica da cérvix uterina na fase da adolescência (HWANG et al., 2009). Vulnerabilidade entendida como uma associação de fatores que podem potencializar a infecção pelo HPV, a saber: tabagismo e contraceptivo oral (HWANG et al., 2009a).
Psicologia e Saúde Pública	Vulnerabilidade entendida como um comportamento sexual de risco (ROBERTS et al., 2010).
Enfermagem	Vulnerabilidade associada à incidência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) prévias (CIRINO, NICHATA, BORGES, 2010).

Quadro 1 – Definições do conceito vulnerabilidade frente ao HPV presentes na literatura pesquisada. Fonte: Dados primários.

Identificação dos atributos essenciais

A análise nas leituras dos artigos encontrados nas bases de dados permitiu identificar que a vulnerabilidade frente ao HPV em adolescentes é referenciada por risco, ameaça e percepção de risco. Com isso, observa-se que, em muitos estudos, que o termo risco é considerado sinônimo de vulnerabilidade na área da Enfermagem (NICHATA et al., 2008).

O risco à infecção está mais interligado as abordagens de cunho social do que individual. Entretanto, a vulnerabilidade engloba outros aspectos relacionados ao adoecimento, como fatores individuais e coletivos que podem tornar o ser humano susceptível às doenças (SOUSA, MIRANDA, FRANCO, 2011).

Antecedentes e Consequentes da vulnerabilidade frente ao HPV

Os seguintes antecedentes e consequentes associados a vulnerabilidade frente ao HPV foram encontrados: (Quadro 2)

ANTECEDENTES	CONSEQUENTES
- Comportamento sexual de risco; - Atividade sexual precoce; - Atividade dinâmica da cérvix uterina na adolescência; - Multiplicidade de parceiros; - Tabagismo; - Uso de anticoncepcional oral; - DST prévia; - Conhecimento inadequado acerca da prevenção do câncer de colo uterino.	- Câncer de colo uterino; - Verrugas.

Quadro 2 – Identificação dos antecedentes e consequentes da vulnerabilidade frente ao HPV presentes na literatura pesquisada. Fonte: Dados primários.

Ao analisarem a prevalência do HPV de mulheres jamaicanas em idade reprodutiva, observaram que a detecção do HPV foi maior nas jovens, solteiras e com mais de três parceiros sexuais (LEWIS-BELL et al., 2013). Isso corrobora com os antecedentes encontrados no presente estudo, designando fatores de risco para o desenvolvimento de um possível câncer de colo uterino.

A multiplicidade de parceiros expõe mais as mulheres a infecção pelo HPV se comparadas as que tiveram apenas um parceiro em um período de mais de um ano, configurando-se fator de risco para o HPV, foi o que mostrou um estudo realizado no Programa de Saúde da Família no Rio de Janeiro (AUGUSTO, SANTOS, OLIVEIRA, 2014).

Um estudo retrospectivo de câncer cervical em pacientes de um hospital universitário em Minas Gerais constatou que o uso de contraceptivos hormonais foi um fator protetor para a não transformação e progressão celular de lesões intraepiteliais de baixo risco para alto risco. Contudo, na análise estatística, o tabagismo foi considerado um fator de risco para a infecção por HPV (SILVA et al., 2014).

A vergonha e o medo foram identificados como barreiras psicológicas a não realização da prevenção do colo uterino. Contudo, o mesmo estudo não concluiu a existência de uma relação direta entre uso de contraceptivos orais e o risco de desenvolver o câncer, pois as mulheres que usavam contraceptivo oral, também eram as que mais compareciam ao ginecologista, o que pode facilitar o rastreamento precoce da patologia (CASARIN, PICCOLI, 2011). Além disso, observou-se que as adolescentes que referiram DSTs prévias, manifestaram história de vulnerabilidade ao câncer de colo de útero mais alta que as adolescentes que não relataram.

Quanto ao conhecimento sobre câncer de colo de útero e sua associação com o HPV, a literatura evidenciou que a maioria das adolescentes não tem conhecimento adequado sobre o câncer de colo uterino e sua associação com o HPV, demonstrando uma carência de informações relacionada às áreas de saúde sexual e reprodutiva (CIRINO, NICHATA, BORGES, 2010).

Curiosamente, um estudo realizado no campus de uma universidade de São Paulo voltado para a formação de profissionais da área da saúde detectou um nível elevado de desconhecimento dos estudantes acerca das consequências da infecção pelo HPV, o que repercute nas informações sobre a prevenção (COSTA, GOLDENBERG, 2013).

Conclusão

A partir dessa pesquisa, evidenciou-se que a concepção do conceito de vulnerabilidade ao HPV em adolescentes está interligada a questões biológicas, próprias da idade; fatores de risco; prevenção e sexualidade. Dessa forma, o conceito é entendido a partir das três dimensões da vulnerabilidade proposta por Ayres: individual, social e programática.

O resultado desse estudo pode contribuir para uma melhor compreensão e conhecimento do enfermeiro e demais profissionais da saúde quanto ao entendimento dos múltiplos empregos da vulnerabilidade em se tratando do público adolescente frente a uma condição evitável de risco pela exposição ao HPV.

A partir dessa compreensão, torna-se possível elaborar estratégias educativas específicas para esse grupo que contemplem ações de promoção da saúde direcionadas à prevenção da infecção pelo HPV e controle do câncer do colo do útero e outras comorbidades. Podem ser sugeridas intervenções para promoção da saúde dos adolescentes frente a vulnerabilidade pelo HPV do tipo: grupos de conversa em escolas sobre o tema HPV, riscos e prevenção, capacitações sobre o manejo do HPV junto aos professores das escolas com a cooperação da equipe da estratégia saúde da família a ela vinculada, participação da universidade mediante programas de extensão que visem empoderar os adolescentes sobre noções de prevenção do HPV e cuidados com a saúde.

Referências

- AUGUSTO, E.F.; SANTOS, L.S.; OLIVEIRA, L.H.S. Human papillomavirus detection in cervical scrapes from women attended in the Family Health Program¹. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 22, n.1, p. 100-7, 2014.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das Ações de Atenção à Saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*, v. 18 (supl. 2), p. 11-23, 2009.
- BALDWIN, A.S.; BRUCE, C.M.; TIRO, J.A. Understanding how mothers of adolescent girls obtain information about the human papillomavirus vaccine: Associations between mothers' health beliefs, information seeking, and vaccination intentions in an ethnically diverse sample. *J Health Psychol*, v. 18, n.7, p. 926-38, jul. 2013. doi:10.1177/1359105312445078.
- BARRETO, A.C.M.; SANTOS, R.S. A vulnerabilidade da adolescente às Doenças Sexualmente Transmissíveis: contribuições para a prática da enfermagem. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v.13, n.4, p. 809-16, 2009.
- BERTOLOZZI, M.R. et al. Os conceitos de vulnerabilidade e adesão na Saúde Coletiva. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 43, p. 1326-30, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde [internet]. Portal Brasil: 2014. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2014/01/ministro-da-saude-faz-pronunciamento-sobre-vacinacao-contr-hpv>>. Acesso em: 10 mai. 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Recomendações para a atenção integral a adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS. 1ª ed. Brasília, 2013.
- CASARIN, M.R.; PICCOLI, J.C.E. Educação em Saúde para Prevenção do Câncer de Colo do Útero em Mulheres do Município de Santo Ângelo/RS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.16, n.9, p. 3925-932, 2011.
- CIRINO, F.M.S.B.; NICHATA, L.Y.I.; BORGES, A.L.V. Conhecimento, atitude e práticas na prevenção do câncer de colo uterino e HPV em adolescentes. *Esc Anna Nery Rev Enferm*, v. 14, n. .1, p. 126-34, 2010.
- COSTA, L.A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus Humano (HPV) entre Jovens: um sinal de alerta. *Saúde Soc. São Paulo*, v. 22, n.1, p. 249-61, 2013.
- FERNANDES, M.G.M., et al. Análise conceitual: considerações metodológicas. *Rev Bras Enferm*, v.64, n.6, p. 1150-6, 2011.
- HWANG, L.Y. et al. Active squamous metaplasia of the cervical epithelium is associated with subsequent acquisition of Human Papillomavirus 16 infection among healthy young women. *JID*, v.206, p. 504-11, 2012.
- HWANG, L.Y. et al. Factors that influence the rate of epithelial maturation in the cervix of healthy young women. *Adolesc Health*, v.44, n.2, p. 103-110, fev. 2009a. doi:10.1016/j.jadohealth.2008.10.006.
- LEWIS-BELL, K. et al. Genital Human Papillomaviruses among women of reproductive age in Jamaica. *Rev Panam Salud Publica*, v. 33, n.3, p. 159-65, 2013.
- NICHATA, L.Y.I. et al. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 16, n.5, p. 923-28, 2008.
- PINTO, V.F.C.; BARBOSA, V.F.C.; PAIVA, S.G. Aspectos epidemiológicos e citológicos de infecções pelo Papilomavírus Humano (HPV) em adolescentes: uma revisão. *Revista científica do ITPAC*, v. 5, n.4, 2012.
- ROBERTS, M.E. et al. Mother-daughter communication and Human Papillomavirus vaccine uptake by college students. *PEDIATRICS*, v. 125, n.5, p. 982-89, mai. doi: 10.1542/peds.2009-2888.
- SILVA, C. et al. A retrospective study on cervical intraepithelial lesions of low-grade and undetermined significance: evolution, associated factors and cytohistological correlation. *Sao Paulo Med J*, v.132, n.2, p. 92-6, 2014.
- SOUSA, P.K.R.; MIRANDA, K.C.L.; FRANCO, A.C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev. bras. enferm*, v. 64, n. 2, p. 381-84, 2011.
- TAQUETE, S. Feminização da AIDS e adolescência. *Adolescência e Saúde*, v.6, n.1, p. 33-40, 2009.
- WALKER, L.O.; AVANT, K.C. Concept development. In: Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*, 3 ed. Norwalk: Appleton & Lange, 1995.

Agradecimentos

Agradecimento especial à agência de fomento Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Demanda Social (CAPES – DS).

ANÁLISE DOS ASPECTOS COMPORTAMENTAIS DE PUÉRPERAS COM VDRL REAGENTE EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE FORTALEZA, CE.

Ana Cristina Martins Uchoa Lopes – Mestranda em saúde Coletiva- Bolsista CAPES - UNIFOR
anocalopes@hotmail.com

Ana Fátima Braga Rocha – Mestranda em Saúde Coletiva- Bolsista CAPES - UNIFOR
Paula Manuela Rodrigues Pinheiro – Mestranda em Saúde Coletiva - UNIFOR
Aline Sales Nunes – Acadêmica de enfermagem - UNIFOR
Ana Patrícia Alves da Silva – Acadêmica de enfermagem - UNIFOR
Maria Alix Leite Araújo - Docente do Mestrado em Saúde Coletiva- UNIFOR

Palavras-chave: Sífilis. Sífilis congênita

Resumo

A Sífilis é considerada um grave problema de saúde pública, principalmente quando essa infecção atinge mulheres em período gestacional e quando não tratada adequadamente pode ser transmitida para o feto. Esse estudo tem como objetivo analisar os aspectos comportamentais relacionados à puérperas com VDRL reagente de uma maternidade pública no município de Fortaleza, CE. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa. A amostra do estudo foi composta de 39 puérperas com VDRL reagente admitidas entre abril e junho de 2014. Os dados foram coletados por meio de um questionário e analisados no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com o número 468.751 de parecer. Os dados mostram que no aspecto comportamental, essas mulheres com sífilis iniciaram a atividade sexual com menos de 15 anos (69,2%); tiveram de três a cinco parceiros sexuais na vida (61,5 %); não planejaram a gravidez atual (69,2%); possuem parceiros sexuais (82,1%), não usaram preservativo durante a gravidez (34,9%), conheciam a sífilis antes da gravidez (46,2%); usaram álcool, cigarro ou drogas durante a gravidez (28,1 %); já estiveram presas (10,3%) e já sofreram violência sexual (10,3%) e física (28,3%). Tendo em vista a realidade dos valores apresentados, faz-se necessário investir não somente na saúde, mas também na realidade social.

Introdução

A Sífilis é considerada um grave problema de saúde pública, principalmente quando essa infecção atinge mulheres em período gestacional e não são tratadas adequadamente, pois pode ser transmitida ao feto provocando sérias complicações, sendo conhecida como sífilis congênita (SC) (BRASIL, 2010). As estimativas é que ocorram no mundo um milhão e meio de caso de sífilis em gestantes, grande parte dessa incidência vem dos países em desenvolvimento (WHO, 2012).

Em 1993, o Ministério da Saúde (MS) lançou um projeto de eliminação da SC, esse projeto teve ajuda da Organização Pan-Americana da saúde e a Organização das Nações Unidas e foi definida como meta nessa iniciativa, a incidência da sífilis a valores iguais ou menores de um caso a cada mil nascidos vivos (BRASIL, 2007).

No Brasil, a taxa de detecção de casos de transmissão vertical de SC no ano de 2011 foi de 5,0 por mil nascidos vivos (BRASIL, 2012a), sendo bem superior a recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (WHO, 2007). No Estado do Ceará, a taxa de incidência foi de 3,3 casos de sífilis por 1.000 nascidos vivos (BRASIL, 2012a).

Essa pesquisa tem extrema relevância pelo fato de tornar público aspectos que poderão colaborar com a identificação e elaboração de estratégias factíveis de serem desenvolvidas nos serviços de saúde, visando tornar possível um futuro controle da epidemia de sífilis e consequentemente contribuir para a melhoria da atenção pré-natal e redução da mortalidade infantil.

Devido essa realidade de altas taxas de sífilis em gestantes e recém-nascidos, e uma luta sem maiores resultados, é justificável a realização deste estudo, permitindo conhecer melhor os fatores que possam tornar as mulheres mais vulneráveis a esta infecção.

Por esse motivo, objetivou-se analisar os aspectos comportamentais relacionados à puérperas com VDRL reagente de uma maternidade pública no município de Fortaleza, CE.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, que ocorreu numa maternidade pública do município de Fortaleza, Ceará. A escolha desse local deu-se por esta maternidade ter sido a que mais notificou casos de sífilis no ano anterior. Esta realiza o VDRL de rotina no momento da admissão para o parto/curetagem e é responsável pelo maior número de casos de nascidos vivos dentre as maternidades municipais.

As participantes do estudo foram 39 puérperas com VDRL reagente que foram admitidas no período de abril a junho de 2014 para realização do parto ou curetagem.

A coleta ocorreu por meio de aplicação de questionário às mulheres e as informações foram complementadas utilizando prontuários médicos, ficha de admissão da mulher e cartões do pré-natal. As variáveis analisadas foram sobre os aspectos comportamentais dessas pacientes, que são: idade que iniciou a vida sexual ativa, número de parceiros sexuais na vida, se a gravidez foi planejada, se tinha parceiro no momento da pesquisa, usou ou não preservativo durante a gravidez, tinha ou não conhecimento da sífilis durante a gravidez, tinha hábito etilista, tabagista e de uso de drogas durante a gestação, se já foi presa, sofreu violência sexual e se sofreu violência física do parceiro. Os dados foram digitados e analisados no pacote estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 19.0.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) com o número 468.751 e atendeu o preconizado pela Resolução 466/12 no que se referem as pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). Os deveres institucionais, sociais e profissionais foram atentados, não causando riscos às pessoas envolvidas ou violando as normas do consentimento informado.

Inicialmente, o estudo foi submetido à apreciação da maternidade participante sendo, solicitado a assinatura do Termo de Fiel Depositário pelo diretor da instituição.

Foram preservados os princípios bioéticos fundamentais do respeito ao indivíduo de autonomia, beneficência e Justiça. Com isso, a instituição esteve ciente das finalidades do estudo sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todas as participantes, garantindo assim o anonimato e a confidencialidade das mesmas (autonomia). Assegurou-se a inexistência

de danos e a informação só foi utilizada para elaboração do estudo (não-maleficência), não perdendo o destino de sua destinação sócio humanitária de justiça e equidade; no que se refere à beneficência, por meio dos resultados da pesquisa, estratégias poderão ser desenvolvidas em prol da promoção da saúde das gestantes com exame de VDRL reagente.

Resultados e Discussão
Na tabela 1 foram apresentados os dados referentes aos aspectos comportamentais das puérperas com o exame de VDRL reagente.

Tabela 1. Aspectos comportamentais de puérperas com o VDRL reagente. Fortaleza, Ceará, abr-jun, 2014. N=39.

Variáveis	n	%
Idade que iniciou a atividade sexual		
<15	27	69,2
entre 15 e 18	9	23,1
≥ 18	3	7,7
Nº de parceiros sexuais na vida		
≤ 2	10	25,5
entre 3 e 5	24	61,5
>5	5	13,0
A gravidez foi planejada		
Sim	12	30,8
Não	27	69,2
Tem parceiro atualmente		
Sim	32	82,1
Não	7	17,9
Usou preservativo durante a gravidez		
Sim	2	5,1
Não / às vezes	37	94,9
Tinha conhecimento sobre a sífilis antes da gravidez		
Sim	21	53,8
Não	18	46,2
Hábito Etilista, tabagista e drogas durante essa gestação		
Álcool	11	28,2
Cigarro	11	28,2
Drogas	6	15,4
Nenhum	28	71,7
Já foi presa		
Sim	4	10,3
Não	35	89,7
Sofreu violência sexual		
Sim	4	10,3
Não	35	89,7
Sofreu violência física do parceiro		
Sim	11	28,2
Não	28	71,8

Depreende-se da análise quantitativa dos dados comportamentais índices que ressaltam a precocidade e exposição ao risco que ainda habitam entre as puérperas, aqui representadas pelas entrevistadas, e, destas, 27 (69,2%) iniciaram a atividade sexual logo após o final da infância.

É importante ressaltar que a liberdade sexual, na qual os adolescentes estão inseridos, além de estimular a iniciação da relação sexual precocemente, os tornam vulneráveis as doenças sexualmente transmissíveis (DST) (MARTINI; BANDEIRA, 2003). Como consequência depara-se frequentemente com situações de risco, gravidez não planejada e indesejada (BERLOFI et al, 2006). Das puérperas entrevistadas, 27 (69,2%) revelaram que a gravidez não foi planejada.

A elevada exposição ao risco com a quantidade de parceiros sexuais é mostrada quando 24 (61,5%) tiveram entre três e cinco parceiros e cinco (13%) acima de cinco parceiros evidenciando comportamentos marcadores de vulnerabilidade.

Evidencia-se que a maioria (94,9%) revelou que não usou preservativo durante a gravidez. O Ministério da Saúde (MS) preconiza que se deve reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo T. pallidum por meio da transmissão sexual para que as mulheres com sífilis e seu(s) parceiro(s) tenham práticas sexuais seguras durante o tratamento (BRASIL, 2006). O aconselhamento, quando bem executado, é um instrumento importante para a quebra da cadeia de transmissão das DST, pois proporciona à pessoa avaliação das condições de risco (CAMPOS et al, 2012).

Em relação aos conhecimentos prévios sobre a sífilis, 18 (46,2%) nunca tinha ouvido falar sobre a doença, o que mostra uma falha na orientação por parte dos profissionais de saúde e dos governantes quanto ao esclarecimento de DST.

Quando foi questionado sobre o uso de álcool, cigarro e drogas durante a gravidez, 11 (28,2%) mantiveram os vícios durante a fase gestacional, dessas, seis (15,4%) entrevistadas foram usuárias de drogas ilícitas como cocaína e crack. Um estudo realizado no município de Sobral no Ceará com nove parturiente que tiveram como desfecho da gestação a sífilis congênita, mostrou que 66,6% dos casos analisados são usuárias de drogas (MESQUITA et al., 2012). Este fato mostra a forte relação entre a sífilis e o uso de drogas. Além das drogas, quatro (10,3%) já haviam praticado atos ilegais e foram presas.

As mulheres entrevistadas sofreram violência sexual (10,3%) e física (28,2%). Apesar de, numericamente, não parecer um dado tão chamativo, a representação que a agressão contra a mulher oferece torna esses valores de dimensão muito maior.

Um estudo descritivo, quantitativo e retrospectivo, que avaliou as características do atendimento de emergência de mulheres vítimas de violência sexual, mostrou que dois terços das mulheres chegaram ao serviço nas primeiras 24 horas após a violência sexual e o atendimento nas primeiras 72 horas foi realizado em 87,6% das mulheres, permitindo a prescrição de profilaxias antirretroviral,

vacinação/imunoterapia para hepatite B, antibióticos e anticoncepção de emergência para a maioria das vítimas (FACURI et al, 2013). Essas mulheres que ficam descobertas pelo atendimento profilático das DST, podem engravidar e transmitir a doença adquirida pela violência para o bebê.

Conclusão

Apesar de a sífilis ser de fácil tratamento, isso não tem sido o bastante para conseguir combater radicalmente a doença, tendo em vista que a solução não está somente no aperfeiçoamento das equipes de saúde ou na distribuição de medicamentos. Tendo por base aos aspectos comportamentais apresentados, nota-se que o problema da sífilis congênita não está só relacionado à má qualidade da assistência à saúde, há um problema social que propicia a ocorrência dessas características comportamentais, tornando determinadas populações vulneráveis e expostas à doença. É necessário que haja uma revolução social, com investimentos da educação da população, incentivando o uso do preservativo durante as relações sexuais, combatendo o uso de drogas e da violência contra a mulher, além de orientar melhor a população a respeito da prevenção a esta doença, tratamento e riscos da sífilis congênita.

Referências

BERLOFI, E.L.C.et al. Prevenção da reincidência de gravidez em adolescentes: efeitos de um Programa de Planejamento Familiar. Acta Paul Enferm. v.56, n.2, p.160-163, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o controle da sífilis congênita: Manual de Bolso. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a Prevenção de Transmissão Vertical de HIV e Sífilis:** Manual de Bolso. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sífilis. Estratégias para diagnóstico no Brasil. Brasília, D.F. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico de Aids e DST. Brasília, D.F. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde-CNS. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Bioética, 2012b.

CAMPOS, A. L. A.; ARAÚJO, M. A. L.; MELO, S. P.; ANDRADE, R. F. V.; GONÇALVES, M. L. C. Sífilis em parturientes: aspectos relacionados ao parceiro sexual. Rev Bras Ginecol Obstet. v.34, n.9, p.397-402, 2012.

FACURI, C. O. et al. Violência sexual: estudo descritivo sobre vítimas e o atendimento em um serviço universitário de referência no estado de São Paulo, Brasil, Caderno de Saúde Pública, v.29, n.5, 2013.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. Boletim Epidemiológico: aids, sífilis em gestantes e transmissão vertical da sífilis e do HIV, v. 13, n. 3, 2009.

MARTINI, G. M.; BANDEIRA, A.S. Saberes e práticas dos adolescentes na prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Rev Bras Enferm. Brasília (DF), v.56, n.2, p.160-163, 2003.

MESQUITA, K. O. et al. A. Análise dos casos de sífilis congênita em Sobral, Ceará: contribuições para assistência pré-natal, DST j. Bras. Doenças sex. Transmissíveis, v. 24, n.1, 2012.

WHO. **The Global elimination of congenital syphilis: rationale and strategy for action.** Geneva: World Health Organization, 2007.

WHO. Investment case for eliminating mother-to-child transmission of syphilis: promoting better maternal and child health and stronger health system. Geneva: World Health Organization, 2012.

ANÁLISE DOS FATORES ASSOCIADOS À SATISFAÇÃO COM OS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE FORTALEZA

1*.Yan Mota Araújo – Universidade de Fortaleza – Curso de Medicina- mota.yan.ym@gmail.com

2.Cecília Limeira Lima Leite (IC) – Universidade de Fortaleza – Curso de Medicina

3.Larissa Medeiros Barros Leal (IC) - Universidade de Fortaleza – Curso de Medicina

4.Jessyka Soares Almeida Martins Luz (IC)- Universidade de Fortaleza – Curso de Medicina

5.Marianna Barroso Maciel Costa (IC) - Universidade de Fortaleza – Curso de Medicina

6.Anair Holanda Cavalcante (orientadora) - Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: *satisfação. atenção primária. inquérito de saúde. Sistema Único de Saúde. Fortaleza.*

Resumo

O objetivo deste estudo foi determinar os fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. Participaram 431 usuários do sistema público de saúde, selecionados por amostra probabilística. Dentre eles, 74,5% eram mulheres, mais de 60% apresentavam até primeiro grau no quesito escolaridade, a quantidade de casados ou solteiros era aproximadamente 40% cada e 76,4% ganhavam menos de 2 salários mínimos. Além disso, os entrevistados opinaram sobre o vocabulário médico, o contato físico nas consultas e outros quesitos que influenciam na relação médico-paciente.

Introdução

O Sistema Único de Saúde brasileiro surgiu em 1988, por meio da Constituição Cidadã, e foi consolidado na década seguinte, redirecionando o enfoque das consultas médicas. Essa mudança foi baseada na aplicação dos princípios de Karl Rogers pelo médico, que eram: empatia, consideração incondicional positiva e congruência. Tais princípios, se aplicados durante as consultas médicas, melhoram o diálogo entre médico e paciente, criando vínculos entre ambos (CERQUEIRA, 2009).

Além desses fatores relacionados à satisfação, percebe-se que a opinião dos pacientes é multidimensional, sendo influenciado, por exemplo, pelo tempo de espera para consultar-se, pelo medo de sansões no atendimento caso delate alguma insatisfação. Ademais, os usuários podem estar satisfeitos em vários aspectos da assistência e insatisfeita, simultaneamente, em outros. (ANDRADE FERREIRA, 2006).

Nesse contexto, o objetivo desse trabalho é analisar os fatores associados à satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde nos Centros de Atenção Primária e Secundária situados na Regional VI da Região Metropolitana de Fortaleza.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, com realização de 431 entrevistas individuais, utilizando-se um questionário estruturado e padronizado, aplicado entre usuários dos Centros de Atenção Primária e Secundária da Regional VI, Fortaleza, Ceará. As questões foram baseadas no Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde (PCATool Adulto). As entrevistas foram feitas no período matutino, de janeiro a abril do corrente ano de 2014.

Os participantes foram escolhidos aleatoriamente e autorizaram as entrevistas realizadas e a posterior utilização dos dados, sendo respeitado o sigilo das informações. Os questionários foram aplicados baseando-se na não lucratividade e não maleficência. Foram excluídos indivíduos que nunca tinham se consultado antes naquele local.

Resultados e Discussão

Segundo as informações obtidas na análise dos dados, constatou-se que a maioria dos entrevistados era do sexo feminino (74,5%). Isso contrasta com os dados apontados pelo Censo Demográfico de 2010 do IBGE, que revelam uma população urbana do Estado do Ceará formada por 52,7% de mulheres. Tal fato decorre da procura pelos Centros de Atenção Primária e Secundária ser predominantemente feminina, visto que as mulheres alegam mais problemas psicológicos e morbidade. Além disso, estudos indicam que elas possuem doenças de curta duração, transitórias e crônicas não fatais com mais frequência (PINHEIRO, 2002).

Em se tratando de estado civil, foi revelado que a maioria dos entrevistados apresentava-se casado (38,1%) ou solteiro (39%). De acordo com o Censo do IBGE de 2010, a proporção de casados manteve-se aproximadamente a mesma, porém a de solteiros está abaixo da esperada (55,3%). Esse estudo mostra-se controverso com a pesquisa desenvolvida na Holanda, que constata uma maior associação entre o uso do serviço de saúde e ser viúvo ou divorciado. Outro estudo, entretanto, realizado na Noruega e Finlândia não encontrou relação entre o uso do serviço e o estado conjugal (LIMA COSTA; LOYOLA FILHO, 2008).

No quesito escolaridade, existe uma semelhança entre os dados obtidos e os indicadores sociais do Censo de 2010 do IBGE. Em ambas as pesquisas, os índices de baixa escolaridade são alarmantes, sendo 65% nesta e no IBGE 50,2% (IBGE, 2010).

Em relação à renda familiar mensal, constatou-se que 76,4% da amostra recebe menos de 2 salários mínimos – atualmente fixado em R\$ 724,00 –, o que demonstra uma predominância entre aqueles com renda domiciliar mais baixa, assim como é relatado nos dados do Suplemento de Saúde da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD). Isso mostra que a situação socioeconômica e escolaridade são importantes determinantes do uso de serviço de saúde (LIMA COSTA; LOYOLA FILHO, 2008).

Em se tratando da opinião dos entrevistados sobre a adequação do diálogo do médico com o paciente a seguinte pergunta foi feita aos participantes do inquérito: “Você acha que o profissional que realiza seu

atendimento responde suas perguntas de maneira que você entenda?”. A resposta foi estratificada em dois níveis: sim; e não. Sendo assim, os indivíduos que responderam “sim” foram associados ao diálogo adequado e os que responderam “não” foram associados ao diálogo não adequado.

Quase a totalidade dos entrevistados (95,7%) relatou que o atendimento realizado nos Centros de Atenção Primária e Secundária possuía adequação vocabular, o que mostra uma divergência no quadro presente na literatura médica.

Essa exceção, relacionada aos bons índices encontrados, pode estar ligada ao fato de as unidades de atendimento, onde foi realizada a pesquisa, possuírem convênio com uma instituição voltada ao ensino universitário. Sendo assim, sua estrutura direcionada ao magistério promove a integralidade dos ideais de relação médico-paciente. Ademais, as diretrizes do SUS incentivam a realização de consultas centradas no paciente (GONÇALVES, 2009).

De fato, a literatura médica mostra que a aquisição de novos fármacos e o desenvolvimento de tecnologias no decorrer do século XX atenuaram as questões vigentes sobre a relação médico-paciente, sobrepondo o diagnóstico à humanização do atendimento. Dessa maneira, essas inovações direcionaram as práticas e a formação médica à realização de consultas centradas na doença (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O grau de satisfação foi obtido por meio da seguinte pergunta: “O que o senhor (a) acha do atendimento neste local?”. A resposta foi estratificada em cinco níveis: excelente; muito bom; bom; regular; e ruim. Sendo assim agrupadas em duas variáveis: satisfeito – relacionado aos que consideram o atendimento excelente, muito bom e bom – e insatisfeito – relacionado aos que consideram o atendimento regular e ruim.

Tal inquérito evidenciou uma relação entre a comunicação do médico com o paciente e o grau de satisfação com o atendimento. Por meio desse, constatou-se que houve maior satisfação do entrevistado nas consultas às quais o médico respondeu as perguntas do enfermo de modo compreensível.

Em se tratado disso, os níveis de esclarecimento revelados vão de encontro à literatura médica, que geralmente mostra um atendimento rápido, com pouco contato físico e pouco esclarecimento aos pacientes. Pesquisas revelam, a propósito, que 65% dos pacientes são interrompidos pelos médicos nos quinze primeiros segundos de explicação da queixa principal. Além disso, em 50% das consultas não há consenso entre médico e paciente a respeito do diagnóstico (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

Cabe salientar que a boa comunicação não é importante apenas para a avaliação da satisfação do usuário do Sistema Único de Saúde. Essa relação médico-paciente influencia diretamente sobre o estado de saúde do enfermo e interfere no sucesso do tratamento. É evidente que a adesão ao processo terapêutico também depende do profissional de saúde. O paciente é mais propício a atender a prescrição se ele acredita e confia no médico que está prescrevendo (CAPRARA; RODRIGUES, 2004).

O vínculo entre o médico e paciente foi obtido por meio da pergunta: “Você mudaria de profissional de saúde se isso fosse muito fácil de fazer?”. A resposta foi estratificada em dois níveis: sim; e não. Os entrevistados que relataram não ter interesse em mudar de profissional foram considerados como pessoas que apresentavam vínculo ao médico.

A diferença entre a satisfação de quem possui e não possui vínculo com o profissional foi expressiva. A concretização desses laços, a propósito, mostra-se relacionada à forma como o médico acolhe seu paciente durante a consulta, recebendo-o de pé, apresentando sua intenção de cuidar dele, chamando-o pelo nome e criando uma dimensão afetiva baseada no princípio de empatia – experimentando o ponto de vista do paciente como se fosse o seu. Ademais, o conhecimento do histórico e a intimidade conquistada com o tempo de prevenção e tratamento revela-se, também, importante fator de credibilidade do paciente no diagnóstico de seu atendente, criando, assim, laços (CERQUEIRA, 2009).

No levantamento desses dados, também tornou-se bastante visível a semelhança dos graus de satisfação de ambos os sexos. No entanto, no quesito Renda Familiar Mensal, houve uma grande discrepância de satisfação, sendo observada naqueles que recebem mais de cinco salários mínimos. Estes representaram a melhor avaliação do atendimento (66,6%).

Em se tratando de Estado Conjugal, observou-se diferenças significantes. Primeiramente, percebeu-se que os indivíduos separados relevaram menor quantidade de citações ruins quando questionados a respeito da classificação do atendimento, além de apresentar um dos maiores índices de satisfação (52,1%), nível próximo ao grau de satisfação dos viúvos (52,6%), considerado o maior no estudo realizado. Em seguida, entre aqueles que se encontram solteiros está o menor nível dos que declaram o atendimento excelente. Cabe salientar que o grau que apresenta mais semelhança entre os estados civis é o intermediário, cuja classificação do atendimento é “bom”.

Considerações Finais

O desenvolvimento do estudo relacionado aos fatores que influenciam o grau de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde é de suma importância para concretizar a formação acadêmica de forma mais humanitária, uma vez que proporciona a oportunidade de conhecer outras realidades sociais e compreender os anseios e as dificuldades enfrentados pela população de Fortaleza, assim como possibilita reflexões acerca de como melhorar o grau de satisfação dos cidadãos que utilizam o SUS.

Referências

- ANDRADE, Karina Lane Campos; FERREIRA, Efigênia Ferreira e. Avaliação da inserção da odontologia no Programa Saúde da Família de Pompéu (MG): a satisfação do usuário. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, Mar. 2006. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100020](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100020&lng=en&nrm=iso)>. accesson 04 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000100020>
- CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo

terapêutico. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 2004 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000100014&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100014>.

CERQUEIRA, Ana Teresa de Abreu Ramos. Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 13, n. 29, June 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200018&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000200018>.

GONCALVES, Rebeca Jesumary et al .Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, Sept. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022009000300009&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Apr. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico: resultados preliminares - São Paulo. Rio de Janeiro, 2010.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; LOYOLA FILHO, Antônio Ignácio de. Fatores associados ao uso e à satisfação com os serviços de saúde entre usuários do Sistema Único de Saúde na Região Metropolitana de Belo Horizonte, estado de Minas Gerais, Brasil. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, v. 17, n. 4, dez. 2008 . Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742008000400002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 03 abr. 2014. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742008000400002>.

PINHEIRO, Rejane Sobrino et al . Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 4, 2002 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000400007&lng=en&nrm=iso>. access on 30 Aug. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232002000400007>.

ANÁLISE DOS NASCIMENTOS OCORRIDOS ATRAVÉS DE CESARIANA NO CEARÁ: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO.

Alana Santos Monte. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: alanasmonte@yahoo.com.br
Igor Cordeiro Mendes. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: igormendesufc@yahoo.com.br
Lara Leite de Oliveira. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: lara.leite@hotmail.com
Camila Chaves da Costa. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: milinha_ita@yahoo.com.br
Sâmua Kélen Mendes de Lima. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: samya_tab@hotmail.com
Ana Kelve de Castro Damasceno. Universidade Federal do Ceará (UFC). E-mail: anakelve@hotmail.com

Palavras-chave: Saúde da Criança. Sistema de Informação. Epidemiologia. Enfermagem.

Resumo

O objetivo desse estudo consiste em caracterizar as crianças nascidas através de cirurgia cesariana no Ceará entre os anos de 2001 a 2011. Seguiu-se um delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal e abordagem quantitativa. O estudo foi realizado na Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), especificamente no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), situada em Fortaleza-CE. Foram utilizadas informações provenientes da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), armazenadas e processadas no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), sendo o NUIAS responsável por esse setor na SESA-CE. Verificou-se, durante o período em análise, que ocorreram 576.836 partos cesarianos (38,42%). Em relação as características das crianças nascidas através de cesariana, houve uma prevalência de ao Apgar do 1º minuto entre 8 – 10, equivalendo 79,70% (459.758) dos casos. No Apgar do 5º minuto, identificou-se resultados semelhantes com 92,21% (n=531.892) dos recém-nascidos de cesariana obtendo esse índice entre 8 – 10. Acerca do peso ao nascer, notou-se uma prevalência de RN que nasceram com peso entre 3000 a 3999g, observando-se um percentual de 65,61% (n=378.474) dos RN de cesariana. Verificou-se ainda que, analisando-se os partos cesarianos, o ano de 2009 constitui o período com maior ocorrência de anomalias congênitas, com 91,86 casos para cada 10.000 NV. Dessa forma, deve-se atentar para a realidade obstétrica atual, sendo a escolha pela via de parturição mais adequada aquela que apresente maior segurança tanto para a parturiente quanto para o feto.

Introdução

O ciclo gestatório consiste em um período de múltiplas alterações fisiológicas e emocionais, sendo composto por três fases (pré-natal, parto e puerpério) que incluem desde o diagnóstico de gravidez até as primeiras seis a oito semanas após o processo de parturição. Durante este processo, as mulheres experimentam períodos de intensa emoção, através do envolvimento de diversos sentimentos, dentre eles a ansiedade e o medo, necessitando de acompanhamento constante e de análise minuciosa por profissionais capacitados. Nessas condições, mesmo diante dessa instabilidade emocional, existe a necessidade de decisão, por parte das gestantes e dos profissionais que realizam o seu acompanhamento, pela via de parto mais adequada, havendo a influência de fatores sociais, psicológicos e fisiológicos nessa escolha. Vale ressaltar que o momento do parto é, comprovadamente, um período que marca profundamente a mulher, tanto fisicamente quanto psicologicamente, e ao longo dos tempos, este processo tornou-se um evento excessivamente tecnicista (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2008). Assim, a decisão apropriada da via de parto tem bastante relevância, pois, caso escolhido erroneamente, contra a vontade da mulher, pode representar um momento de profundo estresse emocional e físico (BEHRUZI *et al.*, 2010). Dessa forma, a participação da gestante nessa decisão é de fundamental importância, existindo duas formas de desfecho da gestação: o parto normal e o parto cirúrgico, chamado de cesariano.

Assim, tem-se que a escolha do tipo de parto, vaginal (normal) ou cirúrgico (cesárea ou cesariana), deve ser conduzida através de uma decisão consciente por parte das parturientes e através do estabelecimento de critérios médicos aceitáveis, sendo inapropriada a escolha da via de parturição baseada, simplesmente, na facilidade ou comodidade profissional. Dessa forma, entende-se que a via de parturição mais adequada consiste naquela que apresente maior segurança tanto para a parturiente quanto para o feto, não sendo, obrigatoriamente, o parto vaginal. Entretanto, observa-se na prática assistencialista que, a operação cesariana, outrora considerada um procedimento de exceção, indicada em situações de risco de vida para a gestante e/ou feto, é na atualidade um procedimento cirúrgico na maioria das vezes programado, sem a identificação médica de algum risco definido, cuja escolha é frequentemente atribuída à gestante (MANDARINO *et al.*, 2009).

Entretanto, deve-se reconhecer que as tecnologias e as medicalizações trouxeram avanços na assistência obstétrica, inclusive proporcionando uma queda significativa da mortalidade materna e neonatal. Todavia, este novo panorama baseado no modelo intervencionista acarretou alterações bruscas no cenário do nascimento, provocando sofrimentos desnecessários para a mãe/criança, riscos para a sua saúde e a perda da autonomia da mulher no parto (GOMES *et al.*, 2012).

Diante disso, desde 1985, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu uma taxa máxima de realização de operação cesariana, sendo de 15%. O Ministério da Saúde (MS), com o intuito de instituir uma taxa mais acessível para todo o território brasileiro, definiu um limite de 40% de operações cesarianas realizadas através do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada região, deixando inclusive de pagar a conta hospitalar do excedente. Além disso, foram tomadas medidas adicionais, dentre elas a realização de cursos e seminários para a qualificação profissional, com o objetivo de rever as práticas adotadas e incentivar o parto normal e a humanização do mesmo (KNUPP; MELO; OLIVEIRA, 2008).

No entanto, no Brasil, a cesariana representa 44,1% dos partos realizados, estando bem acima do preconizado pela OMS e pelo MS. Esse tipo de parto é mais comum entre as mulheres com maior nível de instrução, chegando a quase 70% entre aquelas com 12 anos ou mais de escolaridade e sendo bastante inferior entre as mulheres com menor grau de instrução, abaixo de 20%. Já quando se observa o setor de saúde privado, isoladamente, essa taxa é ainda maior, equivalendo a 80,72%, em 2006 (BRASIL, 2012).

Uma das consequências da cesariana consiste em índices de complicações elevados quando comparados aos partos vaginais. Essa complicações podem estar relacionadas a parturiente, mas, sobretudo, envolvem as crianças, sendo evidenciadas pelas taxas de anormalidades que ocorrem nos recém-nascidos. Dessa forma, o objetivo desse estudo consiste em caracterizar as crianças nascidas através de cirurgia cesariana no Ceará entre os anos de 2001 a 2011.

Metodologia

O presente estudo apresentou delineamento epidemiológico, descritivo, documental, transversal e abordagem quantitativa. A epidemiologia no seu processo descritivo estuda a distribuição de frequência das doenças e dos agravos à saúde coletiva, em função de variáveis ligadas ao tempo, ao espaço - ambientais e populacionais - e às pessoas. Isso possibilita o detalhamento do perfil

epidemiológico, com vistas ao aprimoramento das ações de assistência e prevenção da doença, de promoção da saúde e também do refinamento das hipóteses causais (ROUQUAYROL, 2003).

O estudo foi realizado na Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), especificamente no Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS) da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), situada em Fortaleza-CE. Foram utilizadas informações provenientes da Declaração de Nascidos Vivos (DNV), armazenadas e processadas no Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SINASC), sendo o NUIAS responsável por esse setor na SESA-CE.

A população do estudo foi composta por todas as crianças que nasceram através de cirurgia cesariana, no período de 2001 a 2011, disponíveis no banco de dados estadual acerca dos nascidos vivos, contendo informações relativas a todos os municípios do estado do Ceará. Além disso, foram excluídas dessa pesquisa as mulheres que tiveram a variável tipo de parto (vaginal e cesariana) ignorados ou deixados em branco no preenchimento da DNV.

Para a análise dos dados, que consiste na caracterização dos recém-nascidos de operação cesariana. informações acerca do recém-nascido (sexo, peso ao nascer, índice de apgar no primeiro e quinto minuto e detecção de alguma anomalia congênita). Além disso, os dados foram organizados em tabelas e gráficos e analisados através da frequência absoluta e relativa, sendo discutidos à luz da literatura pertinente.

O presente estudo foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Plataforma Brasil, sendo aprovado sob o parecer nº 336.601. Por tratar-se de um estudo documental, utilizou-se um termo de fiel depositário, o qual foi devidamente assinado pela responsável pelo setor em que o estudo foi realizado. Os preceitos éticos e legais envolvendo pesquisa com seres humanos foram resguardados.

Resultados e Discussão

Verificou-se, durante o período em análise, a ocorrência de 1.501.354 partos notificados através da DNV, sendo 61,31% (n=920.412) identificados como parto vaginal e 38,42% (n=576.836) como parto cesariano. Além disso, identificou-se que 0,27% (n=4.106) dos partos tiveram o item referente à identificação do tipo de parto ignorado na DNV, sendo, portanto, desconsiderados nessa pesquisa.

Em relação ao Apgar do 1º minuto, identificou-se que nos partos cesáreos, houve uma maior predominância da classificação desse índice entre 8 – 10, equivalendo 79,70% (459.758) dos casos. Dessa forma, verifica-se uma boa adaptação à vida extrauterina pelo RN, mesmo sendo considerado um procedimento bastante invasivo. Quanto ao Apgar do 5º minuto, identificou-se resultados semelhantes com percentual ainda maior para a classificação desse índice entre 8 – 10. Identificou-se que 92,21% (n=531.892) dos RN de cesariana enquadraram-se nesse intervalo de Apgar, representando, da mesma forma, uma adaptação satisfatória a vida extrauterina. Acerca do peso ao nascer, notou-se uma prevalência de RN que nasceram com peso entre 3000 a 3999g, observando-se um percentual de 65,61% (n=378.474) dos RN de cesariana, possuindo peso dentro desse intervalo ao nascer.

Estudo realizado em um Hospital do município de Porto Alegre, verificando os dados de 150 (75 partos vaginais e 75 cesarianas) recém-nascidos no período de dezembro de 2005 a janeiro de 2006, identificou, ao associar o escore de Apgar no primeiro minuto com a via de nascimento, uma diferença significativa entre os escores dos bebês nascidos por parto normal e os escores dos bebês nascidos por cesárea, sendo maior a frequência do Apgar entre 4 e 6 nos nascidos por cesárea. No quinto minuto de vida, ambos os grupos tiveram somente escores de Apgar entre 7 e 10 (FRANCESCHINI; CUNHA, 2007).

Outro estudo, descritivo-analítico com população constituída pelos 4.015 nascidos vivos de partos únicos referentes ao ano de 2001 no município de Maringá-PR, com o objetivo de analisar a associação entre o peso ao nascer e variáveis maternas e neonatais, identificou que, em relação à variável tipo de parto, foi observada uma prevalência maior de recém-nascidos de baixo peso nascidos de parto vaginal (10,1%) em relação aos nascidos de cirurgias cesarianas, equivalendo a 6,8% dos casos (UCHIMURA; PELISSARI; UCHIMURA, 2008).

Além disso, com o intuito de analisar os fatores de risco para baixo peso ao nascimento, foi realizado em um hospital público de referência da região norte de Minas Gerais um estudo cuja população era constituída por 3933 crianças, e amostra de 510 recém-nascidos, entre julho de 2003 e junho de 2005, sendo verificados os seguintes resultados: um percentual de 65,7% (387) das crianças consideradas de baixo peso nasceu através do parto normal, enquanto que 34,3% (n=123) desses recém-nascidos vieram ao mundo a partir de uma cirurgia cesariana (TIAGO; CALDEIRA; VIEIRA, 2008).

Quanto aos dados que versam sobre a ocorrência de anomalias congênitas em operações cesarianas, observou-se índices ascendentes durante a série histórica em análise. Notou-se que, em todo o período analisado, a existência de anomalias congênitas foi mais frequente nos RN que nasceram a partir da realização de uma cesariana, quando comparados aos que nasceram através de partos vaginais. Verificou-se que, analisando-se os partos cesarianos, o ano de 2009 constitui o período com maior ocorrência de anomalias congênitas, com 91,86 casos para cada 10.000 NV.

Através das informações armazenadas em banco de dados do SINASC, fornecidas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, foi realizado estudo nesse estado sobre os nascidos vivos com defeitos congênitos nas maternidades públicas e privadas, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2004. Foram notificados 487.953 nascidos vivos no Município do Rio de Janeiro, dentre os quais, 4.054 tiveram algum tipo de defeito congênito, correspondendo a uma prevalência, no período, de 83,1 por 10 mil nascidos vivos. Além disso, observou-se que houve predomínio, durante todo o período em estudo, da proporção de ocorrência de anomalias congênitas em cesarianas quando comparadas ao percentual de alterações congênitas em partos vaginais. Outro dado relevante refere-se à análise das prevalências de defeitos congênitos segundo aparelhos e sistemas afetados, sendo verificado o predomínio do acometimento do aparelho osteomuscular seguidos do sistema nervoso central, órgãos genitais, fendas labiais e/ou palatinas e anomalias cromossômicas (GUERRA *et al.*, 2008).

Outro estudo com resultados similares, desenvolvido no município de Campina Grande-PB, avaliando a prevalência de malformações congênitas em crianças nascidas em três maternidades desse estado no período de janeiro de 2003 a dezembro de 2005, identificou que das 26.701 declarações devidamente preenchidas detectou-se 190 registros de crianças nascidas portando malformações congênitas, e uma taxa de prevalência de 0,7%, ocorrendo 96 partos naturais e 93 cesarianas, equivalendo, respectivamente, a 50,5% e 48,9% dos casos (BRITO *et al.*, 2010).

Corroborando com os dados dessa pesquisa, em estudo semelhante, realizado no Estado de São Paulo e relativos ao Vale do Paraíba Paulista, a respeito da prevalência de defeitos congênitos em recém-nascidos nos períodos de 2002 e 2003, foram analisados os dados das declarações de nascidos vivos de 41.838 recém-nascidos, sendo identificada a ocorrência de 317 casos de anomalias congênitas, representando 7,57 casos de anomalias congênitas/1.000 nascidos vivos. Desse total, observou-se que 61,51% (n=195) dessas crianças com anomalia nasceram a partir da cirurgia cesariana, enquanto que 38,17 (n=121) nasceram por parto vaginal. Além disso, as anomalias mais frequentes foram: 150 (47,3% do total das malformações) casos de anomalias do sistema osteomuscular, representadas por pé torto congênito, sindactilia e polidactilia; 42 (13,2%) de malformações de sistema nervoso, representados por mielocela e mielomeningocele; e 37 casos (11,6%) de fenda labial e fenda palatina (PINTO; NASCIMENTO, 2007).

Conclusão

Conclui-se que deve ser realizado um acompanhamento constante acerca da assistência obstétrica e neonatal dispensada a população, pois o elevado número de cesarianas é hoje um problema de saúde pública e essas taxas têm proporcionado uma maior morbimortalidade tanto maternal quanto neonatal. Além disso, vale ressaltar que todas as instituições com responsabilidade pela assistência obstétrica devem estabelecer rotinas para avaliação de seus índices, realizando monitoramento contínuo de forma a possibilitar intervenções construtivas. Além disso, deve-se atentar para o preenchimento adequado da Declaração de Nascidos Vivos, pois todos os itens contidos nessa ficha são relevantes indicadores para a avaliação da assistência prestada a parturiente e ao recém-nascido durante o processo o parto e nascimento, sendo inapropriado o preenchimento incompleto da mesma.

Referências

- BEHRUZI, R.; HATEM, M.; FRASER, W.; LISE GOULET, L.; II, M.; MISAGO, C. Facilitators and barriers in the humanization of childbirth practice in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth*, London, v. 10, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.
- BRITO, V. R. S.; SOUSA, F. S.; GADELHA, F. H.; SOUTO, R. Q.; REGO, A. R. F.; FRANÇA, I. S. X. Malformações Congênitas e Fatores de Risco Materno em Campina Grande - Paraíba. **Rev. Rene**, Fortaleza, v. 11, n. 2, p. 27-36, abr./jun. 2010.
- FRANCESCHINI, D. T. B.; CUNHA, M. L. C. Associação da Vitalidade do Recém-Nascido com o Tipo de Parto. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 324-330, jul./set. 2007.
- GOMES, L. F. S.; COSTA, C. C.; REBOUÇAS, C. B. A.; PINHEIRO, P. N. C.; Viera, N. F. C.; Damasceno, A. K. C. Reflections on The Promotion of Health in the Context the Program Humanization Prenatal and Birth. *Revista de Enfermagem UFPE on line*, v. 6, p. 1721-1728, 2012.
- GUERRA, F. A. R.; LLERENA JR, J. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. THEME FILHA, M. M. Defeitos congênitos no Município do Rio de Janeiro, Brasil: uma avaliação através do SINASC (2000-2004). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 140-149, jan. 2008.
- KNUPP, V. M. A. O.; MELO, E. C. P.; OLIVEIRA, R. B. Distribuição do Parto Vaginal e da Cesariana no Município do Rio de Janeiro no Período de 2001 a 2004. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 39-44, 2008.
- MANDARINO, N. R.; CHEIN, M. B. C.; MONTEIRO JÚNIOR, F. C.; BRITO, L. M. O.; LAMY, Z. C.; NINA, V. J. S.; MOCHEL, E. G.; FIGUEIREDO NETO, J. A. Aspectos relacionados à escolha do tipo de parto: um estudo comparativo entre uma maternidade pública e outra privada, em São Luís, Maranhão, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 7, p. 1587-1596, jul. 2009.
- NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 8, p. 1859-68, 2008.
- PINTO, C. O.; NASCIMENTO, L. F. C. Estudo de prevalência de defeitos congênitos no Vale do Paraíba Paulista. *Rev Paul Pediatr, São Paulo*, v. 25, n. 3, p. 233-239, jul./set. 2007.
- ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e Saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- TIAGO, L. F.; CALDEIRA, A. P.; VIEIRA, M. A. Fatores de risco de baixo peso ao nascimento em maternidade pública do interior de Minas Gerais. *Pediatrics*, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 8-14, jan. 2008.
- UCHIMURA, T. T.; PELISSARI, D. M.; UCHIMURA, N. S. Baixo Peso ao Nascer e Fatores Associados. *Rev Gaúcha Enferm*, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 33-38, mar. 2008.

Agradecimentos

Agradecemos ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará pela contribuição ampliada no âmbito da Metodologia da Pesquisa. Somos gratos também aos coordenadores e técnicos da Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde (COPROM), do Núcleo de Informação e Análise em Saúde (NUIAS), da Secretaria da Saúde do Ceará (SESA-CE), situada em Fortaleza-CE.

ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA AIDS EM UM ESTADO DO NORDESTE BRASILEIRO

Álvaro Francisco Lopes de Sousa – Universidade Federal do Piauí. E-mail: sousa.alvaromd@gmail.com
Priscilla Dantas Almeida- Universidade Federal do Piauí
Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz- Universidade Federal do Piauí
Maria Eliete Batista Moura– Universidade Federal do Piauí
Telma Maria Evangelista de Araújo-Universidade Federal do Piauí
Palavras-chave: AIDS. epidemia. infecção.

Resumo

Objetivo: Caracterizar o atual perfil epidemiológico da AIDS no Estado do Piauí. **Metodologia:** trata-se de um estudo epidemiológico de caráter descritivo do tipo informativo, com análise de dados de domínio público no Piauí, com consultas e tabulação com dados de 2008 à 2013, pelo SINAN-NET, versão 4.0. **Resultados:** observou-se que houve aumento do número de casos notificados, assim como a feminização da AIDS. A faixa etária de 20 a 34 anos apresentaram mais casos e pessoas com nível de escolaridade maior se infectaram menos. A via sanguínea foi a principal forma de infecção, e os indígenas apresentaram menor número de casos. O perfil epidemiológico está relacionado com características sociais, como por exemplo, no caso da escolaridade estar relacionada com o quadro de pauperização. **Conclusão:** Os achados do estudo revelaram que está ocorrendo alterações ainda que discretas, no perfil epidemiológico da AIDS no estado do Piauí.

Introdução

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, AIDS, está presente em vários países, sendo mais concentrado em países pobres com capacidade mais deficiente na prestação de assistência às pessoas infectadas. Nos países mais industrializados os casos de infecção tendem a diminuir, devido aos programas de prevenção, e aos novos tratamentos à base de medicamentos que retardam o desenvolvimento da doença. No Brasil, há uma estimativa de cerca de 10 milhões de óbitos por AIDS nos próximos 12 anos (PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000).

A luta contra a AIDS no nosso país se fundamentou numa nova relação entre a sociedade e o Estado, pois sempre as ações públicas estiveram presentes. Após a pressão social de ativistas em São Paulo, tiveram início atividades governamentais de enfrentamento da epidemia AIDS. A criação de estratégias para prevenção e assistência por parte do Estado, civis e pesquisadores contribuíram também para essa luta (PEREIRA; NICHATA, 2011)

Considerando-se a relevância que a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, HIV, para a saúde pública no Brasil, são desenvolvidos programas de atenção e políticas para prevenir, tratar e assistir a infecção pelo vírus. Os registros no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais, SISCE, e no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, SISCLOM, revelam que em 2012, aproximadamente 13 mil pessoas vivendo com aids receberam os antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e 46 mil pessoas vivendo com HIV tiveram atendimento pela primeira vez no serviço público de Serviços de Assistência Especializada (SAE) (BRASIL, 2012).

A epidemia de AIDS, no decorrer dos anos, apresentou novos e diversos desafios para as políticas públicas. Assim, para encará-los, é necessário o conhecimento da real situação no âmbito nacional de forma geral e específica, na saúde (PARKER; CAMARGO JÚNIOR, 2000) (PEREIRA; NICHATA, 2011).

Após cerca de 30 anos após o início da epidemia da AIDS, vem sendo revelado um novo cenário, marcado por processos de heterossexualização, feminização, empobrecimento, idosos e interiorização, implicando na necessidade de conscientização e mudança nas atitudes dos profissionais envolvidos na assistência as pessoas que vivem com o vírus da AIDS (SILVA, et al., 2013).

Frente ao exposto, e tendo em vista as mudanças no perfil atual da AIDS, a fim de promover uma discussão sobre assistência pelos serviços de saúde e educação, elege-se como objeto deste estudo perfil epidemiológico da AIDS no Estado do Piauí, tendo como objetivo específico caracterizar o atual perfil epidemiológico da AIDS no Estado do Piauí.

Metodologia

O presente estudo é de natureza descritiva, epidemiológica, realizado por meio de levantamento na base de dados do DATASUS, a qual é de domínio público. Os dados foram coletados em abril de 2014, porém, são referentes ao período de 2008 a 2012.

Após a coleta procedeu-se a tabulação dos dados. Realizou-se análise descritiva simples, utilizando-se o software de planilha eletrônica Excel. Os achados mais significativos foram apresentados em tabelas. A discussão dos dados foi feita com base na produção científica sobre a temática. Considerando, que a pesquisa foi realizada a partir de uma base de dados de domínio público, não foi necessária submissão a Comitê de Ética em Pesquisa.

Resultados

Os casos notificados de AIDS no Estado do Piauí de 2008 a 2012 apresentaram aumento no decorrer dos anos, exceto em 2011, quando se observou uma redução. Ainda que os indivíduos do sexo masculino correspondam ao maior número de casos de AIDS notificados, 67,48%, no período analisado verifica-se uma tendência ascendente da infecção em mulheres (Tabela 01).

Tabela 01. Casos de AIDS em adultos notificados de 2008 à 2012, por sexo. Piauí, 2014.

Ano da Notificação	Masculino		Feminino		Total	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2008	73	73,00	27	27,00	100	100
2009	155	65,40	82	34,6	237	100
2010	201	66,60	101	33,4	302	100
2011	184	73,30	67	26,70	251	100
2012	246	64,23	147	35,77	383	100
Total	859	67,48	414	32,52	1273	100

Fonte: DATASUS. Dados consolidados até 30/06/2013.

No período em estudo, o número de casos de AIDS em adulto foi maior na faixa etária de 20 a 34 anos, com 42,34%. Destaca-se o aumento de casos no decorrer dos anos em adultos nas faixas etárias de 35 a 49 e 50 a 64 anos, 40,93% e 12,02% respectivamente (Tabela 02).

Tabela 02. Casos de AIDS em adulto notificados de 2008 a 2012, por faixa etária. Piauí, 2014.

Faixa Etária														
Ano	<10		10-14		15-19		20-34		35-49		50-64		> 65	
	N	(%)	n	(%)	n	(%)	N	(%)	N	(%)	n	(%)	n	(%)
2008	2	2,00	1	1,00	4	4,00	33	33,00	43	43,00	16	16,00	1	1,00
2009	1	0,42	1	0,42	4	1,69	109	45,99	95	40,08	24	10,13	3	12,66
2010	2	0,66	-	-	5	1,66	127	42,05	120	39,73	41	13,58	7	2,32
2011	1	0,40	-	-	4	1,59	110	43,82	107	42,63	25	9,96	4	1,60
2012	6	1,57	1	0,26	6	1,57	160	41,77	156	40,73	47	12,27	7	1,83
Total	12	0,94	3	0,24	23	1,80	539	42,34	521	40,93	153	12,02	22	1,73

Fonte: DATASUS. Dados consolidados até 30/06/2013.

De acordo com a Tabela 03, a maior frequência de casos de AIDS em adulto foi em indivíduos com Ensino Fundamental Incompleta (44,87%). Enquanto, a educação superior incompleta foi a que apresentou menor número de casos notificados, 2,75%.

Tabela 03: Casos de AIDS em adulto notificados de 2008 a 2012, segundo a Escolaridade. Piauí, 2014.

Escolaridade	N	(%)
Ignorado/Branco	59	4,63
Analfabeto	44	3,46
Ensino Fundamental Incompleto	571	44,87
Ensino Fundamental Completo	169	13,27
Ensino Médio Incompleto	108	8,48
Ensino Médio Completo	201	15,79
Educação Superior Incompleta	35	2,75
Educação Superior Completa	76	5,97
Não se aplica	10	0,78

Fonte: DATASUS. Dados consolidados até 30/06/2013.

A infecção por via sexual corresponde a 83,60% dos casos, os quais ocorrem na maioria entre heterossexuais. As drogas injetáveis se constituem em um dos principais fatores de risco para a infecção por via sanguínea (Tabela 4).

Tabela 04. Casos de AIDS em adulto notificados de 2008 a 2012, segundo a Categoria de Exposição. Piauí, 2014.

Ano	Branco (13,28%) N	Sexual (84,13%)			Sanguínea (2,59%)	
		Homossexual n	Bissexual n	Heterossexual N	Drogas Injetáveis n	Transmissão Vertical n
2008	16	10	9	62	1	-
2009	37	24	16	156	2	1
2010	37	34	27	200	1	1
2011	32	21	22	172	3	-
2012	47	38	31	249	7	7
Total	169	127	105	839	14	19

Fonte: DATASUS. Dados consolidados até 30/06/2013.

No período de 2008 a 2012, o maior número de casos notificados foi em indivíduos de pele parda, 71, 25%, enquanto os indivíduos indígenas foram menos notificados com esse agravo, correspondendo a 0,07%, conforme a Tabela 05.

Tabela 05. Casos de AIDS em adulto notificados de 2008 a 2012, Piauí, 2014.

Ano	Ignorado		Branca		Preta		Amarela		Parda		Indígena	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)
2008	4	4,00	15	15,00	14	14,00	2	20,00	65	65,00	0	0,00
2009	2	0,84	25	10,55	10	4,22	1	0,42	199	83,97	0	0,00
2010	1	0,33	46	15,23	34	11,26	3	0,99	218	75,18	0	0,00
2011	6	2,39	47	18,72	30	11,95	0	0,00	168	66,94	0	0,00
2012	4	1,04	75	19,59	45	11,75	1	0,26	257	67,10	1	0,26
Total	17	1,34	208	16,34	133	10,45	7	0,55	907	71,25	1	0,07

Fonte: DATASUS. Dados consolidados até 30/06/2013.

Observou-se a predominância de casos notificados de AIDS em indivíduos do sexo masculino, assim como também o aumento do número de casos total no decorrer dos anos, no Estado do Piauí. Nos últimos 10 anos, no Brasil, a percentagem de detecção de AIDS aumentou aproximadamente 2%. Porém, são verificadas diferenças entre as regiões. De 2003 a 2012, observou-se uma redução na Região Sudeste de 18,6% e de 0,3% na Região Sul, enquanto nas outras regiões percebeu-se um aumento, de 92,7% na Norte, 62,6% na Nordeste e 6,0% na Centro-Oeste (BRASIL, 2012)

Destaca-se também, as mudanças nas características dos indivíduos infectados, assim, exigindo a necessidade de profissionais esclarecidos e com atenção à assistência que será prestada. Segundo Boletim Epidemiológico do Piauí, entre 2007 a novembro de 2013, foram registrados 2.811 casos de AIDS em adultos no Estado.

O número de mulheres que convivem com vírus da AIDS no Piauí aumentou com o decorrer dos anos. De acordo com o Boletim Epidemiológico de 2012 do Ministério da Saúde, a razão de 1,7 de homens e mulheres, corresponde a feminização da doença. Desse modo, pode-se inferir que o fenômeno está ocorrendo no estado considerando exibir uma razão igual a 2,07. Segundo o Informe Epidemiológico da AIDS do Estado do Ceará, 2013, a feminização é reflexo da mudança de comportamento das mulheres, associada à vulnerabilidade biológica da mulher resultando casos em mulheres em idade reprodutiva.

A presença de maior número de casos na faixa etária de 20 a 34 anos, permite evidenciar que o resultado esteja associado à maior atividade sexual e exposição ao álcool e/ou drogas, nessa fase, visto que são fatores de vulnerabilidade, enquanto a partir dos 80 anos, esse número é inferior.

Constatou-se que o ensino fundamental incompleto correspondeu à escolaridade com maior número de casos, enquanto aqueles com

ensino superior incompleto possui menor número. Esse resultado também é observado em âmbito nacional seguido da escolaridade de nível médio completo (BRASIL, 2013). Esse panorama demonstra também o baixo acesso ao ensino superior, dados que caracterizam e comprovam o quadro da pauperização da AIDS no estado (SILVA, et al., 2013) (BRASIL, 2013)

Estudo sobre o conhecimento das pessoas a respeito do HIV/AIDS evidenciou que pessoas com idade superior a 45 anos e com menor escolaridade possuem pouco conhecimento quanto às formas de transmissão e prevenção da infecção com HIV e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis, o que os levam a práticas incorretas por acreditarem estar se prevenindo contra estas doenças, por exemplo, com higienização dos órgãos genitais após o ato sexual. Assim estão mais expostos, considerando-se os aspectos sociais de vulnerabilidade (BATISTA et al., 2011)

Quanto à categoria de exposição, o estudo apresentou que a principal via de transmissão do vírus continua sendo a forma sexual, e os indivíduos heterossexuais em maior proporção, seguidos dos homossexuais, tal resultado pode estar relacionado com a promiscuidade sexual (SOUZA et al, 2013) (BATISTA et al., 2011)

Em relação à raça/cor o maior número de casos ocorreu em indivíduos pardos, enquanto o menor correspondeu aos indígenas, além disso, é observado o aumento no decorrer dos anos em pessoas que se autodeclararam de cor branca. No Brasil, em 2012, a maioria, 47,4%, dos casos notificados se autodeclararam de raça/cor branca, 41,3% de parda, 10,4% de preta, e uma minoria amarela, indígena e ignorado.⁷

Conclusão

Os achados do estudo revelaram que está ocorrendo mudança no perfil epidemiológico da AIDS no estado do Piauí, assim como também um aumento do número de casos notificados. A evolução do perfil epidemiológico da AIDS requer mudanças significativas em relação à prática dos profissionais de saúde e oferta de serviços, além da discussão de gênero e sexualidade na sociedade.

Com o estudo foi possível perceber que ainda há necessidade de maiores discussões e melhoria nas políticas públicas de uma forma geral para reduzir no número de casos, e promover maior qualidade de vida aos pacientes que convivem com vírus da AIDS. Destaca-se como uma das formas principais de combater a doença consiste em práticas de saúde dos profissionais buscando-se formas de prevenção da infecção HIV, atenção e cuidado as pessoas que vivem com HIV.

O traçado de um perfil, determina grupos vulneráveis que merecem a atenção da equipe multiprofissional de saúde, a fim de neles focar, mas não restringir, suas medidas de promoção da saúde.

Referências

BATISTA, A.F.O.; MARQUES, A.P.O.; LEAL, M.C.C.; MARINO, J.G.; MELO, H.M.A. Idosos: Associação entre o conhecimento da AIDS, atividade sexual e condições sociodemográficas. Rev Bras Geriatr Gerontol. v.14, n.1, p. 39-48, 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano I, nº 1, Dez/ 2012. 3-57. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2012/52654/boletim_2012_final_1_pdf_21822.pdf

BRASIL, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS. Brasília-DF, Ano II, nº 1, Dez/ 2013. 3-61. Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/p_boletim_2013_internet_pdf_p_51315.pdf

BRASIL. Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas Públicas em Saúde. Núcleo de epidemiologia. Informe Epidemiológico AIDS. Fortaleza-CE: Fevereiro/2013.

PARKER, R.; CAMARGO JR, KR. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. Cad Saúde Pública., v.16, (Sup. 1), p. 89-102, 2000.

PEREIRA, A.J.; NICHATA, L.Y.I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. Ciência & Saúde Coletiva. v.16, n.7, p. 3249-57, 2011.

PIAUI, Secretaria do Estado de Saúde do Piauí. Coordenadoria de Políticas Públicas em Saúde. Núcleo de epidemiologia. Informe Epidemiológico AIDS. Teresina-PI: 11 de novembro/ 2013.

SILVA, R.A.R.; DUARTE, F.H.S.; NELSON, A.R.C.; HOLANDA, J.R.R. A epidemia da AIDS no Brasil: análise do perfil atual. J Nurs UFPE on line. v.7, n.10, p. 6039-46, Oct 2013.

SOUZA, C.C.; MATA, L.R.F.; AZEVEDO, C.; GOMES, C.R.G.; CRUZ, G.E.C.P.; TOFFANO, S.E.M. Interiorização do HIV/AIDS no Brasil: um estudo epidemiológico. Rev Bras Ciências da Saúde. v.11, n.35, p. 25-30, 2013.

ANÁLISE GERAL DO GRAU DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA, CEARÁ

Bruna de Araújo Guimarães – Universidade de Fortaleza – brunaguimi@hotmail.com

Ana Clara Machado Pinheiro Lima – Universidade de Fortaleza

Caio Martins Diniz Leite – Universidade de Fortaleza

Gláucia Sousa Meneses – Universidade de Fortaleza

Orientadores:

Kelly Leite Maia de Messias – Universidade de Fortaleza

Antônio Silva Lima Neto – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: satisfação. atenção primária. atenção secundária.

Resumo

O presente trabalho destina-se a analisar o desempenho dos serviços de saúde de Atenção Primária e Secundária, a partir da avaliação de 431 usuários dos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde da Família Mattos Dourado e pelo Núcleo de Atenção Médica Integrada, ambos localizados na Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil, mediante aplicação do instrumento validado. Na análise dos resultados, percebeu-se um maior número de mulheres (78,1%) e faixa etária de 20 a 39 anos como predominante em relação ao grupo de frequentadores. Foi investigada, também, a influência das diferentes condições socioeconômicas sobre o grau de satisfação dos usuários. Buscou-se associação entre o grau de satisfação e a acessibilidade e longitudinalidade apresentadas pelo serviço, bem como ao fornecimento de orientações individual e familiar pelos profissionais de saúde dos locais de estudo. Foi percebido na associação um menor grau de satisfação em relação aos usuários da atenção primária, principalmente em decorrência do maior tempo de espera. A partir dos dados coletados, é possível refletir sobre a influência da avaliação do grau de satisfação dos usuários do Sistema Único de Saúde como uma ferramenta para promover mudanças nesse setor.

Introdução

No Brasil, os estudos sobre o grau de satisfação dos usuários da saúde pública, Sistema Único de Saúde, começaram a ser mais utilizados a partir da década de 90, momento no qual a população começou a ter maior participação nas discussões e decisões voltadas para essa área. (ESPIRIDÃO, et al, 2006)

Nessa perspectiva, a lógica fundamental ao se filosofar no campo da avaliação dos serviços de saúde é, principalmente, o de tentar transformar os conceitos em estratégias, critérios e padrões de medição, objetivando colaborar para a produção de medidas úteis que ajudem na tomada de decisões e favoreçam aperfeiçoamentos na área dos serviços. (ESPIRIDÃO, et al, 2006)

Esses estudos sobre o grau de satisfação dos usuários na atenção primária e secundária são, também, formas de avaliar o grau de humanização do atendimento, já que, como proposto pelo Ministério da Saúde, esse conceito irá direcionar as formas de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde, colocando em prática o programa “Humaniza SUS”, o qual define humanizar como: “ofertar atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, como melhoria nos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais”. (CARVALHO, et al, 2008)

Metodologia

Tipo de estudo: estudo individuado, pois foi realizado mediante a abordagem de um indivíduo por vez, observacional, visto que os entrevistadores apresentaram postura passiva, transversal, uma vez que tem como objetivos procurar rapidamente associações comuns entre fatores, e descritivo, devido ao uso de variáveis que auxiliam na avaliação dos dados para formulação de hipóteses.

Local: realizado no Centro de Saúde da Família Mattos Dourado (CSF Mattos Dourado) e no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), ambos localizados no bairro Edson Queiroz, situado na Região Metropolitana de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil.

Período: janeiro a março de 2014.

População: aproximadamente 10.892 moradores. (MOURA, et al, 2010)

Amostra: 431 indivíduos.

Critérios de inclusão/exclusão: foram excluídos da amostra os pacientes que estavam realizando primeiro acesso aos locais de estudo. Indivíduos com idade inferior a 18 anos puderam ser incluídos, mas somente se estivessem acompanhados do responsável.

Instrumento de coleta de dados: questionário baseado no manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCAtoll versão Adulto), que visa medir a presença e a extensão das características próprias da APS. (BRASIL, 2010)

Entrada dos dados: Software estatístico elaborado pelo Center of Disease Control (CDC), Atlanta, EUA. EpiInfo for Windows versão 3.5.4.

Análise: EpiInfo for Windows versão 3.5.4.

Apresentação: Microsoft Office Word versão 2013, EpiInfo for Windows versão 3.5.4.

Aspectos éticos: todos os entrevistados responderam o questionário de forma completa e espontânea, tendo autorizado a utilização dos dados obtidos para fins não lucrativos. O sigilo das informações foi respeitado. Os princípios éticos foram cumpridos em todas as etapas da investigação: autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade.

Resultados e Discussão

Gráficos 1 e 2: os gráficos 1 e 2 estabelecem relação, no CSF Mattos Dourado e no NAMI, respectivamente, entre o sexo dos entrevistados e os diferentes níveis de satisfação, mensurados por meio da pergunta: “O que o Sr(a) acha do atendimento neste local?”, cujas possibilidades de resposta eram: excelente, muito bom, bom, regular e ruim.

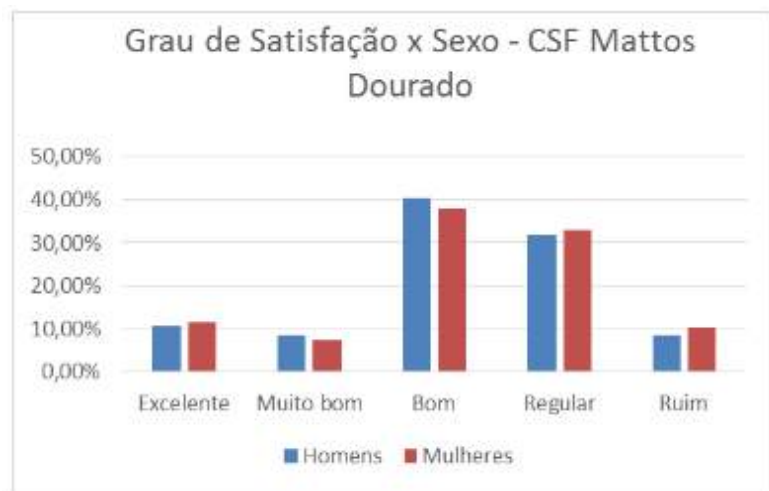


Gráfico 1. FONTE: GUIMARÃES, LIMA E LEITE. Dados não publicados. Fortaleza, 2014.



Gráfico 2. FONTE: GUIMARÃES, LIMA E LEITE. Dados não publicados. Fortaleza, 2014.

Observando o gráfico 1, percebe-se que, no CSF Mattos Dourado, foi prevalente a classificação do atendimento como bom, tanto por homens quanto mulheres, sendo o percentual de homens classificando dessa forma um pouco maior. No gráfico 2, é possível concluir que, no NAMI, foi mais expressiva a classificação do atendimento como excelente, avaliação também atribuída por um maior número de homens. Essa discreta, mas significativa, diminuição no padrão de qualificação apresentada pelas mulheres, em comparação aos homens, pode ser explicada pelo fato de elas utilizarem com maior frequência os serviços de saúde (GOMES, 2007) e, portanto, possuírem condições para avaliá-lo com maior criticidade (ESPIRIDIÃO, *et al*, 2006) e sensatez.

Gráficos 3 e 4: os gráficos 3 e 4 explicitam os valores percentuais relacionados às respostas para a pergunta: “Quando você chega neste local, você tem que esperar mais de 30 minutos para realizar a consulta com esse profissional de saúde (sem contar triagem ou acolhimento)?”, relativos ao CSF Mattos Dourado e ao NAMI, respectivamente:

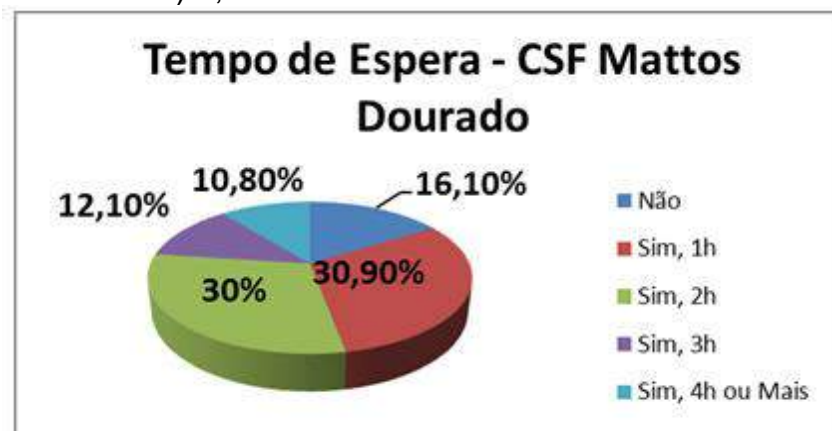


Gráfico 3. Fonte: GUIMARÃES, LIMA E LEITE. Dados não Publicados. Fortaleza, 2014.

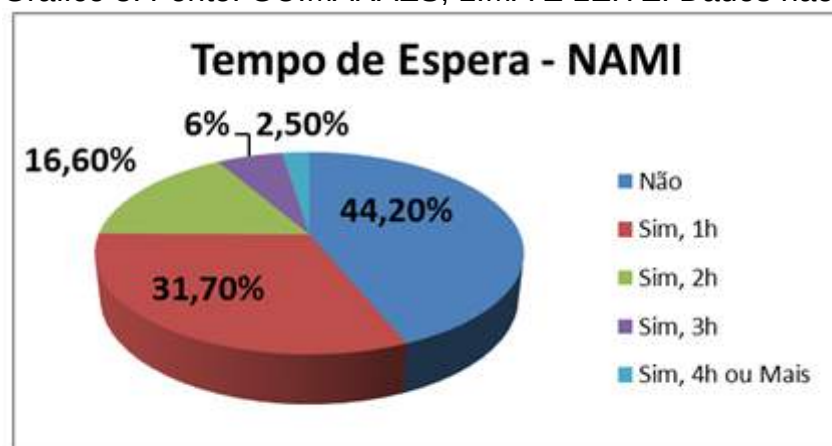


Gráfico 4. Fonte: GUIMARÃES, LIMA E LEITE. Dados não Publicados. Fortaleza, 2014.

A partir da análise dos gráficos 3 e 4, constata-se que a maior parte dos usuários dos serviços oferecidos pelo NAMI, isto é 44,2%, esperam menos de 30 minutos para serem atendidos.

Já no CSF Mattos Dourado, é predominante a espera em torno de uma a duas horas. Segundo relatos de muitos usuários entrevistados, isso ocorre principalmente por haver a marcação de horário das consultas, fazendo que hajam grandes filas de espera pelo atendimento, fato este que, ao contrário do que ocorre, deveria diminuir o tempo de espera e as longas filas. De fato, a espera prolongada é, em geral, identificada como o principal motivo de insatisfação da clientela, além da reclamação de haver insuficiência quanto à possibilidade de agendamento de novas consultas (KLOETZEL *et al*, 1998). Isso corrobora com Santiago (2013), que afirma se poder evidenciar dificuldades relacionadas à organização do serviço de saúde e à garantia de acesso à atenção especializada em tempo oportuno e resolutivo.

De acordo com outra análise, construída a partir da pergunta: “Quando você vai ao Posto de Saúde Mattos Dourado/NAMI é o mesmo profissional de saúde que atende você todas as vezes?”, pôde-se observar que os pacientes no NAMI são mais frequentemente atendidos pelo mesmo profissional (80% responderam “sim” à pergunta) quando comparados aos do CSF (46% responderam “sim”).

Esses dados podem ser explicados pela maior rotatividade dos profissionais de saúde na atenção primária do que na atenção secundária, mudança essa de profissionais que está ligada à satisfação desses, pois trabalhadores mais realizados em suas áreas de trabalho apresentam menor tendência de pedir demissão do que aqueles não estão realizados. (MEDEIROS *et al*, 2010)

Essa maior realização profissional apresenta direta relação com a cultura organizacional, com a política de benefícios, com o tipo de supervisão, com as condições físicas e ambientais de trabalho, entre outros fatores. Contudo, o fator mais relevante é a política salarial, na qual os profissionais de saúde da atenção secundária recebem um maior valor como remuneração do que os da atenção primária, já que aquela oferece serviços especializados. (MEDEIROS *et al*, 2010)

Isso reflete na relação médico-paciente e pois, devido à rotatividade, há um menor vínculo com a comunidade e, assim, uma menor afetividade, o que influencia diretamente na relação com os pacientes e com o bem-estar desses.

Ademais, isso demonstra uma falha na atuação do CSF Mattos Dourado como unidade de atenção primária, visto que a longitudinalidade, característica básica desse nível de atenção, não está sendo praticada, podendo, assim, prejudicar todo o funcionamento da dinâmica do SUS local. A longitudinalidade está associada a diversas vantagens, incluindo menor utilização de serviços, melhor atendimento preventivo, atendimento mais precoce e adequado, menor incidência de doenças preveníveis e maior satisfação com o atendimento (DUNCAN *et al*, 2005), demonstrando, assim, a clara ligação entre esse aspecto e o grau de satisfação dos usuários.

A partir da relação entre a pergunta “Você acha que o profissional de saúde que realiza seu atendimento responde suas perguntas de maneira que você entenda?” com a questão “Você mudaria de profissional de saúde (citar profissão) para outro profissional de saúde se isto fosse muito fácil de fazer?”; pôde-se observar que há uma menor porcentagem de pessoas que mudariam de profissional de saúde quando esses respondem bem os questionamentos dos usuários (17,8%) do que quando não são bem respondidos (55,6%). Esses dados confirmam o grau de importância do estabelecimento da relação médico-paciente e para a fidelidade e, conseqüentemente, para a satisfação do usuário, já que as principais reclamações dos pacientes quanto ao atendimento médico são do tipo: “o médico nem olhou na minha cara”, fragilizando, assim, a satisfação do cidadão quanto à consulta (LEITE *et al*, 2007).

Foi contruída, também uma relação entre as perguntas: “O senhor sente-se bem acolhido neste local para realizar um atendimento?” e “Você mudaria de serviço de saúde para outro serviço se isso fosse muito fácil de fazer?”. Da mesma forma que a questão anterior, é notória uma maior porcentagem de desejo de mudança de serviço de saúde quando os usuários são mal acolhidos (64,4%) do que quando são bem acolhidos (20%). De fato, o ambiente onde se realiza a consulta deve favorecer o acolhimento, pois o ato de acolher bem demonstra uma relação de respeito e solidariedade com o paciente, resultando, desse modo, em um maior grau de satisfação do usuário.

Nessa perspectiva, os dados supracitados ajudam a confirmar a ideia de que a qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde está diretamente ligada ao acolhimento e à satisfação do usuário (MEDEIROS *et al*, 2010).

Conclusão

A partir da realização desse trabalho, podemos entender de forma mais aprofundada a importância da realização de pesquisas que visem identificar fatores relacionados ao grau de satisfação do usuário, pois esse tipo de estudo constitui uma ferramenta essencial para promover mudanças direcionadas a melhorias nos aspectos dos serviços de saúde que não correspondem às expectativas dos usuários e para ajudar a manter o padrão dos serviços que funcionam de forma adequada.

Para iniciar esse o processo de mudança – e conseqüente aperfeiçoamento – é necessário, primeiramente, reconhecer onde estão as principais fragilidades. No caso das unidades de atenção primária e secundária em questão, os problemas mais evidentes foram o tempo de espera antes da consulta médica nas duas unidades, além da descaracterização de aspectos inerentes à atenção primária, como a longitudinalidade, e a distribuição insuficiente de medicamentos na unidade de atenção secundária. As lacunas apresentadas pelas unidades estudadas são apenas algumas das inúmeras limitações encontradas no serviço de saúde pública, o que promove a reflexão acerca da grande necessidade de realização de pesquisas direcionadas à investigação de um número cada vez maior de causas relacionadas a esse problema, fornecendo, assim, meios para que esse sistema possa progredir.

Desse modo, conclui-se que, em geral, a população usuária dos sistemas de saúde aprecia fatores como boa infraestrutura e gestão das unidades de saúde, além da manutenção de uma equipe médica competente. Além disso, foi possível perceber a grande valorização de profissionais cujas habilidades vão além do conhecimento estritamente biomédico.

Referências

- ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: Considerações teórico-conceituais. Caderno de saúde pública, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1267-1276, jun. 2006. < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/16.pdf> >
- GOMES, Romeu; NASCIMENTO, Elaine Ferreira do and ARAUJO, Fábio Carvalho de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública [online]. 2007, vol.23, n.3 [cited 2014-04-06], pp. 565-574. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000300015&lng=en&nrm=iso>. ISSN 0102-311X. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>.
- LEITE, Á. J. M.; CAPRARA, A.; COELHO FILHO, J. M. (Orgs.). Habilidades de comunicação com pacientes e famílias. São Paulo, Sarvier, 2007 <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000200018&script=sci_arttext>
- MEDEIROS, C. R. G.; JUNQUEIRA, A. G. W. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, v. 15, n. 1, p. 1521-1531, 2010. <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064>

Agradecimentos

Agradecemos à profa. Dra. Kelly Leite Maia e ao prof. Dr. Antônio Lima Silva Neto, pela orientação e apoio concedidos durante a elaboração desse trabalho.

ANÁLISE SOBRE A DESTINAÇÃO FINAL DOS RESÍDUOS DE SERVIÇOS DE SAÚDE

João Evangelista da Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) hevan33@oi.com.br
Ana Michele Farias de Cabral - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Nayanne Ricelli da Costa Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Rayanne Suelly da Costa Silva - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Deyla Moura Ramos Isoldi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Clélia Albino Simpson - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Palavras-chave: Resíduos de serviços de saúde. Saúde pública. Enfermagem.

Resumo

Trata-se de um estudo de revisão narrativa sobre a destinação final dos Resíduos dos Serviços de Saúde e a suas consequências para a saúde pública e do meio ambiente. Assim, objetivou-se identificar o que os periódicos nacionais apontam acerca da destinação final dos Resíduos dos Serviços de Saúde. A busca pelos artigos foi realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Constatou-se, com essa pesquisa, que a destinação dos Resíduos dos Serviços de Saúde de todos os estudos analisados encontra-se inadequada e em desacordo com a legislação em vigor. Como consequência, têm-se situações de extrema gravidade à saúde pública e ao meio ambiente.

Introdução

O gerenciamento dos Resíduos dos Serviços de Saúde (RSS) tem sido tema de diversos debates e estudos a nível mundial (BRASIL, 2006). Esse gerenciamento consiste em um conjunto de procedimentos de gestão cujo objetivo incide em minimizar a produção de resíduos e proporcionar àqueles gerados, um direcionamento seguro, de forma eficiente, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública, dos recursos naturais e do meio ambiente (ANVISA, 2004).

A gestão dos resíduos envolve a participação da União, Estados e Municípios. A União e os Estados têm como atribuição estabelecer as leis e as normas gerais que servirão como base para as leis e normas de âmbito municipal. Todos, entretanto, devem não só criar as leis, mas também proporcionar condições para que elas sejam cumpridas (BRASIL, 2006).

De acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são geradores dos RSS todos os atendimentos voltados à prestação de saúde humana ou animal, incluindo os serviços de assistência domiciliar; os laboratórios analíticos de produtos para a saúde; necrotérios, funerárias e similares; serviços de medicina legal; drogarias e farmácias; dentre outros serviços (ANVISA, 2004). A classificação desses resíduos é feita considerando-se os riscos potenciais ao meio ambiente e à saúde pública.

A RDC ANVISA nº 306 e a 358 da Conama (Conselho Nacional de Meio Ambiente) classifica os RSS em cinco grupos: A (resíduos potencialmente infectantes), B (resíduos químicos), C (resíduos radioativos), D (resíduos comuns) e E (resíduos perfurocortantes) (ANVISA, 2004; CONAMA, 2005).

A NBR 12808/1993, por sua vez, categoriza os grupos A e E da ANVISA e da Conama em classes: a classe dos resíduos infectantes (classe A), dos resíduos especiais (classe B) e dos resíduos comuns (classe C). Na classe A, estão incluídos os resíduos com a possível presença de agentes biológicos que podem suscitar o risco de infecção, como materiais biológicos, sangue e hemoderivados, materiais cirúrgicos e perfurocortantes. Na classe B estão englobados os resíduos contendo substâncias radioativas, resíduos farmacêuticos e resíduos químicos perigosos. Por fim, a classe C inclui os resíduos que não oferecem riscos à saúde pública, como resíduo de atividade administrativa e restos alimentares que não entraram em contato com pacientes (ABNT, 1993).

A potencialidade de risco aos quais esses resíduos incidem está relacionados à saúde ocupacional de quem os manipula e ao meio ambiente (solo, águas superficiais e subterrâneas e o ar), como consequência de sua destinação inadequada (BRASIL, 2006).

A responsabilidade dos RSS é da fonte geradora destes em todas as etapas, desde a geração até a disposição final (CONAMA, 2005). Assim, o órgão gerador dos resíduos deve elaborar o Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) que consiste em um documento responsável por descrever as ações referentes à manipulação dos resíduos de serviços de saúde em cada uma de suas etapas (BRASIL, 2006). A implementação do PGRSS é uma ação preventiva que minimiza os danos à saúde pública e ao meio ambiente (BRASIL, 2002).

Nessa perspectiva, destaca-se a importância da compreensão sobre a destinação final dos Resíduos dos Serviços de Saúde e a suas consequências para a saúde pública e do meio ambiente. Assim, tem-se por objetivo identificar o que os periódicos nacionais apontam acerca da destinação final dos Resíduos dos Serviços de Saúde.

Metodologia

Esta pesquisa trata-se de uma revisão de literatura do tipo narrativa. As bases de dados consultadas foram a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) por meio dos descritores da Biblioteca Virtual de Saúde: Resíduos de serviços de saúde e Saúde pública.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos com temática afim a desta pesquisa, em idioma português, com textos completos disponíveis eletronicamente e publicados entre os anos de 2005 aos dias atuais. A delimitação temporal utilizada ocorreu de acordo com o início e término dos achados sobre o tema nas referidas bases de dados. Foram excluídos: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

Encontrou-se um total de 19 artigos, que após avaliação crítica e afinidade pela temática deste estudo, selecionou-se cinco. Estes foram apresentados em quadro demonstrativo contendo título, autores, periódico, ano de publicação e objetivo.

Resultados

Dos 19 artigos encontrados, dois estavam em inglês, três apresentavam-se repetidos, cinco não abordavam a temática e 04 não estavam disponíveis eletronicamente, restando apenas cinco artigos para a análise.

O quadro 01 mostra o perfil dos estudos selecionados segundo o título, autor, periódico, ano e objetivo do trabalho. Os estudos apresentados iniciaram em 2005, apresentando um aumento significativo no número de produções a partir de 2009. O início dos estudos sobre essa temática em 2005 pode estar relacionado à publicação da Resolução ANVISA - RDC 306/04 que dispõe sobre o Regulamento Técnico para gerenciamento dos serviços de saúde, revogando as disposições constantes na RDC 33/2003 (ANVISA, 2004) e da RDC 358/05 CONAMA.

Quadro 01 – Distribuição dos artigos selecionados características dos estudos acerca do gerenciamento dos resíduos dos serviços de

saúde

Título	Autor	Periódico e ano de publicação	Objetivo
Análise preliminar de riscos sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde de uma instituição de ensino em Mato Grosso do Sul: estudo de caso.	SHINZATO, M.P et al.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, 2010.	Descrever, qualitativa e quantitativamente, os resíduos de serviços de saúde (RSS) do Centro de Ensino em Saúde (CES) de uma instituição pública de ensino localizada em Campo Grande-MS.
Conhecimento de enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família sobre resíduos dos serviços de saúde.	SANTOS, M.A.; SOUZA, A.O.	Revista Brasileira de Enfermagem, 2012.	Analisar o conhecimento das enfermeiras atuantes na ESF, dos municípios de Araputanga, Mirassol D'Oeste e São José dos Quatro Marcos, referente à problemática do manejo incorreto dos RSS, a necessidade de conhecer adequadamente as normas pertinentes, e ainda quanto a capacitação dos profissionais envolvidos no processo de gerenciamento.
Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde: aspectos do manejo interno no município de Marituba, Pará, Brasil.	SALES, C.C.L. et al.	Ciência e Saúde Coletiva, 2009.	Verificar aspectos do manejo interno dos RSSS do município paraense de Marituba.
Vulnerabilidade no manejo dos resíduos de serviços de saúde de João Pessoa.	RAMOS, Y.S. et al.	Ciência e Saúde Coletiva, 2011.	Verificar a vulnerabilidade do manejo dos RSS, nos estabelecimentos de atenção primária, secundária e terciária de João Pessoa – PB.
O saber resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: contribuição da educação ambiental.	CORRÊA, L.B. et al.	Interface, 2005.	Conhecer como vem ocorrendo o processo de formação do profissional da área da saúde em relação ao fenômeno RSSS.

Dentre as revistas que mais apresentaram publicações sobre a temática destaca-se a Ciência e Saúde Coletiva, apresentando dois artigos, seguida da Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, Revista Brasileira de Enfermagem, Interface, com uma publicação em cada uma delas.

Quanto à forma da coleta de dados, metade dos artigos utilizou apenas a entrevista para levantamento das informações e a outra metade associou a entrevista à visita de campo.

A análise dos estudos revelou a inadequação da destinação final dos resíduos dos serviços de saúde. A pesquisa realizada por Santos e Souza (2012) concluiu que 56% dos municípios dispõem seus RSS no solo e que 20% destes eram queimados a céu aberto. Em concordância, o estudo de Shinzato et al (2010) aponta que os RSS eram descartados como resíduo comum, sendo o destino final desses materiais o lixão municipal. Da mesma forma, Ramos et al (2011) aponta que a queima proposital dos resíduos também foi encontrada em sua pesquisa e alega que esse fato ocorre com o intuito de diminuir o volume de lixo depositado.

O descarte inadequado desses materiais em lixões a céu aberto, além do risco ao meio ambiente, acarreta grave risco à saúde pública. A decomposição do lixo sobre o solo leva a contaminação dos lençóis freáticos. Os catadores de lixo, em busca de materiais recicláveis, podem manusear esses materiais e contaminar-se; animais em busca de alimentos, ou até mesmo insetos, podem ser veículo de infecção para outros animais ou para o próprio homem. Já a queima dos RSS, em muitos casos, pode ocasionar a liberação de substâncias nocivas, acarretando problemas respiratórios à população exposta.

Na pesquisa realizada por Corrêa et al (2005), identificou-se a incineração como forma de tratamento dos resíduos gerados, todavia o autor alerta para o fato da máquina destinada a tal procedimento encontrar-se quebrada e os resíduos estarem sendo acumulados num outro local, possivelmente de forma inadequada. No que diz respeito à disposição final dos resíduos líquidos, o mesmo autor afirma não haver preocupação sobre esse descarte na instituição estudada em sua pesquisa. Ramos et al (2011), ao relatar sobre a destinação final de resíduos líquidos, observou em sua pesquisa que 94,73% descartavam os RSS líquidos na pia, sendo que apenas 5,27% eram autoclavados e depois lançados na rede coletiva. Santos e Souza (2012), em sua pesquisa identificou que apenas 0,8% dos municípios investigados utilizavam o micro-ondas e a autoclave para desinfecção dos RSS.

Sobre a segurança dos trabalhadores que atuavam no manejo dos RSS, apenas o estudo Shinzato et al (2010) abordou esse tópico no qual observou queixa significativa de dores nas costas, ombros e braços desses profissionais. Além disso, ele destaca que esses profissionais não receberam treinamento para o manejo dos RSS, não utilizavam equipamento de proteção individual (EPI) e desconheciam os riscos associados aos materiais que manipulavam.

Conclusão

Os estudos analisados apontam que a destinação dos RSS encontra-se inadequada e em desacordo com a legislação em vigor. Como consequência, têm-se situações de extrema gravidade à saúde pública e ao meio ambiente.

A temática da gestão dos RSS abrange a gestão das três esferas do governo que, aliada ao envolvimento social, deve agir em prol da segurança e saúde da população. Vale ressaltar que o envolvimento social é construído a partir da educação da população. Assim, projetos que promovam a conscientização dos riscos provenientes da manipulação de materiais descartados é um passo importante para minimizar os perigos dessa ação.

Outro ponto que merece destaque é a capacitação dos profissionais que lidam com esse tipo de material. Por se tratarem de resíduos com provável potencial patogênico, a falta de orientação pode favorecer acidentes ocupacionais. O uso de equipamentos de proteção individual (EPI) deve ser imprescindível, assim como o conhecimento sobre a importância de seu uso e as consequências dessa omissão.

O manejo adequado dos RSS representa a minimização de riscos e de problemas à população e ao meio ambiente. Assim, ressalta-se a importância de mais estudos sobre essa temática a fim de fornecer subsídios para debates e ações com o intuito de minimizar a realidade existente.

Referências

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 12808: Resíduos de serviços de saúde. Rio de Janeiro: 1993.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 306 de 07 de dezembro de 2004. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para o gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/ebe26a00474597429fb5df3fbc4c6735/RDC_306.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em 20 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde Ambiental e Gestão de Resíduos de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Manual de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BUENO, C.S.; WEBER, D.; OLIVEIRA, K.R. Farmácia caseira e descarte de medicamentos no bairro de Luiz Fogliatto do município de Ijuí – RS. Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada, v.30, n.2, 2009. ISSN 1808-4532.

CONAMA. Conselho Nacional de Meio Ambiente. Resolução nº358 de 29 de abril de 2005. Dispõe sobre o tratamento e a disposição final dos resíduos dos serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.mma.gov.br/port/conama/res/res05/res35805.pdf>>. Acesso em 24 de outubro de 2013.

CORRÊA, L.B. et al. O saber de resíduos sólidos de serviços de saúde na formação acadêmica: uma contribuição da educação ambiental. Interface – Comunic., Saúde, Educ., v.18, n.9, set/dez, 2005.

RAMOS, Y.S. et al. Vulnerabilidade no manejo dos resíduos de serviços de saúde de João Pessoa (PB, Brasil). Ciência e Saúde Coletiva, v.16, n.8, p.3553-3560, 2011.

SALES, C.C.L. et al. Gerenciamento dos resíduos sólidos dos serviços de saúde: aspectos de manejo interno no município de Marituba, Pará, Brasil. Ciência e Saúde Coletiva, v.14, n.6, p.2231-2238, 2009.

SANTOS, M.A.; SOUZA, A.O. Conhecimento de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre resíduos dos serviços de saúde. Rev. Bras Enfer, Brasília, jul/ago, v.65, n.4, p. 645-652, 2012.

SHINZATO, M.P.; HESS, S.C.; BONCZ, M.A.; MACENTE, D.F.C.; SKOWRONSKI, J. Análise preliminar de riscos sobre o gerenciamento dos resíduos de serviços de saúde de uma instituição de ensino em Mato Grosso do Sul: estudo de caso. Rev bras Saúde ocup., São Paulo, v.122. n.35, 2010.

ANEMIA FERROPRIVA EM CRIANÇAS MENORES DE DOIS ANOS ATENDIDAS NA REDE PÚBLICA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE MISSÃO VELHA- CEARÁ

Anthony Alisancharles Batista de Almeida – Universidade Federal de Campina Grande - Email: a.charlesdealmeida@hotmail.com

Carlos Alberto Macedo Secundo Filho- Universidade Federal do Ceará

Maria Tibéria da Silva Carolino – Universidade Federal de Campina Grande

Maria Soraya Pereira Franco – Universidade Federal de Campina Grande

Regiane Cristina do Amaral- Faculdade Leão Sampaio

Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Assistência. Enfermagem. Família. Parkinson. Vínculo.

Resumo

A anemia ferropriva é a carência nutricional mais prevalente no mundo, e apesar de na maioria das vezes estar acompanhada da escassez de outros micronutrientes, tem na deficiência de ferro sua base. Muitos fatores, como um acesso difícil a uma dieta de qualidade, baixo nível sócio-econômico, parasitoses intestinais, prematuridade e abandono precoce do aleitamento materno exclusivo figuram como causas ou fatores contribuintes para essa afecção. Por isso, no Brasil o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF), que oferece ferro oral profilático para menores de 2 anos e maiores de 6 meses de idade. O presente trabalho relata a experiência de uma ação de educação em saúde que foi capaz de aumentar o número de crianças cujas mães aderiram ao uso da profilaxia, bem como estabelecer o primeiro passo de um seguimento ambulatorial das mesmas. Tendo como objetivos: aumentar o número de crianças que fazem uso da profilaxia primária para anemia ferropriva com ferro elementar; orientar as mães sobre a importância do combate à anemia para o bom crescimento e desenvolvimento da criança; capacitar os agentes de saúde para identificarem e fazer busca ativa das crianças que ainda não fazem uso do ferro profilático; manter as crianças em uso da profilaxia sob acompanhamento agendado de puericultura. Para a execução do projeto de intervenção, inicialmente foi feita uma breve capacitação sobre o tema “Anemia Ferropriva na Infância”, com agentes comunitários de saúde, técnico enfermagem e auxiliar de farmácia.

Introdução

Dentre os fatores que contribuem para o adequado crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança, está o aporte adequado de micronutrientes, cuja carência, além de prejudicar o crescimento linear, está relacionada a uma série de efeitos deletérios na infância e aumento da morbimortalidade (PEDRAZA, 2013). O ferro está entre esses micronutrientes e sua carência é causa da anemia ferropriva.

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2013), este tipo de anemia é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, e as crianças menores de 2 anos estão no grupo dos mais acometidos, expandindo-se em todos os seguimentos sociais. No Brasil, é um importante problema de saúde pública, segundo Obelar (2008), com prevalência crescente, chegando a 70% em algumas regiões.

A definição de anemia, de acordo com a OMS é a condição na qual o conteúdo de hemoglobina (Hb) no sangue está abaixo dos níveis considerados normais para o sexo, faixa etária, estado fisiológico e altitude. O ferro, matéria prima para a produção da hemoglobina, é obtido pelo organismo através de duas fontes. A primeira, na alimentação, dá-se pela ingestão de vegetais ou carne vermelha. Sendo que esta última, devido à presença de mioglobina e hemoglobina, fornece um aporte de ferro que é mais bem aproveitado pelo organismo. A segunda via ocorre pelo reaproveitamento do ferro oriundo das hemácias recicladas pelo organismo, mediante a ação dos macrófagos da medula óssea, pelo baço e em menor quantidade pelo fígado (FERRAZ, 2011).

Diante disso, é possível enumerar alguns fatores que interferem nesse ciclo de aquisição de ferro e produção de hemoglobina, e, portanto constituem-se causas ou fatores de risco para a anemia ferropriva. De acordo com Chopard, Magalhães e Bruniera (2010), em RN's prematuros, há um aumento na prevalência da doença em decorrência de que o aporte de ferro é realizado por via transplacentária, principalmente durante o terceiro trimestre de gestação. Há também risco aumentado para o desenvolvimento de anemia em bebês nascidos com baixo peso e naqueles que sofreram ressecção cirúrgica do duodeno por malformação.

Conforme afirma Netto *et al.* (2011), parasitoses como ancilostomíase e ascaridíase são outros fatores determinantes de anemia em crianças abaixo de dezoito meses. Na primeira por espoliação direta do verme, que se alimenta de hemácias, e na última pela competição por nutrientes no interior do tubo digestório. Esses fatores chamam a atenção para a situação social que tende a atuar como fator determinante na importância epidemiológica da doença no país (VELLOZO; FISBERG, 2010). Por isso, a Atenção Primária ganha enorme responsabilidade, não só por ser o nível em que ocorre a detecção dos casos e onde em maior número se realiza o tratamento, mas também pela proximidade do profissional de saúde com as fontes do problema.

As manifestações clínicas da anemia são difusas e semelhantes a muitos acometimentos próprios da primeira infância. No entanto, é possível reunir alguns sinais e sintomas que caracterizam o quadro a ser confirmado com a análise laboratorial (CEMBRANEL, 2012). Dentre os principais, estão a palidez de pele, olhos e palmas das mãos, fadiga e apatia, taquipneia e distúrbios gastrointestinais. O diagnóstico laboratorial se dá com a verificação dos níveis de hemoglobina sérica, que segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é inferior a 11,0 g/dL em crianças de seis a cinquenta e nove meses de idade.

Vellozo e Fisberg, (2010) em outro estudo sobre a doença, atenta para as consequências da persistência do quadro anêmico, inferindo que há, nessas condições, o aumento da predisposição ao agravamento de doenças crônicas não transmissíveis, como hipertensão, problemas cardiovasculares e *diabete mellitus*. No entanto, mais graves são as consequências mais imediatas na criança, como o retardo no crescimento, possibilidade de distúrbios cognitivos e coordenação motora e imunodepressão.

O tratamento da anemia ferropriva é realizado com a correção dos níveis de hemoglobina, através da reposição do ferro. Martins (2010), afirma que níveis de hemoglobina inferiores a 8g/dL com presença de sintomas respiratórios, fadiga e isquemia, tornam necessária a hemotransfusão. O Ministério da Saúde (2013) preconiza a administração de 3mg de ferro/kg/dia, não superior a 60kg/dia para crianças abaixo de dois anos, seguindo as recomendações da OMS (2001). A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2007) propõe uma variação da dose de 3-5mg/kg/dia, única ou fracionada em duas vezes antes das refeições principais. Esse tratamento se estende por seis meses após a correção dos níveis de hemoglobina.

Diante do exposto, no que concerne à fisiopatologia da anemia, suas causas e fatores de risco, bem como os efeitos deletérios dessa afecção em crianças, torna-se de fundamental importância a sua profilaxia. A recomendação do Ministério da Saúde (MS 2013) está dentro do Programa Nacional de Suplementação de Ferro, em vigor desde 2005, e consiste na suplementação profilática de ferro para todas as crianças de seis a 24 meses de idade, na dose de 1mg de ferro elementar por kg de peso diariamente. As crianças em

aleitamento materno exclusivo só devem receber a suplementação a partir do sexto mês de idade, porém caso não estejam, poderão receber a profilaxia a partir dos 4 meses de idade. Os pré-maturos e recém-nascidos com baixo peso, deverão receber o ferro profilático a partir do 30º dia de nascidos, mesmo estando em aleitamento exclusivo, em doses diferenciadas conforme preconiza a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2012).

O que se vê na prática clínica diária na Unidade Básica de Saúde do Bairro Maternidade em Missão Velha-CE, é que apesar de haver um programa específico do Ministério da Saúde para a profilaxia da anemia ferropriva, essa informação não é bem difundida para as mães e as recomendações não têm sido realizadas de forma adequada. Por essa razão, está no escopo desse trabalho relatar a experiência de esclarecer a população da UBS citada sobre a importância dessas práticas profiláticas, e a tentativa de pô-las em prática.

Metodologia

O projeto foi desenvolvido de Outubro a Novembro de 2013 na UBS do Bairro Maternidade em Missão Velha-CE, que conta em sua equipe básica, com 9 Agentes Comunitários de Saúde(ACS). Para a execução do projeto de intervenção, inicialmente foi feita uma breve capacitação sobre o tema “Anemia Ferropriva na Infância”, com vistas para esses profissionais. Esteve também presente na reunião a enfermeira da UBS, a técnica de enfermagem e o auxiliar de farmácia. Na ocasião foi realizada uma palestra sobre os seguintes tópicos: definição de anemia ferropriva; achados clínicos; diagnóstico; tratamento; profilaxia.

Durante a reunião, os objetivos do presente trabalho foram expostos e as atribuições dos ACSs na realização do mesmo foram distribuídas. Estavam sob sua responsabilidade realização das seguintes tarefas: levantamento da quantidade de crianças com faixa etária entre 6 e 24 meses de idade na área de abrangência; identificação de quantas já estavam em regime de profilaxia com o ferro oral; convocação das mães dessas crianças (tanto as que já estavam usando a suplementação de ferro quanto as que ainda não haviam aderido) para uma palestra educativa que aconteceria na UBS, dada pelo médico sobre o tema proposto; ressaltar no convite, que por ocasião deste evento, as mães deveriam comparecer à UBS trazendo consigo as crianças da faixa etária citada, pois as mesmas seriam pesadas e já receberiam a prescrição da medicação oral;

A análise de prontuários, checagem de dados na UBS e o levantamento realizado pelos ACSs serviram como fonte para aferir a quantidade total de crianças de faixa etária entre 6 meses e 2 anos na comunidade. A população alvo do estudo foi composta por 52 crianças com idades dentro desse perfil. A convocação das mães das crianças pertencentes à faixa etária citada foi realizada mediante convite impresso entregue pelos ACSs em suas respectivas áreas.

Para a prescrição da dose correta do sulfato ferroso profilático, as crianças que compareceram com suas mães à UBS no dia e horário marcado, precisaram ser submetidas à pesagem pelos ACSs antes do início da palestra e registro dos dados em prontuário pela enfermeira. O agendamento da próxima consulta de puericultura foi útil para o adequado seguimento das crianças em profilaxia.

A medicação disponível na farmácia da UBS e usada na prescrição dos menores foi o sulfato ferroso solução em gotas, com 125mg do sulfato por ml de solução, o que equivale a 25mg de ferro elementar por ml ou 1mg do mesmo por gota da solução. O esquema usado foi de doses diárias, haja vista que segundo propõe Cembranel *et al.* (2013), a suplementação diária de sulfato ferroso mostrou-se mais efetiva do que doses semanais na melhoria dos níveis de hemoglobina na prevenção de anemia em crianças menores de cinco anos de idade.

Para a análise dos resultados, foi utilizado cálculo estatístico, sendo ele regra de três simples, mostrando os resultados em porcentagens. Os números foram arredondados até a segunda casa decimal e as porcentagens descritas referem-se ao número total de crianças.

Resultados e Discussão

Dos 9 Agentes Comunitários de Saúde da UBS, todos foram convidados e todos se fizeram presentes, perfazendo 100% de alcance neste grupo de profissionais. Os profissionais aceitaram de bom grado participar do trabalho e se dispuseram para a obra. Durante a explanação houve boa participação dos presentes, sendo um tempo de elucidação de dúvidas sobre o assunto em questão e esclarecimentos sobre o andamento do trabalho proposto.

Por meio da análise de prontuários e da checagem de dados na UBS, bem como pelo levantamento realizado pelos ACSs, verificou-se a existência de 52 crianças de faixa etária entre 6 meses e 2 anos na comunidade. Deste total, apenas 11 (21,15%) encontravam-se em uso do ferro oral profilático. O convite para a palestra educativa foi passado pelos ACSs a todas as mães das crianças citadas (51 ao todo, pois uma mãe tinha 2 filhos dentro da faixa etária alvo do trabalho). Fizeram-se presentes no posto de saúde para a reunião no dia e horário marcado, 32 mães acompanhadas de seus filhos, somando um total de 33 (63,46%) crianças.

Dentre as 33 crianças presentes na reunião, 29 (55,76%) pertenciam ao grupo das que não estavam recebendo a administração profilática do ferro oral, e 4 (7,69%) eram do grupo das que já estavam em uso da medicação. No entanto, a presença das mães destas últimas foi de grande valia para reafirmar a necessidade de manter o uso do ferro oral, bem como para incentivo das que ainda não se encontravam nessa prática.

O momento da palestra, a exemplo do que houve previamente com os profissionais, foi bastante enriquecedor. As mães tiveram a oportunidade de tirar suas dúvidas e comprometer-se com a prática preventiva. Antes da palestra, as crianças que ainda não estavam em uso do ferro oral profilático foram pesadas pelos ACS, tiveram os resultados registrados em prontuário pela enfermeira e receberam a prescrição da medicação pelo médico, de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde já expostas.

Todas as crianças que ainda não estavam fazendo uso da profilaxia foram prescritas e agendadas para retorno à consulta de puericultura e consequente seguimento no prazo de 1 mês. Assim, observa-se ao final uma porcentagem de 76,92% (40 crianças ao todo) dos menores entre 6 e 24 meses de idade em uso do ferro oral profilático. Isso representa um aumento de aproximadamente 3,6 vezes na quantidade de crianças aderentes à profilaxia, em relação aos que já estavam em ação preventiva previamente à execução do projeto de intervenção. Mais precisamente, a redução foi de 70,73% na quantidade de crianças não participantes do programa de prevenção.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos, observa-se que uma simples ação de educação em saúde pode produzir um efeito significativo nos determinantes de saúde e doença de uma comunidade. A implementação desse projeto de intervenção foi apenas um primeiro passo na direção de uma assistência de qualidade à população pediátrica. Isso não só porque muitas crianças ainda ficaram de fora do programa de prevenção da anemia, mas principalmente porque as que já se encontram nessa prática necessitam de seguimento e estímulo das mães para dar continuidade ao projeto.

Dentre as dificuldades que se enfrentam na prática clínica diária e que afetam de forma mais direta a realização do escopo desse trabalho, pode-se citar a escassez de exames complementares (como um simples hemograma) para quantificar ou auxiliar num diagnóstico de anemia. O baixo nível sócio-econômico e cultural da população adscrita também se apresenta como um fator desafio, haja vista que não só atrapalha o acesso à alimentação de qualidade e boas condições de vida, mas principalmente, limita a aquisição de informação.

Inferre-se da realização desse trabalho que muitas outras ações em saúde podem ser feitas, com pouco investimento e uma disposição maior de boa vontade, de forma a mudar a realidade das comunidades abrangidas pelas equipes de saúde da família.

Referências

- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Comp.). **Programa Nacional de Suplementação de Ferro: Manual de Condutas Gerais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CHOPARD, Maria Renata T.; MAGALHÃES, Maurício; BRUNIERA, Paula. Deficiência de ferro no feto e no recém-nascido. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.32-37, jan. 2010.
- DIAS, Mara Cláudia Azevedo Pinto; FREIRE, Lincoln Marcelo Silveira; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Recomendações para alimentação complementar de crianças menores de dois anos. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 3, p.475-486, jun. 2010.
- FERRAZ, Sabrine Teixeira. Anemia Ferropriva na Infância: uma Revisão para Profissionais da Atenção Básica. **Revista Aps**, Juiz de Fora, v. 14, n. 1, p.101-110, jun. 2011.
- MARTINS, Mariana Filipa Matos. **Tratamento da anemia ferropénica: estado da arte e prática clínica na Beira Interior**. 2010. 67 f. Tese (Doutorado) - Curso de Medicina, Universidade da Beira Interior, Beira Interior, 2010.
- NETTO, Michele Pereira et al. Fatores associados à anemia em lactentes nascidos a termo e sem baixo peso. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 57, n. 5, p.550-558, jun. 2011.
- OBELAR, Marileise dos Santos (Ed.). Anemia carencial na infância: um importante problema de saúde pública. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 1, n. 26, p.44-5, jan. 2008.
- PEDRAZA, Dixis Figueroa; ROCHA, Ana Carolina Dantas; SALES, Márcia Cristina. Deficiência de micronutrientes e crescimento linear: revisão sistemática de estudos observacionais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, vol.18, n.11, pp. 3333-3347, nov. 2013.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Anemia ferropriva em lactentes: revisão com foco na prevenção. São Paulo: Departamento Científico de Nutrologia, 2012.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (Brasil). **Documento Científico Nutrologia**. 2007. Disponível em:<http://www.sbp.com.br/img/documentos/doc_anemia_carencial_ferropriva.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2014.
- VELLOZO, Eliana P.; FISBERG, Mauro. A contribuição dos alimentos fortificados na prevenção da anemia ferropriva. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.140-147, jan. 2010.

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde de Missão Velha-CE, e a todos que contribuíram para o desenvolvimento deste projeto.

ANTIMICROBIANOS NEFROTÓXICOS: IMPORTÂNCIA DO CONHECIMENTO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DO PACIENTE

Maria Alana Ferreira Abreu (apresentador) – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza. Email: lanynha06@hotmail.com

Aline Ramos Bastos – Enfermeira. Universidade de Fortaleza.

Lorena Pontes de Souza - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.

Janaína da Silva Oliveira - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.

Violeta Frota Lima - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.

Elizabeth Mesquita Melo (Orientador) – Doutora em Enfermagem. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Toxicidade de drogas. Lesão renal aguda. Antimicrobianos.

Resumo

Os rins executam uma importante função que é a eliminação de substâncias exógenas, como os fármacos. Clinicamente, a nefrotoxicidade pode manifestar-se através de, pelo menos, seis síndromes: doença renal aguda, doença renal crônica, síndrome nefrótica, distúrbios de concentração/diluição, distúrbios do equilíbrio ácido-base e tubulopatias. Os fatores de risco para nefrotoxicidade induzida por medicamentos estão relacionados ao paciente, ao medicamento ou às interações medicamentosas. Entre as drogas nefrotóxicas mais utilizadas na prática clínica incluem-se os antimicrobianos. Objetivou-se investigar os resultados na literatura acerca das drogas antimicrobianas potencialmente nefrotóxicas associadas ao desenvolvimento de lesão renal. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que enfocou nove artigos levantados nas bases de dados MEDLINE, LILACS e SCIELO, utilizando os descritores: nefrotoxicidade e medicamentos; lesão renal aguda e medicamentos; antibacterianos e lesão renal aguda; antibacterianos e nefrotoxicidade; aminoglicosídeos e nefrotoxicidade; nefrotoxicidade e antimicrobianos. Os resultados foram apresentados em quadros, sendo descritos de forma comparativa. Os principais fatores de risco associados à lesão renal identificados nos estudos foram: idade, doença renal prévia, sexo, depleção de volume intravascular e eletrólitos, disfunção hepática, uso recente da medicação, dose, duração e via de administração da medicação, bem como o uso concomitante de outros nefrotóxicos. As drogas que apresentaram maior potencial de nefrotoxicidade foram os antibióticos, antivirais, antifúngicos e antimoniais. Cabe ao enfermeiro identificar os fatores de risco e adotar medidas preventivas para a diminuição da incidência de nefrotoxicidade induzida por drogas.

Introdução

Determinadas doenças repercutem de forma significativa na vida das pessoas, gerando alterações importantes e condicionando-as a mudanças abruptas no cotidiano, as quais podem estar relacionadas aos hábitos alimentares, atividades físicas e atividades de lazer. Dentre essas doenças, cita-se a doença renal, por exigir que o paciente realize tratamentos complexos, com riscos potenciais, além de ser essencial a adesão do mesmo aos medicamentos, à dieta restritiva, a alterações nas atividades de vida diária, dentre outros aspectos.

A doença renal pode ser dividida em doença renal aguda (DRA) e doença renal crônica (DRC), as quais são classificadas em função da forma de apresentação dos sintomas, quadro clínico do paciente e tempo de existência de alteração da função renal.

A DRA é caracterizada pela redução abrupta da taxa de filtração glomerular, se mantendo por períodos variáveis de tempo, resultando na inabilidade dos rins para exercer as funções de excreção, manter o equilíbrio acidobásico e a homeostase hidroeletrolítica do organismo. As complicações da DRA contribuem significativamente para elevação das taxas de morbidade e mortalidade de pacientes em estado crítico, merecendo atenção especial (JOANNIDIS; METNITZ, 2005; VENKATARAMAN, 2005; PINTO *et al.*, 2009). Em contrapartida, a DRC refere-se à perda progressiva e irreversível da função renal, que se não for tratada, poderá levar o paciente à morte (NASCIMENTO; MARQUES, 2005).

Segundo Ribeiro *et al.* (2008), a DRC pode ser causada por doenças sistêmicas como diabetes mellitus; glomerulonefrite crônica; pielonefrite; hipertensão não controlada; obstrução do trato urinário; lesões hereditárias, como a doença renal policística; distúrbios vasculares; infecções; medicamentos; agentes tóxicos; agentes ambientais e ocupacionais, como chumbo, cádmio, mercúrio e cromo.

A nefrotoxicidade abrange alterações renais causadas por substâncias químicas, como determinados fármacos, que ao entrarem em contato com o organismo exercem toxicidade seletiva no tecido renal (WANNMACHER; FERREIRA; NUNES, 1998).

A literatura médica descreve aumento da DRA nefrotóxica, sendo os antibióticos responsáveis pela maioria dos casos. Dentre os antibióticos associados à injúria renal, os mais frequentes são os aminoglicosídeos. A incidência da doença associada ao uso de aminoglicosídeos varia amplamente, devido a diferenças nos critérios diagnósticos e nas populações estudadas (OLIVEIRA; CIPULLO; BURDMANN, 2006).

O enfermeiro é um agente de mudanças e através das atividades de enfermagem visa encontrar relações entre o homem e o ambiente, no processo vital, a fim de incorporar novos conhecimentos no processo instrucional para encontrar uma maneira de ação (OLIVEIRA *et al.*, 2008).

É essencial o conhecimento desse profissional acerca dessas drogas, uma vez que o paciente está diretamente sob seus cuidados e da equipe de enfermagem, sendo imprescindível o aprofundamento científico para a promoção de uma assistência de qualidade aos pacientes. Assim, o estudo objetivou Investigar os resultados na literatura acerca das drogas antimicrobianas potencialmente nefrotóxicas associadas ao desenvolvimento de lesão renal.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008), constitui um método que possui como finalidade reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre um determinado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento acerca do tema investigado.

Os artigos foram levantados nas seguintes bases de dados: Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE); Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde (LILACS); e Scientific Electronic Library Online (SciELO), por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) – BIREME.

Para a seleção dos artigos foram estabelecidos os critérios de inclusão: apresentar, pelo menos, o resumo disponível online, a fim de se identificar previamente a adequação ao questionamento; publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol; desenvolvido com seres humanos; sem delimitação temporal; e que abordassem drogas antimicrobianas com potencial de nefrotoxicidade. Os critérios de exclusão foram: impossibilidade de aquisição do artigo na íntegra; e estudos que abordassem somente as terapias substitutivas para a injúria renal, caracterização dos pacientes ou complicações da lesão renal aguda.

O total de artigos inseridos nessa revisão integrativa foi nove, dos quais três foram identificados no MEDLINE, cinco no LILACS e um no

Scielo. Após a leitura dos artigos, os mesmos foram expostos em quadros descritivos, de forma comparativa.

Resultados e Discussão

Foram identificados nove artigos nas bases de dados referidas, sendo oito no idioma português e um no idioma espanhol. Os mesmos apresentavam como temática central a nefrotoxicidade associada ao uso de antimicrobianos, englobando os antibacterianos, os antivirais, os antifúngicos e um antiprotozoário específico, exemplificado pelo glucantime, droga caracterizada como um antimonial pentavalente, com potencial risco de alterações renais. Destaca-se que dois artigos (04 e 05) não se limitam a denominar no título o tipo de droga a ser discutida, ou seja, não deixam claro quais drogas irão abordar como foco de sua pesquisa, salientando, todavia, a nefrotoxicidade de drogas e a falência renal associada.

Todos os artigos tendem a centrar-se na nefrotoxicidade, envolvendo diferentes drogas, levando a uma tendência em apresentar similaridades nos resultados, o que pode contribuir para o aprofundamento da temática. Dos nove estudos selecionados, oito foram realizados por médicos e apenas um por médico, farmacêutico e bioquímico, levando à conclusão que a temática nefrotoxicidade de drogas raramente é abordada por outras categorias profissionais que não a médica, sugerindo a importância de novas pesquisas, abordando cuidados no manuseio e administração dessas drogas. Quanto aos periódicos em que foram publicados os artigos, todos consistem em periódicos médicos, sejam específicos de determinada área ou geral.

Os resultados dos estudos demonstram como principais antibacterianos com potencial de nefrotoxicidade as classes dos polipeptídeos, exemplificado pelas polimixinas; os glicopeptídeos, incluindo a vancomicina e a teicoplanina; e os aminoglicosídeos, não sendo citadas drogas específicas (MENDES; BURDMANN, 2009; BUGANO *et al.*, 2011; OLIVEIRA; CIPULLO; BURDMANN, 2006).

As polimixinas constituem drogas antibacterianas de amplo espectro utilizadas em infecções por bactérias gram-negativas. Mendes e Burdmann (2009) enfatizam que tais fármacos, nas décadas de 1970 e 1980 apresentaram redução do seu uso, principalmente pelo seu potencial de ocasionar toxicidade renal e possível alteração da função dos rins, aliado ao fato de nessa época terem surgido outros antibacterianos com menor poder de toxicidade renal. Todavia, os autores reforçam que com o aparecimento de novas cepas de bactérias gram-negativas multirresistentes, o uso da polimixina foi retomado em larga escala, especialmente nas unidades de terapia intensiva (UTIs), sugerindo, ainda, a realização de estudos que abordem de forma mais aprofundada a toxicidade desse antibacteriano.

A pesquisa realizada por Bugano *et al.* (2011) faz uma comparação entre os efeitos adversos da teicoplanina e da vancomicina, com ênfase no grau de segurança de cada uma dessas drogas. Pode-se afirmar, a partir dessa pesquisa, que a teicoplanina apresenta menor toxicidade renal, devendo ser primeira escolha em pacientes com fatores determinantes para o desenvolvimento de lesão renal, conforme demonstrado na prática clínica.

O uso dos glicopeptídeos é preconizado em pacientes hospitalizados, portadores de infecções por estafilococos resistentes à oxacilina, que constitui uma penicilina semi-sintética resistente às penicilinases (BRASIL, 2007). Em linhas gerais isso ocorre em pacientes com infecções por cepas resistentes, pois nas infecções comunitárias a resposta do paciente à oxacilina é satisfatória.

Oliveira, Cipullo e Burdmann (2006), ao pesquisarem a nefrotoxicidade dos aminoglicosídeos e os fatores de risco associados, alertam para a necessidade de serem observados fatores inerentes ao paciente, tais como: idade, doença renal prévia, sexo, depleção de volume e disfunção hepática, além de fatores relativos ao aminoglicosídeo (uso recente, altas doses, tratamento por mais de três dias, droga escolhida, intervalo de dose) e ao uso de drogas concomitantes (vancomicina, anfotericina B, furosemida, cefalosporina, contrastes).

Outros agentes considerados potencialmente nefrotóxicos são os antivirais, os antifúngicos e os antimonias pentavalentes. De acordo com Ricardo Neto, Oliveira e Pestana (2007), os mecanismos pelos quais os agentes antivirais causam lesão renal são os defeitos de transportadores renais, indução à apoptose e lesão mitocondrial. Clinicamente, a lesão renal manifesta-se pelas tubulopatias, síndrome de Fanconi, obstrução intratubular, glomerulopatia, microangiopatia trombótica e insuficiência renal crônica.

Os autores destacam, ainda, que a idade, doença renal preexistente, depleção de volume intravascular e eletrólitos ou acidose, potencial nefrotóxico inerente, dose, duração e via de administração da medicação, bem como o uso concomitante de outros nefrotóxicos representam fatores de risco para o desenvolvimento da nefrotoxicidade.

Os resultados do estudo de Sampaio *et al.* (2007) demonstraram que o tratamento com antimonial pentavalente na dose de 40mg SbV/kg/dia causaram efeitos nefrotóxicos na maioria dos pacientes observados, onde os mesmos apresentaram diminuição da taxa de filtração glomerular e da capacidade de concentração urinária, além do aumento na fração de excreção de sódio.

A despeito disso, tais autores sugerem que a dose de 40mg SbV/Kg/dia seja reduzida para 20 mg SbV/kg/dia, esquema em uso atualmente, em virtude da menor tolerância dos pacientes relacionada à toxicidade, assim como pela inobservância significativa de índice de cura superior com esse esquema diferenciado.

Calderón-Ospina *et al.* (2010), identificou que as alterações histopatológicas decorrentes da nefrotoxicidade induzida por medicamentos compreendem a necrose tubular aguda, a nefrite tubulointersticial e a lesão glomerular, bem como as alterações vasculares que incluem a microangiopatia trombótica, a glomerulonefrite necrosante, a aterosclerose hialina e as vasculites.

Ainda neste estudo, as principais drogas citadas com potencial de nefrotoxicidade foram: anfotericina B, ciclosporina, lítio, meios de contrastes, AINES, antineoplásicos, antimicrobianos (aminoglicosídeos, vancomicina, penicilinas e cefalosporinas), bem como os inibidores da transcriptase reversa e os antivirais. Resultados semelhantes estão presentes também nos estudos de Mendes e Burdmann (2009), Bugano *et al.* (2011) e Oliveira, Cipullo e Burdmann (2006).

Conclusão

O trabalho apresentado foi de suma importância para o aprofundamento do conhecimento acerca das drogas potencialmente nefrotóxicas, visto que levantou aspectos importantes sobre os mecanismos de lesão renal, bem como dos fatores de risco que predisõem à toxicidade renal.

O enfermeiro tem papel fundamental na identificação dos fatores de risco e na prevenção desses efeitos tóxicos induzidos por medicamentos, uma vez que as medidas preventivas para a diminuição da incidência dessa complicação compreendem o ajuste da dose à função renal do paciente e o conhecimento da história renal prévia. Ademais, torna-se fundamental evitar o uso de drogas nefrotóxicas concomitantes, atentar para a administração lenta do fármaco e hidratação adequada do paciente.

Convém destacar que a prática baseada em evidências deve ser valorizada pelos profissionais da área de saúde, pois pesquisas nessa área enfocam resultados reais, a partir de pesquisas clínicas, fundamentando o conhecimento e o cuidado ao paciente, além de contribuir para a promoção da saúde do paciente, a partir dos comportamentos adotados pela equipe de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Antimicrobianos: base teórica e uso clínico. 2007. [Online] Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/servicosade/controlere_rm/cursos/rm_controlere_opas_web/modulo1/conceitos.htm

Acesso em: 10 junho de 2013.

BUGANO, D. D. G.; CAVALCANTI, A. R. G.; ALMEIDA, C. S.; SILVA, E. Meta-análise Cochrane: teicoplanina *versus* vancomicina para infecções suspeitas ou confirmadas. Einstein, v. 9, n. 3 Pt 1, p. 265-82, 2011.

CALDERÓN-OSPINA, C. A. et al. Nefrotoxicidad inducida por medicamentos. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander, v. 24, p. 81-101, 2010.

JOANNIDIS, M; METNITZ, P. G. Epidemiology and natural history of acute renal failure in the ICU. Crit Care Clin., v. 21, n. 2, p. 239-49, 2005.

MENDES, C.; BURDMANN, E. Polimixinas – revisão com ênfase na sua nefrotoxicidade. Rev Assoc Med Bras., vol. 55, n. 6, p. 752-759, 2009.

NASCIMENTO, C. D.; MARQUES, I. R. Intervenções de enfermagem nas complicações mais frequentes durante a sessão de hemodiálise: revisão da literatura. Rev Bras Enferm., v. 58, n. 6, p. 719-22, nov-dez, 2005.

OLIVEIRA, J. F. P. CIPULLO, J. P. BURDMANN, E. A. Nefrotoxicidade dos aminoglicosídeos. Rev Bras Cir Cardiovasc., São José do Rio Preto, v. 21, n. 4, out-dez, 2006.

OLIVEIRA, S. M.; RIBEIRO, R. C. H. M.; RIBEIRO, D. F.; LIMA, L. C. E. Q.; PINTO, M. H.; POLETTI, N. A. A. Elaboração de um instrumento da assistência de enfermagem na unidade de hemodiálise. Acta Paul Enferm., São Paulo, v. 21, n. spe, 2008.

PINTO, P. S. P.; CARMINATTI, M.; LACET, T.; RODRIGUES, D. F.; NOGUEIRA, L. A.; BASTOS, M. G. et al. Insuficiência renal aguda nefrotóxica: prevalência, evolução clínica e desfecho. J. Bras. Nefrol., São Paulo, v. 31, n. 3, jul-set, 2009.

RIBEIRO, R. de. C. H. M.; OLIVEIRA, G. A. S. A. RIBEIRO, D. F. BERTOLIN, D. C.; CESARINO, C. B.; LIMA, L. C. E. Q. de. et al. Caracterização e etiologia da insuficiência renal crônica em unidade de nefrologia do interior do Estado de São Paulo. Acta Paul Enferm., São Paulo, v. 21, n. spe, 2008.

RICARDO NETO; OLIVEIRA, G.; PESTANA, MANUEL. Nefrotoxicidade dos antivíricos. Acta Med Port., v. 20, p. 56-63, 2007.

SAMPAIO, R. N. R.; PAULA, C. D. R.; SAMPAIO, J. H. D.; FURTADO, R. S.; LEAL, P. P.; ROSA, T. T.; RODRIGUES, M. E.; VEIGA, J. P. Avaliação da tolerância e nefrotoxicidade do antimonial pentavalente administrado na dose de 40mg sbv/kg/dia, de 12/12h, por 30 dias na forma cutâneo-mucosa de leishmaniose. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 30, n. 6, p. 457-463, 1997.

VENKATARAMAN, R. Prevention of acute renal failure. Crit Care Clin., v. 21, n. 2, p. 281-9, 2005.

WANNMACHER, L. FERREIRA, M. B. C.; NUNES, G. Fármacos e rim. In _____. Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, cap. 64. p. 616-23, 1998.

Agradecimentos

A todos os enfermeiros que desenvolvem atividades assistenciais com pacientes renais; aos pacientes portadores de doenças renais; e a prof^a. orientadora, Dra. Elizabeth Melo, pela contribuição com nosso crescimento na área de pesquisa.

APERFEIÇOAMENTO DO SABER POPULAR: A DIFUSÃO DA COMPROVAÇÃO CIENTÍFICA

Arthur Bento de Meneses – Universidade Federal de Campina Grande; e-mail (arthur-mais@hotmail.com)
Fagner Arruda de Lima – Universidade Federal de Campina Grande.
Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande
Monalisa Peixoto Soares – Universidade Federal de Campina Grande
Emerson Araújo Do Bú – Universidade Federal de Campina Grande
Cristina Ruan Ferreira de Araújo (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Fitoterapia; Aloe vera; Promoção da Saúde.

Resumo

Apesar de as plantas medicinais já fazerem parte da cultura popular, nas últimas décadas o interesse pela fitoterapia teve um aumento considerável entre usuários, pesquisadores e serviços de saúde. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a difusão mundial dos conhecimentos necessários ao uso racional das plantas medicinais. O objetivo deste estudo é explanar os principais resultados de atividade promotora da saúde a partir da difusão do uso terapêutico racional da planta Aloe Vera (Babosa), bem como auxiliar na continuidade do repasse da sabedoria popular aperfeiçoado pela comprovação científica. A extensão abordou como público alvo a população do bairro Malvinas, em Campina Grande-PB, dispostos a apreender o conhecimento transmitido pelos estudantes do PET-FITOTERAPIA, da Universidade Federal de Campina Grande. O projeto se deu através da entrega de material informativo aos usuários e profissionais presentes das Unidades Básicas de Saúde do bairro e população adjacente. Foram aplicados 119 questionários de avaliação da extensão. O primeiro quesito abordava a avaliação geral da extensão, tendo como resultado: cinco (4,2%) julgaram a atividade como REGULAR; uma (0,8%) como RUIM; e 113 (95%) dos entrevistados avaliaram-na como BOM. O segundo quesito procurava conhecer quantos entrevistados já utilizaram a babosa para fins terapêuticos ou não. Setenta e um usuários (59,6%) afirmaram utilizar a planta. Os usos mais relatados foram: cabelo (35,2%), ferimentos (26,8%), gastrite (12,6%), inflamações (9,9%), hemorroidas (7%), outros (8,5%). Unindo a tradicionalidade às inovações científicas, é possível criar ambiente favorável para o uso racional de todos os benefícios que acompanham a fitoterapia.

Introdução

Apesar de as plantas medicinais já fazerem parte da cultura popular, nas últimas décadas o interesse pela fitoterapia teve um aumento considerável entre usuários, pesquisadores e serviços de saúde (ROSA; CÂMARA e BÉRIA, 2011).

O uso de plantas medicinais pela população brasileira é uma prática tradicional, sendo quase sempre o único recurso utilizado na atenção básica de saúde. Por ser uma terapia de baixo custo e pelo fácil acesso a comunidade recorre geralmente à terapêutica à base de plantas medicinais, todavia eleva os riscos de efeitos adversos evidenciados na automedicação. A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda a difusão mundial dos conhecimentos necessários ao uso racional das plantas medicinais (BOCHNER *et al.*, 2012). No Brasil, um conjunto de resoluções e portarias fomenta os instrumentos necessários à implantação da Política Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos, destacando-se a Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS (Brasil, 2010).

Nosso país é destaque por possuir um terço da flora mundial, e esta intensa presença vegetal faz com que as pesquisas e o próprio desenvolvimento de medicamentos fitoterápicos possam ocorrer como destaque no cenário científico mundial (SANTOS *et al.*, 2011).

Dentro desta enorme gama de plantas medicinais encontram-se as várias espécies de Aloe, popularmente conhecida como babosa, a qual é o foco deste projeto. Pertence à família das Liliáceas e do gênero Aloe, englobando mais de 300 espécies, inclusive baseando estudos de indústrias alimentícia, farmacêutica, cosmética e fitoterápica (ZILMER, 2010). O nome popular dado à planta (babosa) decorre do gel mucilaginoso com consistência de “baba” que tem em sua composição muitos componentes potencialmente ativos como aminoácidos, açúcares, enzimas, vitaminas e minerais, os quais proporcionam propriedades importantes como penetração em tecidos, efeito anti-inflamatório, função imuno-reguladora e propriedades antimicrobianas (SEMENOFF *et al.*, 2008).

Por ser um conhecimento tradicional e antigo, a fitoterapia precisou ser renovada, e tem despertado o interesse de pesquisadores e indústrias farmacêuticas, pela fácil disponibilidade e aplicabilidade barata em tratamentos outrora inacessíveis. Com o aumento no número de estudos nesta área, é percebida a comprovação da eficácia de muitas plantas, legitimando a sabedoria popular em alguns aspectos. Baseado nessa evolução da fitoterapia este estudo objetiva prolongar a difusão do conhecimento acerca das plantas medicinais, porém, agora, com maior aperfeiçoamento das informações para uma futura transmissão do saber popular de forma lapidada, com a formação dos agentes multiplicadores.

A Política Nacional de Promoção da Saúde recomenda que as intervenções em saúde aumentem seu escopo, tendo como objeto os problemas e necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes (FIGUEIRA *et al.*, 2009).

É de nosso conhecimento a força que há na sabedoria popular, principalmente no repasse entre familiares, vizinhos, amigos, mídia e de forma escrita. Seguindo essa linha, existem erros na forma de lidar com as plantas medicinais, principalmente relacionados à dosagem e aplicação terapêutica. A educação em saúde acerca da Babosa visa aprimorar a transmissão do conhecimento de domínio público.

Face ao exposto, o objetivo deste estudo é explanar os principais resultados de atividade promotora da saúde a partir da difusão do uso terapêutico racional da planta Aloe Vera (Babosa), bem como auxiliar na continuidade do repasse da sabedoria popular aperfeiçoado pela comprovação científica.

Para tanto, usou-se o apoio da extensão universitária, que deve caminhar indissociavelmente com ensino e pesquisa. Partindo de uma problemática encontrada numa dada população, as atividades extensionistas buscaram a resolução dos problemas observados.

Metodologia

Após pesquisa por meio de grupo focal: *Utilização da Babosa (Aloe Vera) por mulheres de uma comunidade do município de Campina Grande-PB*, realizada com mulheres do bairro Malvinas, percebeu-se a detenção do conhecimento quanto à finalidade terapêutica da planta Babosa. Todavia, notou-se um despreparo acerca da posologia e líquido associado ao preparo (vinho, água, mel), assim como o desconhecimento dos possíveis efeitos adversos. Durante a pesquisa, algumas mulheres afirmaram conhecer o poder terapêutico da babosa, mas duvidavam de sua eficácia, certo ceticismo foi percebido, já por recorrer unicamente aos medicamentos alopáticos.

Atentando para tais situações de risco, a extensão abordou como público alvo a população do bairro Malvinas, em Campina Grande-PB, dispostos a apreender o conhecimento transmitido pelos estudantes do PET-FITOTERAPIA, da Universidade Federal de Campina

Grande. O projeto se deu através da entrega de material informativo aos usuários e profissionais presentes das Unidades Básicas de Saúde do bairro e população adjacente. Os panfletos foram produzidos pelos próprios petianos, embasados pelas especificações do Ministério da Saúde e trabalhos científicos que comprovam a eficácia da planta. Além disso, abordaram a temática voltada à importância da babosa, citando a sua possível disponibilidade na atenção básica e favorecendo a permanência da cultura popular na ordem das plantas medicinais, com um aperfeiçoamento a partir da cientificidade.

Como forma de avaliação foram produzidos questionários, aplicados durante a divulgação dos panfletos. Permitiu que a população-alvo avaliasse rapidamente a forma de apresentação da planta na extensão, bem como o interesse de uso e aspectos relacionados à difusão do conhecimento.

Ademais, todos os dados ocorridos em campo foram transcritos para o diário de campo, que, segundo Minayo *et al.* (2007, p. 63) é um instrumento de apoio no qual o pesquisador pode recorrer em qualquer momento da rotina do trabalho realizado, pois, nele foram colocadas as percepções, inquietações, questionamentos e informações obtidas em campo. Em seguida, foram construídos relatórios e discussões entre os pares de extensionistas sobre a prática realizada.

Resultados e Discussão

Foram aplicados 119 questionários de avaliação da extensão. O primeiro quesito abordava a avaliação geral da extensão, tendo como resultado: cinco (4,2%) julgaram a atividade como REGULAR; uma (0,8%) como RUIM; e 113 (95%) dos entrevistados avaliaram-na como BOM.

O segundo quesito procurava conhecer quantos entrevistados já utilizaram a babosa para fins terapêuticos ou não. Setenta e um usuários (59,6%) afirmaram utilizar a planta. Dos quarenta e oito (40,4%) que não a utilizavam, trinta (62,5%) afirmaram que a atividade extensionista despertou o interesse em fazer uso racional da planta.

Os usos mais relatados foram: cabelo (35,2%), ferimentos (26,8%), gastrite (12,6%), inflamações (9,9%), hemorroidas (7%), outros (8,5%). Apenas duas pessoas (1,6%) afirmaram saber da inserção do creme de babosa nas unidades de saúde, apesar da inexistência no bairro em questão. Em estudo realizado na cidade de Cascavel-PR, a grande maioria dos entrevistados afirmou usar a babosa para a hidratação capilar (42%), sendo tal uso superior ao encontrado no tratamento de doenças específicas (PAULA e CRUZ-SILVA, 2010). A babosa assume ações terapêuticas de destaque, tais como: cicatrizante, anti-inflamatória e protetora da pele. Tem-se confirmado que os cristais contidos na “baba” evidenciam vitaminas (A, B1, B2, B6, C, E) e ácido fólico. Esses nutrientes unidos aos minerais, aminoácidos essenciais e polissacarídeos estimulam o crescimento dos tecidos e a regeneração celular (DOMINGUEZ *et al.*, 2011).

Todavia, relacionada à gastrite, a babosa pode gerar danos ao organismo. Para o tratamento da gastrite a partir da planta, o paciente ingeria partes dela, sendo totalmente contraindicado o uso oral de qualquer componente da babosa. Não há ainda no Brasil subsídios literários e científicos que sustentem seu uso oral para gastrite.

Os usuários também responderam quanto ao repasse do uso de plantas medicinais: 84% das pessoas indicam ou repassam o uso para vizinhos e familiares. De maneira geral, o público se mostrou sempre interativo e sabedor da cultura que envolve o uso de plantas medicinais. Por ser uma via de mão dupla, a extensão permitiu a “fuga” dos petianos do âmbito laboratorial e acadêmico em direção à comunidade, fonte inesgotável de conhecimento.

No decorrer da atividade, os participantes interagiam a partir de descrições das experiências acerca do uso da babosa e de outras plantas medicinais. Destaca-se o relato de três mulheres que afirmaram fazer uso da planta: para fins estéticos; como um potente antibiótico e uso tópico (inchaços e ferimentos), respectivamente. Uma das mulheres ficou surpresa pelo fato de as plantas ocasionarem danos, inclusive fazendo a seguinte pergunta: “*A quantidade pode causar mal?*”. A crença na “naturalidade inócua” dos fitoterápicos e plantas medicinais ainda é percebida no sistema informal e não é facilmente contradita, pois as evidências científicas de ocorrência de intoxicações e efeitos colaterais relacionados com o uso de plantas medicinais consistem em informações que dificilmente chegam ao alcance dos usuários atendidos nos serviços de saúde pública (SILVEIRA; BANDEIRA e ARRAIS, 2008).

Finalmente, foram disseminadas informações a respeito da não associação do uso de plantas medicinais com medicação alopática e seus possíveis riscos, após percepção da importância desse tema específico em certas discussões.

Conclusão

A disseminação do conhecimento a partir de comprovações científicas é essencial diante dos riscos encontrados numa comunidade popular. O saber popular envolvendo as plantas medicinais é essencial e deve ser valorizado, já que envolve diversas gerações de repasse, mas não se podem permitir erros, principalmente relacionados ao uso indiscriminado e abusivo. Unindo a tradicionalidade às inovações científicas, é possível criar ambiente favorável para o uso racional de todos os benefícios que acompanham a fitoterapia.

Referência

BOCHNER, R.; FISZON, J. T.; ASSIS, M. A; AVELAR, K.E.S. Problemas associados ao uso de plantas medicinais comercializadas no Mercado de Madureira, município do Rio de Janeiro, Brasil. Rev. bras. plantas med. [online]. vol.14, n.3, pp. 537-547, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. RENISUS – Relação Nacional de Plantas Medicinais de Interesse ao SUS, 2010.

DOMINGUEZ IR, GUTIÉRREZ OS, LÓPEZ OR, NARANJO MF. Beneficios del Aloe Vera I. (sábila) en las afecciones de la piel. Rev. cuba. enferm. 2006; 1-5.

FIGUEIRA, T. R.; FERREIRA, E. F.; SCHALL, V. T.; MODENA, C. M. Percepções e ações de mulheres em relação à prevenção e promoção da saúde na atenção básica. Rev. Saúde Pública. v.43, n.6, pp. 937-943. 2009.

MINAYO, M. C. S. *et al.* Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 26. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

PAULA, K. B. S; CRUZ-SILVA, C. T. A; Formas de uso medicinal da babosa e camomila pela população urbana de Cascavel, Estado do Paraná. Maringá, v.32, n.2, p.169-176, 2010.

ROSA, C; CÂMARA, S.G; BÉRIA, J.U; Representações e intenção de uso da fitoterapia na atenção básica à saúde. Ciência & Saúde Coletiva. p. 311-318, 2011.

SANTOS, R.L.; GUIMARAES, G.P.; NOBRE, M.S.C; PORTELA, A.S. Análise sobre a fitoterapia como prática integrativa no Sistema Único de Saúde. Rev. bras. plantas med. [online]. vol.13, n.4, pp. 486-491, 2011.

SEMENOFF, T. A. D. V; FERREIRA, W. R. S; SEGUNDO, S. A; BIASOLI, E. R. Efetividade in vitro de Aloe Vera in natura, gel de clorexidina a 0,12% e gel de clorexidina a 2% sobre Enterococcus faecalis. Rev. odonto ciênc. p. 283-286, 2008.

SILVEIRA, P. F. da; BANDEIRA, M. A. M. e ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. Rev. bras. farmacogn. v.18, n.4, pp. 618-626. 2008.

ZILMER, J. G. V. et al. Utilização da Babosa no cotidiano de usuários portadores de câncer. Revista Baiana de Saúde Pública. v.34, n.4, p. 773-782, out./dez. 2010.

Agradecimentos

Agradecimento à **CAPES** pelo apoio financeiro ao Programa de Educação Tutorial.

APESAR DA NEVE NO TELHADO O CALOR DA LAREIRA REXISTE: PERFIL DAS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE SEXUALIDADE EM IDOSOS

Suzana Pereira Cardozo da Silva- Universidade Federal de Campina Grande- suzanapereira02@gmail.com

Julianne Naziazeno de Lima - Universidade Federal de Campina Grande

Nahadja Tahaynara Barros Leal - Universidade Federal de Campina Grande

Jamira Martins dos Santos- Universidade Federal de Campina Grande

Rejane Maria Paiva de Menezes – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Jank Landy Simôa Almeida – Orientador - Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Sexualidade. Envelhecimento

Resumo

O envelhecimento populacional é atualmente um fenômeno proeminente observado mundialmente. A Organização Mundial da Saúde define como idosas as pessoas com mais de 60 anos, em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos pessoas com mais de 65 anos. O estudo objetivou conhecer e analisar as produções científicas e suas tendências de pesquisa sobre a sexualidade em idosos. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica controlada e integrada, realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e Medical Literature Analy sis and Retrieval System Online, utilizando-se para isto os descritores “sexualidade” e “envelhecimento”, interligados pelo operador booleano “and”. Elegeram-se como critérios de inclusão: textos completos em português, disponíveis de forma online; publicação no período 2000-2014. Foram excluídos artigos de revisão e aqueles que não detinham relação direta com o objeto e o objetivo da pesquisa, o que determinou uma amostra de 13 documentos triados. A análise dos dados foi feita por inferência descritivo-analítica com respaldo literário pertinente. Denota-se que houve tendência de pesquisa quanto ao método qualitativo (38,46%). Com relação ao cenário de estudo 38,46 % das pesquisas foram ambientadas em Instituições Hospitalares, e 15,38% do total em Unidades Básicas de Saúde da Família. Com sua maioria constituída por doutores em enfermagem, os pesquisadores priorizaram como objeto de pesquisa a prática sexual na velhice. Enfatiza-se assim a importância de adoção de políticas de saúde pública voltadas para o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais, que valorizem questões sobre a sexualidade no envelhecimento.

Introdução

O envelhecimento populacional é atualmente um fenômeno observado mundialmente. A Organização Mundial da Saúde define como idosas as pessoas com mais de 60 anos em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos pessoas com mais de 65 anos (MASCHIO et al, 2011).

Atualmente do Brasil, cerca de 20 milhões de pessoas possuem idade superior a 60 anos, em 2025 seremos o sexto lugar com relação ao contingente de idosos do mundo. De acordo com algumas estimativas, esta faixa etária alcançará uma representatividade considerável, cerca de 4,5 milhões pessoas em 2020. Acredita-se que esse aumento proporcional dos idosos é reflexo do aumento da expectativa de vida, devido ao avanço no campo da saúde e à queda nas taxas de fecundidade e mortalidade (LAROQUE et al, 2011).

Segundo Coelho et al (2010) um envelhecimento satisfatório traduz-se na capacidade do(a) idoso(a) em se adequar às limitações físicas, sociais e emocionais que são impostas, e em adquirir a satisfação na vida, mesmo com o avançar da idade. Coelho ainda cita que as mudanças físicas e estéticas fazem com que as pessoas achem os idosos menos sensuais.

Para (Barros et al 2012) durante a terceira idade é comum o advento de múltiplos desafios como as alterações fisiológicas, que tornam o organismo mais susceptível às doenças e às alterações psicológicas, que podem demandar o medo, a depressão e até mesmo o isolamento social. Esse quadro na maioria das vezes dificulta a aceitação do envelhecimento.

A sexualidade quando relacionada ao envelhecimento remete a mitos e estereótipos levando idosos à condição de pessoas assexuadas, e consequentemente representando um tabu (COELHO et al 2010).

Destarte, a atividade sexual sofre influência de fatores biopsicossociais, econômicos, culturais, religiosos e espirituais. A saúde sexual é entendida como um estado de bem-estar que inclui uma experiência prazerosa sem medo, vergonha, violência ou coação (BASTOS et al., 2012).

Nesse contexto, o indivíduo deve ser assistido de forma integral em todos os aspectos bio-psico-sociais, sendo a sexualidade na terceira idade um tema bastante relevante para ser trabalhado devido à existência de uma educação sexual inadequada privando o idoso de uma vida sexual saudável (MASCHIO et al, 2011). Desta forma, fazem-se necessárias mudanças nas políticas públicas para a adequação a esta realidade, com o intuito de propiciar uma atenção integral à saúde dos idosos, incluindo ações voltadas para o tema sexualidade (LAROQUE, 2011).

Considerando as informações ora expostas, a presente pesquisa objetivou conhecer e analisar as produções científicas e suas tendências de pesquisa sobre a sexualidade em idosos

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica controlada e integrada, realizada nas bases de dados Literatura Latino-Americana e Medical Literature Analy sis and Retrieval System Online, utilizando-se para isto os descritores “sexualidade” e “envelhecimento”, interligados pelo operador booleano “and”.

Elegeram-se como critérios de inclusão: textos completos em português, disponíveis de forma online; publicação no período 2000-2014. Foram excluídos artigos de revisão e aqueles que não detinham relação direta com o objeto e o objetivo da pesquisa, o que determinou uma amostra de 13 documentos triados.

Para responder a pergunta da pesquisa (Qual o perfil das produções científicas publicadas sobre sexualidade em idosos, e suas tendências de pesquisa?) elegeram-se variáveis de análise contidas em um formulário construído de forma específica para a revisão integrada dos artigos, abordando-se: identificação do autor, abordagem do estudo, ano de publicação, cenário de pesquisa, região de publicação e temáticas abordadas.

Na base LILACS foram encontrados 68 artigos, dos quais 10 compuseram amostra. Na base MEDLINE foram triados 145 artigos, dos quais 03 foram integrados a análise. Para discussão de dados adotou-se a análise descritiva por inferência científica dos 13 artigos.

Resultados e Discussão

De acordo os dados expressos na tabela 01, a falta de informação sobre a abordagem do estudo expressa em seu título ou resumo atingiu a representatividade de 38,46% dentre o total de artigos pesquisados. Seguiu-se como abordagem mais adotada e informada nos estudos analisados, a qualitativa (46,15%). Segundo Souto et al. (2007), esta abordagem resulta do desenvolvimento conquistado pela enfermagem como profissão.

Tabela1- Perfil metodológico dos artigos selecionados como amostra da pesquisa.

Características	n	%
Abordagem		
Qualitativa	6	46,15
Quantitativa	2	15,38
Quanti /Quali	0	0
Não Informado	5	38,46
Total	13	100
Cenário		
Instituições Hospitalares	5	38,46
UBSF	2	15,38
Comunidades	1	7,69
Programa de qualidade de vida	1	7,69
Arquidiocese	1	7,69
Instituto de pesquisa	1	7,69
Não Informado	2	15,38
Total	13	100
Região		
Norte	0	0
Nordeste	0	0
Centro Oeste	0	0
Sul	4	30,76
Sudeste	5	38,46
Internacional	4	30,76
Total	13	100
Autor		
Doutor	9	37,5
Docente	7	29,16
Especialista	3	12,50
Discente	1	4,16
Não informado	4	16,66
Total	24	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2014.

Quanto aos cenários de realização das pesquisas, evidenciou-se percentual importante de estudos realizados em Instituições Hospitalares, representados por hospitais-escola e clínicas (38,46%), percebe-se assim tendência de pesquisa nestes cenários possivelmente devido ao modelo hegemônico centrado na doença e na cura ainda vigente no Brasil (SOUTO et al. 2007). Como ambiente de realização das pesquisas, as Unidades Básicas de saúde da família representaram 15,38% do total da amostra.

A análise do corpo metodológico das pesquisa denunciou que o método qualitativo foi o mais utilizado pelos pesquisadores. A região sudeste do país foi a mais produtiva em termos de publicações indexadas (38,46%) nas bases LILACS E MEDLINE. Os doutores em enfermagem constituíram o maior número de pesquisadores (37,5%), e a temática mais abordada nos estudos foi a Prática sexual na velhice.

Salienta-se que em 1994 foi aprovada a Política Nacional de Saúde do Idoso, a qual tem por objetivo garantir os direitos deste, baseando-se no princípio basilar de que o mesmo deve ser atendido de forma diferenciada (BRASIL, 2010).

Acentua-se que discentes tiveram pouca participação na elaboração de artigos voltados à temática, fato que pode estar relacionado à falta de capacitação dos mesmos, por parte dos docentes com relação ao ato de pesquisa; falta de incentivo de publicação de pesquisas relacionadas; ou mesmo insuficiente sensibilização deste público, no tocante à relevância de se considerar a prática sexual na velhice como um campo largo e produtivo de ações destinadas a promoção da saúde.

Tabela 02- Perfil das temáticas pesquisadas nos artigos integrantes do estudo.

Temáticas	n	%
Pratica sexual	4	30,76
Prevenção de DSTs	4	30,76
Alterações fisiológicas	3	23,07
Percepções sobre sexualidade	2	15,38
Total	13	100

As temáticas “práticas sexual e prevenção de DSTs ocuparam o primeiro lugar em número de preferências de pesquisa (30,76%). Ressalta-se que o sexo para o idoso, além da satisfação física, reafirma a identidade de cada parceiro, estimulando sensações de aconchego, afeto, amor e carinho.

Destarte, a prática sexual assume diferentes nuances de entendimento, comportamento e satisfação ao longo do ciclo vital. Seria impróprio o pensamento de que um idoso pode perpetuar todos os aspectos relativos a prática do sexo por um jovem adulto; todavia torna-se mister considerar que sexo e sexualidade na velhice albergam inúmeras possibilidades de conversação terapêutica, prevenção de agravos a saúde e promoção de práticas salutaras de vida.

Conclusão

Percebe-se que o envelhecimento populacional é um processo natural e, com a transição demográfica vivenciada na sociedade atual, cada vez mais pessoas estão chegando à terceira idade, constituindo-se privilégio destes e desafio para a sociedade.

Assim, é importante enfatizar-se que a adoção de políticas de saúde pública que concentrem sua atenção na população de idosos, a realização de programas de promoção da saúde, além de atividades educativas voltadas para o atendimento de pessoas com 60 anos ou mais, devem abordar questões sobre a sexualidade no envelhecimento.

As tendências de produção científica denotadas nesta pesquisa indicam uma maior valorização do idoso como potencial fonte de estudos, além de ser integrante de um grupo populacional emergente no tocante ao quantitativo demográfico e reflexo do impacto social deste fenômeno.

Destarte, este estudo integrativo colabora com a produção do conhecimento científico ratificando a consistência externa de temas relacionados à terceira idade, objetivando a resolução de problemáticas relacionadas.

Referências

BASTOS, Carina Corrêa et al . Importância atribuída ao sexo por idosos do município de Porto Alegre e associação com a autopercepção de saúde e o sentimento de felicidade. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012 .

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12).

COELHO, Daniella Nunes Paschoal et al. Percepção de mulheres idosas sobre sexualidade: implicações de gênero e no cuidado de enfermagem. Rev. Rene. Fortaleza. 2010.v. 11, n. 4.

GRADIM, Clícia Valim Côrtes, SOUSA, Ana Maria Magalhães, LOBO, Juliana Magalhães. A prática sexual e o envelhecimento. Cogitare Enferm. 2007. v.12, n.2.

LAROQUE, Mariana Fonseca et al . Sexualidade do idoso: comportamento para a prevenção de DST/AIDS. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 32, n. 4, dez. 2011 .

MASCHIO, Manoela Busato Mottin et al . Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev. Gaúcha Enferm. (Online), Porto Alegre , v. 32, n. 3, set. 2011 .

SOUZA, Paula Fernanda Ribeiro de and KALINKE, Luciana Puchalski. Sexualidade na terceira idade: medidas de prevenção para doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Rev. Gaúcha Enferm. (Online). 2011, vol.32, n.3.

APLICABILIDADE DAS TECNOLOGIAS DO CUIDADO AO PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA: FERRAMENTAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza. Email: virna.ribeiro@hotmail.com.

Luís Rafael Leite Sampaio – Universidade de Fortaleza.

Rita Mônica Borges Studart – Universidade de Fortaleza.

Islene Victor Barbosa – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Assistência pré-hospitalar. Traumatismo múltiplo. Enfermagem em emergência. Cuidados de enfermagem. Promoção da saúde.

Resumo

Objetivou-se averiguar nas produções científicas de enfermagem as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente vítima de trauma, com ênfase nas tecnologias do cuidado. Revisão integrativa, com busca de artigos nas bases de dados LILACS, SciELO e BDNF, no período de maio a julho de 2014. Foram selecionados 19 artigos, divididos de acordo com as tecnologias do cuidado utilizadas. Quanto às tecnologias leves: apoio e educação em saúde do paciente e familiares/cuidadores e a capacitação da equipe de enfermagem; tecnologias leve-duras: gerência do cuidado, acolhimento do paciente com classificação de risco, avaliação e tratamento da dor, processo de enfermagem e elaboração de protocolos; tecnologias duras: sistemas de informação. Verificou-se que os profissionais de enfermagem utilizam os três tipos de tecnologias do cuidado, com ênfase às leve-duras. Percebeu-se a melhoria assistencial proporcionada pelas tecnologias do cuidado, por estas abrangerem todos os aspectos do cuidar.

Introdução

O trauma é uma lesão de extensão, intensidade e gravidade variável, que pode ser produzida por agentes físicos, químicos, psíquicos e outros, de forma acidental ou intencional, instantânea ou prolongada, em que o poder do agente agressor supera a resistência encontrada (FRANÇA; MARTINO, 2013).

O perfil epidemiológico brasileiro mostra que as causas externas estão, nas quatro últimas décadas, entre as líderes na lista de mortalidade, morbidade, incapacidades e sequelas, além de considerável custo socioeconômico (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012). Atualmente, o Brasil é o quinto colocado em número de ocorrências de acidentes de trânsito, estando atrás apenas da Índia, China, EUA e Rússia (CAVALCANTI; ILHA; BERTONCELLO, 2013).

As lesões relacionadas ao trauma podem ocasionar incapacidades físicas e/ou mentais, temporárias ou permanentes e também levar ao óbito (CYRILLO *et al.*, 2009). O indivíduo vítima de trauma passa por um processo doloroso, que inclui confusão, medo pelo desconhecido e temor frente a morte, a mutilação, imobilização e outras alterações na sua identidade e integridade corporal, advindas como efeitos do trauma. Este pode, ainda, afetar sua capacidade de autocuidado (QUINTERO, GÓMEZ, 2010).

A necessidade de individualizar a assistência é realidade vivenciada por todos os profissionais que participam desses atendimentos, devido às diferentes formas de apresentação, gravidade e complexidade dos mesmos (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012). O enfermeiro tem papel fundamental na assistência à vítima de trauma, pois, como coordenador da equipe de enfermagem, deve programar e priorizar a assistência a ser prestada, considerando as diferenças que se apresentam nessas vítimas e estabelecer medidas preventivas e reparadoras, em um cenário em que o tempo entre a vida e a morte é tênue (SALLUM; SOUSA, 2012).

Nesse interim, destaca-se a utilização de tecnologias do cuidado para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida do paciente vítima de trauma. As tecnologias do cuidado são divididas em dura, leve-dura e leve. Tecnologia dura ou trabalho morto refere-se ao instrumental complexo em seu conjunto, englobando todos os equipamentos para tratamentos, exames e a organização das informações; a leve-dura refere-se aos saberes profissionais, bem estruturados com a clínica, a epidemiologia e os demais profissionais que compõem a equipe. As tecnologias leves são aquelas utilizadas nas relações humanas, como a de produção de vínculo, autonomização, acolhimento, ou seja, no encontro entre o profissional e o usuário/paciente (SILVA; SILVA, 2009).

Diante do exposto, objetivou-se averiguar nas produções científicas de enfermagem as ações desenvolvidas pela equipe de enfermagem no cuidado ao paciente vítima de trauma, com ênfase nas tecnologias do cuidado.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que teve como questão norteadora: *Quais as tecnologias do cuidado utilizadas pelo enfermeiro na assistência ao paciente vítima de trauma, de modo a promover a melhoria de sua qualidade de vida?*

O levantamento dos artigos ocorreu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO) e Base de Dados da Enfermagem (BDNF), com base nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs): “Traumatismo múltiplo” e “Enfermagem em emergência”. Em cada base de dados escolhida, os descritores foram analisados de forma associada.

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, SciELO e BDNF; 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 publicações duplicadas. A busca ocorreu no período de maio a junho de 2014.

Para seleção da amostra, efetuaram-se três etapas. A primeira deu-se pela leitura dos títulos dos artigos, sendo excluídos os que não tivessem relação com o tema. Posteriormente, foram lidos os resumos, com o intuito de uma maior aproximação e conhecimento do trabalho. Após essa seleção, buscaram-se os textos que se encontravam disponíveis na íntegra. A análise dos resultados deu-se de forma descritiva.

Resultados e Discussão

Foram selecionados 19 artigos que versaram sobre a temática desta pesquisa. A análise da temática possibilitou categorizar, interpretar e agrupar os dados semelhantes. Desta forma, o agrupamento permitiu a síntese do conhecimento contemplado na literatura, dividida de acordo com as tecnologias de cuidado utilizadas pelos enfermeiros e sua equipe.

As tecnologias leves utilizadas foram a de apoio e educação em saúde do paciente e familiares, bem como a capacitação da equipe de

enfermagem. O cuidado implica em um compromisso por parte da equipe de enfermagem para com os pacientes. Esse cuidado envolve a gestão de tecnologia, a capacidade de prevenir complicações, à adoção de comportamentos e atitudes de apoio destinadas a dignificar os outros na sua condição humana e proporcionar crescimento global.

Considerando as alterações e sequelas oriundas do trauma, verifica-se a necessidade de preparo do enfermeiro para o gerenciamento do cuidado ao paciente vítima de trauma, abrange desde a supervisão e capacitação da equipe de enfermagem, ao conforto físico e emocional, a escuta terapêutica e o cuidado humanizado (QUINTERO; GÓMEZ, 2010).

Ressalta-se, entretanto, que o exercício do cuidado não se deve restringir apenas ao paciente e, sim, estender-se aos familiares e cuidadores. Dados de um estudo de intervenção que buscou avaliar a efetividade de um programa de intervenção educativa dirigido a cuidados de pacientes politraumatizados, evidenciou que, esse tipo de medida educativa tanto melhorou o nível de conhecimento dos cuidados, como os pacientes apresentaram menor incidência de complicações secundárias à imobilidade prolongada (FLORES; FLORES; RANGEL, 2010).

Outra pesquisa evidenciou a importância da capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel. A capacitação foi considerada necessária para que o profissional se sentisse seguro e apto para prestar o socorro, habilitando o mesmo para prestar uma assistência com coerência, rapidez e segurança a diversidade de situações de trauma (DIVINO; PEREIRA; SIQUEIRA, 2009).

As tecnologias leve-duras envolvem todo o conhecimento e metodologias assistenciais na execução do cuidado. Na assistência ao paciente politraumatizado, as pesquisas que utilizaram estas tecnologias abrangeram: gerência do cuidado, avaliação e acolhimento do paciente com classificação de risco (ACR), avaliação e tratamento da dor, processo de enfermagem (levantamento dos diagnósticos e implantação das intervenções de enfermagem) e elaboração de protocolos.

Os cuidados de enfermagem ao paciente vítima de trauma tem início com gerenciamento do serviço e da assistência, visto que estas são prerrogativas que qualificam o enfermeiro como coordenador do setor de urgência e emergência. Dentre as competências do enfermeiro no Atendimento Pré-Hospitalar, estão: supervisionar e avaliar as ações da equipe de enfermagem; executar prescrições médicas por telemedicina; prestar cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica a pacientes graves e com risco de morte; e capacidade de tomar decisões imediatas (BUENO; BERNADES, 2010).

Percebe-se, portanto, que o gerenciamento do enfermeiro no APH é uma atividade essencial, especialmente pelo grau de complexidade das ações, bem como pelas características peculiares desse serviço. O enfermeiro destaca-se no processo de administração e gerenciamento de técnicas e recursos materiais. Este último justifica-se pelo fato da assistência não poder sofrer interrupções, seja pela falta ou pela má qualidade de determinado material, especialmente de emergência ou urgência.

Estudos apontam para desafios dos enfermeiros na gerência do cuidado em emergência, como superlotação, manutenção da qualidade do cuidado e utilização da liderança como instrumento gerencial (SANTOS *et al.*, 2013). Verifica-se, portanto, a necessidade de uma alteração no fluxo de atendimento, tornando essencial um sistema de avaliação e ACR.

Pesquisas têm explorado a eficiência da ACR, bem como as dificuldades para a sua realização. Autores corroboram que a ACR permite um atendimento mais rápido e humano aos usuários com agravos agudos de saúde. Quanto às fragilidades, apontam a deficiência do espaço físico, materiais e de recursos humanos, e sinalizam a inexistência de referência e contrarreferência, com consequente acúmulo de usuários no serviço, interferindo na qualidade do atendimento assim como na satisfação dos profissionais do serviço de emergência (JÚNIOR; MATSUDA, 2012).

Autores afirmam que a avaliação pela equipe de enfermagem inicia-se com a realização do exame primário, adoração da regra do ABCDE, e secundário, com avaliação minuciosa da vítima de politraumatismo (MATTOS; SILVÉRIO, 2012).

A avaliação minuciosa permite a investigação da intensidade da dor, que causa prejuízos significativos ao paciente, como aumento da pressão arterial e frequência cardíaca, aumento do sangramento, aumento da sudorese, palidez, diminuição da oferta de oxigênio aos músculos, hipoventilação, hipóxia e respiração superficial. Autores corroboram que a dor deve ser avaliada no momento do atendimento e reavaliada em intervalos curtos. Desse modo, os profissionais identificarão a magnitude da variação da queixa algica, possibilitando a realização de ajustes terapêuticos (RIBEIRO *et al.*, 2011).

Para o alívio da dor, destacam-se as medidas farmacológicas, não-farmacológicas e combinadas. No que diz respeito às medidas farmacológicas, é a equipe de enfermagem que programa a terapia farmacológica prescrita. Dessa forma, medicar o paciente implica em conhecer, além das vias de administração dos fármacos, sua indicação, ação farmacológica, reações, posologia e interações medicamentosas (ROMANEK; AVELAR, 2012).

No tocante às medidas não-farmacológicas, estudos evidenciam que fazem parte das atividades do enfermeiro para alívio da dor no paciente com trauma: distração; educação; técnicas de relaxamento e aplicação do calor ou frio, para prevenir a recepção da dor, diminuir sua percepção ou modificar a reação do paciente à dor; medidas de conforto e higiene; massagens; apoio e tranquilização; posicionamento adequado; e controle de fatores ambientais (RIBEIRO *et al.*, 2011; ROMANEK; AVELAR, 2012).

Outra tecnologia leve-dura de grande importância no cuidado ao paciente vítima de trauma é a utilização do processo de enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem são um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família ou da comunidade a problemas de saúde/processos vitais reais ou potenciais. Eles proporcionam a sustentação para a seleção de intervenções de enfermagem, a fim de atingir resultados pelos quais a enfermagem é responsável (SALLUM; SANTOS; LIMA, 2012).

Verificou-se através da literatura que a principal abordagem para a identificação dos diagnósticos de enfermagem compreendeu na realização do exame físico minucioso e pontual direcionado para o comprometimento do sistema envolvido e suas complicações. A identificação dos diagnósticos de enfermagem das vítimas de trauma possibilita aos enfermeiros detectar e controlar os riscos precocemente e planejar individualmente o cuidado prestado, por meio de intervenções específicas, fundamentada em evidências científicas. Desta forma, as ações são mais eficazes e imediatas (CYRILLO *et al.*, 2009).

Destaca-se, ainda como tecnologia leve-dura, a elaboração de protocolos. Estudo recente objetivou a apresentação de um protocolo de cuidados de enfermagem na pré-remoção aeroespacial de pacientes adultos vítimas de trauma, no intuito de proporcionar uma prática de cuidado mais segura aos pacientes aerorremovidos (SCHWEITZER *et al.*, 2011). Verifica-se, portanto, que a utilização de protocolos de cuidados se torna um importante instrumento na tomada de decisão do enfermeiro, por priorizar e organizar as ações de enfermagem.

As tecnologias duras abrangem os materiais, equipamentos, máquinas e demais instrumentais utilizados durante a realização do cuidado. A busca dos artigos evidenciou apenas dois estudos que envolviam o uso de tecnologias duras na assistência ao paciente politraumatizado.

Para otimização da assistência e por o trauma ser uma situação clínica emergencial, o auxílio à tecnologia revela-se de grande valia para os profissionais. O uso de sistemas de informações tem se destacado na área da saúde, pois auxilia na tomada de decisões de diagnósticos e de terapêutica nos cuidados ao paciente.

Estudo recente objetivou o desenvolvimento de um sistema de auxílio à tomada de decisão sobre os diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel, considerando a Taxonomia NANDA, e propor intervenção baseando-se na NIC. Verificou-se que o gerenciamento e armazenamento das informações, bem como o tempo de retorno das informações

ocorreram em tempo viável, demonstrando otimização do tempo despendido para elaboração dos diagnósticos (CARITÁ; NINI; MELO, 2010).

Outro estudo buscou identificar diagnósticos e intervenções de enfermagem baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), uma tecnologia de informação. Verificou-se que este sistema tecnológico permitiu a identificação de diagnósticos e intervenções de enfermagem mais direcionados e sistematizando, além de favorecer a documentação da enfermagem (LINS *et al.*, 2013).

Desta forma, pode-se inferir que a implementação de sistemas permite um cuidado diferenciado por proporcionar redução de tempo na identificação dos diagnósticos de enfermagem, tendo em vista a dinamização e facilitação do uso das taxonomias NANDA e NIC.

Conclusão

O trauma é percebido por muitos estudiosos como um evento devastador da sociedade moderna, posto que se constitui em uma epidemia silenciosa e letal. Caracteriza-se, portanto, como um problema de saúde pública, causando forte impacto na morbidade e mortalidade da população.

Inúmeros estudos relatam incorporações de tecnologias do cuidado na prática assistencial de enfermagem ao paciente politraumatizado e esta revisão permitiu comprovar tais fatos. Observou-se, nos artigos selecionados, a preocupação dos enfermeiros em prestar uma assistência mais direcionada, eficaz e imediata ao paciente vítima de trauma, através do levantamento de diagnósticos específicos, porém não houve relatos de formulários próprios elaborados pelos enfermeiros especificamente para esse fim.

Nesse interim, verificou-se que os profissionais da enfermagem utilizam os três tipos de tecnologia do cuidado, com ênfase às tecnologias leve-duras. Não há dúvidas quanto à melhoria assistencial proporcionada pelas tecnologias do cuidado, visto que esta abrange todos os aspectos do cuidar.

Referências

- CARITÁ, E.C.; NINI, R.A.; MELO, A.S. Sistema de auxílio aos diagnósticos de enfermagem para vítimas de trauma no atendimento avançado pré-hospitalar móvel utilizando as Taxonomias NANDA e NIC. *J Health Inform.*, v.2, n.4, p.87-94, 2010.
- CYRILLO, R.M.Z.; DALRI, M.B.; CANINI, S.R.M.S.; CARVALHO, E.C.; LOURENCINI, R.R. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma atendidas em um serviço pré-hospitalar avançado móvel. *Rev Eletr Enferm.*, v.11, n.4, p.811-9, 2009.
- DIVINO, E.A.; PEREIRA, Q.L.C.; SIQUEIRA, H.C.H. A capacitação da equipe que atua no atendimento pré-hospitalar móvel: necessidade e importância da educação permanente na perspectiva dos trabalhadores. *Rev Min Enferm.*, v.13, n.3, p.365-71, 2009.
- FLORES, Y.Y.R.; FLORES, M.M.H.; RANGEL, M.G. Enseñar a quien cuida el arte de cuidar: un programa educativo con cuidadores de pacientes politraumatizados. *Invest. Educ. Enferm.*, v.28, n.1, p.73-82, 2010.
- JÚNIOR, J.A.B.; MATSUDA, L.M. Acolhimento com classificação de risco em serviço hospitalar de emergência: avaliação da equipe de enfermagem. *Rev Min Enferm.*, v.16, n.3, p.419-28, 2012.
- LINS, T.H.; LIMA, A.X.B.C.; VERÍSSIMO, R.C.S.S.; OLIVEIRA, J.M. Diagnósticos e intervenções de enfermagem em vítimas de trauma durante atendimento pré-hospitalar utilizando a CIPE®. *Rev Eletr Enferm.*, v.15, n.1, p.34-43, 2013. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n1/pdf/v15n1a04.pdf. Acesso em: 04 julho 2014.
- MATTOS, L.S.; SILVÉRIO, M.R. Avaliação do indivíduo vítima de politraumatismo pela equipe de enfermagem em um serviço de emergência de Santa Caratina. *Rev Bras Promoç Saúde*, v.25, n.2, p.182-91, 2012.
- OLIVEIRA, G.N.; VANCINI-CAMPANHARO, C.R.; OKUNO, M.F.P.; BATISTA, R.E.A. Acolhimento com avaliação e classificação de risco: concordância entre os enfermeiros e o protocolo institucional. *Rev Latino-Am Enferm.*, v.21, n.2, 07 telas, 2013.
- QUINTERO, M.T.; GÓMEZ, M. El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*, v.10, n.1, p. 8-18, 2010.
- RIBEIRO, N.C.A.; BARRETO, S.C.C.; HORA, E.C.; SOUSA, R.M.C. O enfermeiro no cuidado à vítima de trauma com dor: o quinto sinal vital. *Rev Esc Enferm USP.*, v.11, n.46, n.1, 148-52, 2011.
- ROMANEK, F.A.R.M.; AVELAR, M.C.Q. A multidimensionalidade da dor no ensino de enfermagem em atendimento pré-hospitalar, às vítimas de trauma. *Rev Dor*, v.18, n.4, p.350-5, 2012.
- SALLUM, A.M.C.; SOUSA, R.M.C. Diagnósticos de enfermagem em vítimas de trauma nas primeiras seis horas após o evento. *Acta Paul Enferm.*, v.25, n.2, p.256-62, 2012.
- SALLUM, A.M.C.; SANTOS, J.L.F.; LIMA, F.D. Diagnósticos de enfermagem em vítimas fatais decorrentes de trauma no cenário da emergência. *Rev Latino-Am Enferm.*, v.20, n.1, p.8 telas, 2012.
- SANTOS, J.L.G.; LIMA, M.A.D.S.; PESTANA, A.L.; GARLET, E.R.; ERDMANN, A.L. Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. *Acta Paul Enferm.*, v.26, n.2, p.136-43, 2013.
- SCHWEITZER, G.; NASCIMENTO, E.R.P.; MOREIRA, A.R.; BERTONCELLO, K.C.G. Protocolo de cuidados de enfermagem no ambiente aeroespacial a pacientes traumatizados: cuidados antes do voo. *Rev Bras Enferm.*, v.64, n.6, p.1056-66, 2011.
- SILVA, F.C.; SILVA, R.C.L. O enfermeiro e as práticas assistências para o cliente politraumatizado no setor de emergência. *Rev Enferm UFPE online*, v.3, n.4, p.839-47, 2009.

Agradecimentos

Àos professores que orientaram a elaboração deste estudo. Àos 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.

A ANTICONCEPÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará. rafegobr@yahoo.com.br

Jacqueline Mota da Silva – Universidade Federal do Ceará

[Escolástica Rejane Ferreira Moura](#) – Universidade Federal do Ceará

Zuila Maria de Figueredo Carvalho (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde sexual e reprodutiva. Análise de conceito

Resumo

Objetivou-se analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos. A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Introdução

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, a anticoncepção é assunto pertinente e constante nas ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Assim, segundo o Ministério da Saúde, a anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Para Costa, Rosado, Florêncio e Xavier (2013) a anticoncepção é um assunto fortemente ético, uma vez que aproxima aspectos políticos, socioeconômicos e de caráter individual. Configura-se como tema importante para a autodeterminação individual e de um povo, uma vez que a tomada de decisão acerca da anticoncepção está relacionada à cultura, educação e condição socioeconômica. O uso adequado de métodos anticoncepcionais (MACs) necessita de acompanhamento eficaz e constitui comportamento adequado de promoção da saúde.

A competência profissional no panorama da anticoncepção deve incluir conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados. Isso inclui a habilidade para dar orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando na tomada de decisão quanto aos MACs e acolhendo com respeito o/a cliente. Ademais, o profissional deve estar preparado para lidar com mitos, preconceitos e percepções errôneas da clientela a respeito do tema, proporcionando-lhe instrumentos e oportunidades para a aquisição de conhecimentos favoráveis a prática segura da anticoncepção (MOURA, SILVA; 2005).

Para tanto, refletir sobre o conceito de anticoncepção no cenário da saúde sexual e reprodutiva é relevante, pois permitirá um entendimento abrangente desse conceito, fornecendo ferramentas esclarecedoras para uma prática clínica efetiva.

Diante desses fatos, a análise de conceito consiste em um exercício intelectual que visa ao esclarecimento de um conceito de interesse. Devido às modificações contínuas e complexas do conhecimento ao longo do tempo, emerge a necessidade da análise de conceito para a prática cotidiana a fim de esclarecer, clarificar e realizar intercâmbio de saberes e do conhecimento científico (MANGUEIRA, LOPES; 2014)

A análise de conceito é basicamente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo e seus usos, associada a explicação de outras palavras ou termos relacionados (WALKER e AVANT, 2005).

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: Quais os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva?

Para responder a esta indagação decidiu-se pela realização do presente estudo com o objetivo de analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Metodologia

Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para esses autores, o objetivo da análise de conceito consiste em investigar a estrutura e o uso do conceito. Trata-se de um processo no qual os elementos básicos são examinados, distinguindo as semelhanças e as diferenças entre outros determinados conceitos. Desse modo, os autores mencionam o conceito como contendo características definidoras que permitem decidir que fenômenos estão compatíveis com o conceito (WALKER, AVANT; 2005).

Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos (WALKER, AVANT; 2005).

A seleção do conceito deve ser cuidadosa, deve refletir um tópico de interesse para o pesquisador e ser importante no programa de pesquisa para o desenvolvimento teórico futuro na sua área (WALKER, AVANT; 2005). O conceito escolhido para análise foi o de anticoncepção, cuja relevância abrange a prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids. Destaca-se que a anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids é objeto de investigação de uma das autoras como Dissertação de Mestrado, aspecto que também influenciou a escolha do tema.

Determinar o objetivo da análise é responder à pergunta: “Por que estou fazendo essa análise?”. O propósito pode ser esclarecer um significado de conceito existente para desenvolver uma definição ou para adicionar ao conceito já existente (WALKER, AVANT; 2005). O objetivo da análise é identificar os conceitos utilizados para definir anticoncepção no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva.

A identificação dos usos ou aplicações do conceito consiste na consulta de fontes da literatura a fim de ajudar o investigador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores. Sendo assim, foram realizadas buscas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os descritores “contraception” e anticoncepção, definidos nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

Os atributos definidores são características dos conceitos que aparecem com maior frequência, sendo a determinação destes efetuada por meio da observação do comportamento da referida frequência (WALKER, AVANT; 2005). Considerar o contexto em que o conceito será usado é uma decisão importante, pois o uso adequado de um conceito garante o embasamento teórico para práticas seguras.

O caso modelo pode ser definido concomitantemente com a busca dos atributos ou ser definido após os atributos definidores serem provisoriamente selecionados (WALKER, AVANT; 2005). Portanto, este será construído na medida em que a busca for revelando as aplicações dos conceitos.

Os casos adicionais apresentam como propósito decidir o que se considera e o que não se considera como atributos definidores para o conceito em estudo. Esses casos podem ser exemplos da vida real, originar-se da literatura ou serem constituídos pelo pesquisador (WALKER, AVANT; 2005).

A identificação de antecedentes e consequentes, como o próprio nome define, são, respectivamente, os acontecimentos que ocorrem anteriormente à ocorrência do conceito e as consequências como resultado do conceito (WALKER, AVANT; 2005).

As referências empíricas são classes ou categorias de um fenômeno real que, por sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito. Em muitos casos, os atributos definidores e as referências empíricas serão idênticos (WALKER, AVANT; 2005).

Resultados e Discussão

Escolha do conceito e objetivo da análise

O conceito escolhido foi o de anticoncepção e objetivou-se com a análise do mesmo fornecer ferramentas que proporcionem um entendimento amplo e profundo desse conceito, observando-o sob as variedades de aplicações encontradas.

Usos do conceito

Com o levantamento bibliográfico, percebeu-se que o conceito de anticoncepção está inserido em diversos contextos, e o seu uso envolve o propósito a ser abordado em cada situação, sendo elas: a prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/aids (COSTA, GOLDENBERG; 2013); a anticoncepção irregular devido ao envolvimento afetivo-amoroso presente, principalmente em adolescentes (BASTOS *et al.*, 2008); a anticoncepção cirúrgica e os fatores associados (VIEIRA, SOUZA; 2009); a anticoncepção pelo método da lactação com amenorreia (RITO, *et al.*, 2014).

Atributos definidores

Após a identificação dos usos do conceito, os atributos definidores podem ser destacados como: prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (COSTA, GOLDENBERG; 2013), através do uso de métodos de barreiras nas relações sexuais; Lactação com Amenorréia (RITO, *et al.*, 2014), a qual tem 99% de eficácia, contraceptivo oral, que tem como principal característica a facilidade de uso, porém tem sido relacionado a esquecimento frequente das tomadas o que aumenta a taxa de falha contraceptiva (BAHAMONDES; PINHO; MELO; OLIVEIRA; BAHAMONDES, 2011); Anticoncepção de emergência, que na literatura, tem o propósito de ser um recurso emergencial (MORÁN, 2013), utilizado para preencher falhas ou lacunas de outros MACs (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008); Preservativos masculino e feminino (SAMPAIO *et al.*, 2011) atributos que são largamente associados a prevenção de gravidez e de DSTs; e esterilização definitiva, que no corpo feminino corresponde à laqueadura tubária, e no masculino, à vasectomia (VIEIRA, SOUZA; 2009).

Observou-se, portanto, que os atributos definidores apresentam estreita relação com os MACs utilizados.

Caso modelo

O caso modelo pode ser utilizado como a utilização de um MAC:

Mulher, 30 anos, pratica a anticoncepção, realizando a dupla proteção por meio do uso de contraceptivo oral combinado e de preservativo masculino.

Observa-se que este caso modelo contém atributos críticos do conceito anticoncepção: métodos anticoncepcionais (contraceptivo oral e preservativo masculino) e prevenção da gravidez e das DSTs.

Casos adicionais

No caso contrário, tem-se:

Mulher, 30 anos, mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Caso ilegítimo:

Mulher utiliza a anticoncepção de emergência após todas as relações sexuais, pois acredita que dessa forma não engravidará e ficará isenta do risco de contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis.

No primeiro caso verifica-se que não houve o uso de MAC, uma vez que a relação sexual foi desprotegida, podendo o caso vir a culminar em concepção ou em transmissão de uma DST. No segundo caso, observa-se ilegitimidade, pois a anticoncepção de emergência é um método a ser usado apenas emergencialmente, estando seu uso indicado mediante falha da anticoncepção, como esquecimento de ingerir a pílula ou colocar o preservativo, bem como nas situações de violência sexual como o estupro. Além disso, seu uso não protege contra as DSTs como julga a mulher citada no caso (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008).

Identificação de antecedentes e consequentes

Os artigos analisados levaram a identificação de antecedentes do conceito de anticoncepção. Como visto anteriormente, atributos podem também ser classificados como antecedentes da anticoncepção, que são vários: uso de preservativos feminino ou masculino e de outros métodos de barreira (DIU, diafragma e agente espermaticida); uso de contraceptivos hormonais (anticoncepcional oral, anticoncepcional de emergência; contraceptivo injetável); uso de métodos naturais (tabelinha, método da ovulação); e esterilização (CUNHA; GALVÃO, 2011)(ALVEZ; LOPES, 2007).

Em relação aos métodos de barreira ressalta-se a importância dos preservativos feminino e masculino, como os únicos capazes de prevenir a gravidez e as DSTs simultaneamente (dupla proteção). Outra característica é que o uso destes métodos promove maior conhecimento do corpo por parte da mulher e do parceiro, podendo contribuir para a melhoria da afetividade na relação sexual do casal (ALVEZ; LOPES, 2007). No entanto, estes métodos devem ser usados de forma correta. Estudo revela que o uso incorreto ou falhas no preservativo podem contribuir para sua baixa eficácia, destacando-se: as más condições de armazenamento; validade expirada; fabricação de baixa qualidade; erros durante o uso, como desenrolar o preservativo antes de colocá-lo, ausência de espaço na extremidade do preservativo para o acúmulo do esperma, reutilização do mesmo preservativo, dentre outros) (CUNHA e GALVÃO, 2011).

Os contraceptivos hormonais tem sido o método reversível mais utilizado pelas mulheres brasileiras, particularmente o anticoncepcional oral combinado (AOC) (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011). Porém, como visto anteriormente, tem suas falhas. Para que a utilização desse método seja eficaz, é importante que as usuárias sejam informadas acerca do uso correto e das lacunas presentes no método. Pesquisa realizada com 294 usuárias de AOC em município de residência das autoras revelou lacunas no conhecimento sobre o método, sendo essas influenciadas por variáveis socioeconômicas e pelo tempo de uso (AMÉRICO *et al.* 2013).

A atividade sexual é vivida, muitas vezes, por meio de práticas sexuais desprotegidas, particularmente na adolescência. A escassez de conhecimento e de comunicação com pais, professores e profissionais de saúde, seja por medo ou tabu, responde por parte das

gravidezes não planejadas e das DSTs contraídas. Desta forma, a educação sexual também é um dos antecedentes importantes na anticoncepção, tendo o enfermeiro importante papel nessa área do cuidado.

Como consequentes da anticoncepção, tem-se o impacto na vida individual, como o planejamento da prole, tendo homens e/ou mulheres o número de filhos que desejam e no tempo que lhes foi mais apropriado, e o impacto no âmbito da coletividade, a destacar a queda na taxa de fecundidade no país.: A diminuição da taxa de fecundidade, por exemplo, como se verifica no Brasil nos últimos 30 anos, é consequente do melhor acesso da população aos MACs uma vez que estes passaram a ter uma provisão mais regular e abrangente pelos serviços públicos de saúde (TELES, SILVA, EDUARDO, MOURA, DAMASCENO, 2010).

A gravidez na adolescência, por sua vez, pode ser prevenida por práticas seguras de anticoncepção conferindo a adolescente maiores possibilidades para continuar seus estudos e elaborar planos de desenvolvimento e crescimento profissional, uma vez que estes podem ser minimizados pela gravidez precoce, principalmente quando ocorre em meio a condições financeiras desfavoráveis (baixa renda familiar) (MENDES; MOREIRA; MARTINS; SOUZA; MATOS, 2011).

Determinação de referenciais empíricos

Como citado anteriormente, os referenciais empíricos são características cuja presença revela a ocorrência do próprio conceito. No caso do conceito aqui estudado, os referenciais empíricos são os mesmos atributos definidores, pois a ocorrência destes pressupõe a própria anticoncepção.

Conclusão

A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Acerca das consequências da anticoncepção, vemos que sua definição permite vislumbrar a importância do conceito, não só no contexto individual como no coletivo. O enfermeiro deve estar ciente de tais consequentes para realizar ações de educação em saúde acerca dos métodos de anticoncepção junto a população, não apenas citando-os, mas descrevendo seus benefícios, suas características, modo de uso e consequências de uma anticoncepção adequada, ou seja, prevenção de gravidez e a postergação da gestação na adolescência, bem como a prevenção de DSTs pela prática do sexo seguro.

Referências

ALVES, S.A.; LOPES, M.H.B.M. Locus de Controle e escolha do método anticoncepcional. Revista Brasileira de Enfermagem, v.60, n.3, p.273-278, 2007.

AMÉRICO C.F.; NOGUEIRA P.S.F.; VIEIRA R.P.R.; BEZERRA C.G.; MOURA E.R.F.; LOPES M.V.O. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. Rev. Latino-Am. Enferm.,v.21, n.4, 07 telas, 2013.

BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N.R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M.V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. RevBrasGinecol Obstet., v.33, n.4, p.303-309, 2011.

BASTOS, M.R.; BORGES, A.L.V.; HOGA, L.A.K.; FERNANDES, M.P.; CONTIN, M.V. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: O uso da anticoncepção de emergência. Texto Contexto Enferm, v.17, n.3, p.447-456, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, versão preliminar, 2009.

BRITO, M.B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C.S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 2011.

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORÊNCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. Revista Baiana de Saúde Pública v.37, n.1, p.74-86, 2013.

COSTA, L.A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. Saúde soc., v.22, n.1, p. 249-261, 2013.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G.; Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS. **Rev Rene**, v.12, n.4, p.699-708, 2011.

MANGUEIRA, S.O.; LOPES, M.V.O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. Rev. Bras.enferm., v. 67, n.1, p. 148-154, 2014.

MENDES, S.S.; MOREIRA, R.M.F.; MARTINS, C.B.G.; SOUZA, S.P.S.; MATOS, K.F. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. Rev paul pediatri; v.29, n.3, p.385-391, 2011.

MORÁN, J.M.F. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. Revista Brasileira de Estudos de Popul., v.30 n.1, p.125-144, 2013.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. Rev. Saúde Púb.,v.39, n.5, p. 795-801.

RITO, R.V.V.F.; CASTRO, I.R.R.; TRAJANO, A.J.B.; GOMES, M.A.S.M.; BERNAL, R.T.I. . Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative: degree of implementation in a Brazilian metropolis. Rev. Nutri., v.26, n.4, p.385-395, 2014.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R.C.; CALLOU, J.L.L; SOUZA, B.B.C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. Saúde soc., v.20, n.1, p: 171-181, 2011.

TELES, L.M.R.; SILVA, S.S.; EDUARDO, K.G.T.; MOURA, E.R.F.; DAMASCENO, A.K.C. Atenção em anticoncepção oferecida por

equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante – CE. Rev. Eletr. Enf., v. 12, n.4, p. 711-718, 2010.

VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Públ., v.43, n.3, p. 398-404, 2009.

VIEIRA, C.S.; BRITO, M.B.; YAZLLE, M.E.H.D. Contracepção no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet., v.30, n.9, p. 470-479, 2008.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. Strategies for theory construction in nursing. 4. Ed. United States of America: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, às professoras e às colegas que colaboraram de forma brilhante na realização deste trabalho.

APLICAÇÃO DE BLOG EDUCATIVO PARA ESTUDANTES DO ENSINO FUNDAMENTAL ACERCA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jacqueline Mota da Silva (apresentador) - Universidade Federal do Ceará. jacque18ms@gmail.com.

Aline Tomaz de Carvalho - Universidade Federal do Ceará.

Karine Moreira de Melo - Universidade Federal do Ceará.

Lorita Marlena Freitag Pagliuca (Orientador) - Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Enfermagem. Jogos educativos. Promoção da saúde. Pessoa com Deficiência.

Resumo

Percebe-se que o número de PcD é considerável e, diante desta realidade, mantém-se a necessidade da inclusão social dessa parcela da população. Além do que envolve demanda aos serviços de saúde e, no caso da Enfermagem, cuidado qualificado a ser prestado a essa clientela. Objetiva-se neste trabalho relatar a aplicação de blog educativo sobre a PcD para estudantes do ensino fundamental. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da aplicação de blog educativo, para a sensibilização de estudantes sobre a PcD. Inicialmente, os estudantes foram convidados a participarem do um pré-teste antes da aplicação do blog educativo. Depois de terem respondido o pré-teste foram convidados a utilizarem o blog educativo. Neste momento houve a instrumentalização dos estudantes para uso do blog, pois percebeu-se que os alunos necessitavam de tempo para explorar o ambiente virtual e se apropriar de suas funcionalidades. Os mesmos navegaram pelo ambiente virtual em duplas. Na página inicial do blog, os estudantes tinham acesso ao conteúdo construído sobre a PcD, o qual estava disposto no ambiente virtual através de tópicos contendo cartas curiosidades e cartas norteadoras. À medida que navegavam pelo blog deparavam-se com as curiosidades e com recursos que possibilitavam a interação entre eles, disponibilizados imagens e símbolos relacionados a PcD. Fica evidenciado que a elaboração do blog educativo voltado para os adolescentes é uma estratégia viável, de fácil execução e com possibilidade de interação que contribui para a discussão de temas do seu interesse, especialmente sobre a PcD.

Introdução

O intenso processo de modernização científica e tecnológica têm demandado novos enfoques de construção do conhecimento na sociedade atual (COUTINHO; LISBOA, 2011). Devido a este paradigma, percebe-se que a tecnologia tem se destacado como ferramenta para a apreensão e a aplicação de um conjunto de conhecimentos e implicações que permitem aos indivíduos pensar, refletir e agir, tornando-os sujeitos ativos do seu próprio processo de existência. Por sua vez, a criação de tecnologias advindas do ato do cuidar fundamenta-se no conhecimento técnico e científico, na observação do cotidiano e na preocupação com o bem-estar, tanto do cuidador, como do sujeito do cuidado (AQUINO et al., 2010).

Nesse panorama, a tecnologia do cuidado em saúde, vem sendo largamente discutida e inserida nas relações entre os seres e destes com o ambiente. A enfermagem, assim como as outras áreas da saúde, usufrui dessas tecnologias como forma de assistir sua clientela e promover autonomia e independência, seja em instituições fechadas como as escolas, na educação em saúde ou em qualquer lugar. A finalidade da tecnologia é construir conhecimentos a serem socializados e atender às necessidades de um grupo social, com vistas a resolver os problemas específicos daquela comunidade, já observados em outros períodos (OLIVEIRA; PAGLIUCA, 2013).

De maneira geral, o blog é uma espécie de diário virtual que concede às pessoas o acesso à publicação on-line, sendo considerado um dos meios que mais deixam aflorar a autoexpressão. Trata-se da exploração idiossincrática da escrita, sem a convenção que os textos formais impõem pela questão dos gêneros em sua aceitabilidade. É preciso considerar que o êxito dos blogs como ferramenta didática se dará pela postura e pelas escolhas do educador ao buscar despertar o interesse dos estudantes (AMARAL, 2010). Na esfera educativa, essas ferramentas são denominadas blogs educativos.

Como temática possível de ser abordada no blog educativo tem-se a Pessoa com Deficiência (PcD). A deficiência é designada segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) como resultante da interação entre uma pessoa com incapacidades físicas com o meio ambiente, resultando em limitações (CASTRO et al., 2013). O número de pessoas com algum tipo de deficiência é significativo em todo o mundo.

De acordo com os dados estatísticos oficiais do Censo Demográfico de 2010, 45,6 milhões de pessoas possuem algum tipo de deficiência (23,9% da população brasileira), desde alguma dificuldade para andar, ouvir e enxergar, até as graves lesões incapacitantes. Destes, 78,44% de pessoas apresentam deficiência visual, 29,09% deficiência motora, 21,3% deficiência auditiva, 5,73% deficiência mental (IBGE, 2010).

Neste estudo, apresenta-se a aplicação de blog educativo como uma estratégia de tecnologia possível de ser utilizada por qualquer profissional, especialmente da saúde, em sua prática. A sua finalidade é servir como fonte de informação quanto a peculiaridades relacionadas a PcD.

Metodologia

Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, acerca da aplicação de blog educativo, para a sensibilização de escolares sobre a PcD, realizado em setembro de 2013, com amostra de conveniência de 22 estudantes do 9º ano do ensino fundamental, em uma escola particular do município de Fortaleza, no Ceará.

O estudo foi submetido à avaliação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, onde recebeu parecer de aprovação para realização, com protocolo número 251/11. Seguiram-se as diretrizes e normas relacionadas à realização de pesquisa com seres humanos, conforme preconizado pela Resolução MS/CNS (Conselho Nacional de Saúde) 466/2012 das Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do CNS.

Resultados e Discussão

Inicialmente, os estudantes foram convidados a participarem do pré-teste antes da aplicação da tecnologia educativa. Foram solicitados a responderem o instrumento de maneira individual. Em seguida, foram esclarecidos que suas as respostas seriam mantidas em anonimato. Depois de terem respondido o pré-teste foram convidados a utilizarem o blog educativo.

Neste momento houve a instrumentalização dos estudantes para uso do blog educativo, pois percebeu-se que os alunos necessitavam

de tempo para explorar o ambiente virtual e se apropriar de suas funcionalidades. Os mesmos navegaram pelo ambiente virtual em duplas.

Na página inicial do blog, os estudantes tinham acesso ao conteúdo construído sobre a PcD, o qual estava disposto no ambiente virtual através de tópicos contendo cartas curiosidades e cartas norteadoras. À medida que navegavam pelo blog deparavam-se com as curiosidades e com recursos que possibilitavam a interação entre eles, disponibilizados imagens e símbolos relacionados a PcD.

Os resultados deste estudo sinalizam a importância de haver a participação de profissionais da área da saúde, em especial da enfermagem, em ações de educação em saúde junto às comunidades escolares, qualificando as informações que podem ser discutidas e veiculadas nos meios virtuais.

Diante disso, o desenvolvimento de tecnologia educativa é entendido como importante estratégia de ensino. Os blogs proporcionam possibilidades de acesso e compartilhamento das informações e formas de comunicação e interação. Além disso, o uso dessas ferramentas pode auxiliar o processo de ensino e aprendizagem, além de despertar novas maneiras de aplicação de diferentes conteúdos (SILVA; RUFINO; DARIDO, 2013). No entanto, antes da utilização desses recursos pela população alvo, é necessário estudo e validação quanto a sua eficácia e eficiência (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008). Para isto, tornou-se necessária a avaliação do blog, como instrumento de ensino, com a utilização de especialistas em conteúdo na temática PcD.

Neste contexto, percebe-se que a construção de materiais educativos pode contribuir com um ensino mais participativo, disponibilizando aos alunos, conteúdos que poderão ser utilizados de acordo com suas necessidades e ritmos de aprendizagem. Esse avanço tecnológico também pode ser instrumento de apoio ao enfermeiro, disponibilizando informações e potencializando a aquisição de conhecimentos, na educação permanente deste profissional (FONSECA et al., 2011). Sendo assim, emerge-se a necessidade de criar materiais educacionais que informem e conscientizem estudantes quanto à convivência com a PCD.

Conclusão

Pela análise dos resultados, pode-se concluir que a tecnologia educativa, na modalidade de blog, conseguiu atingir o seu objetivo que era promover o aumento de conhecimento dos estudantes sobre peculiaridades relacionadas a PcD.

Fica evidenciado que a elaboração de blogs educativos voltados para os adolescentes é uma estratégia viável, de fácil execução e com possibilidade de interação que contribui para a discussão de temas do seu interesse, especialmente sobre a PcD.

Referências

AMARAL, J. Aprendizagem dialógica: Blogs didáticos e as novas possibilidades no ensino de línguas na geração Homo Zappiens. Revista de Estudos Linguísticos e Literários, v.3, n. 6, p.82, 2010.

AQUINO, PS. et al. Artigo de Revisão Análise do conceito de tecnologia na enfermagem segundo o método evolucionário*. Acta Paul Enfer; v.23, n.5, p.690-6, 2010.

CASTRO, EM. Educação física adaptada inclusiva: impacto na aptidão física de pessoas com deficiência intelectual. **Revista Ciência em Extensão**, v.9, n.1, 2013.

COUTINHO, C, LISBÔA, E. Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: Desafios para educação no século XXI. Revista de Educação, v.21, n.1, p.5-22, 2011.

FONSECA, LMM et al. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a enfermagem pediátrica e neonatal. Esc. Anna Nery, v.15, n.1, p.190-196, 2011.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Base de informações do Censo Demográfico 2010: Pessoas com Deficiência. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

OLIVEIRA, MS, FERNANDES, AFC, SAWADA, NO. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. Texto Contexto Enferm, v.17, n.1, p.115-123, 2008.

OLIVEIRA, PMP, PAGLIUCA, LMF. Avaliação de tecnologia educativa na modalidade literatura de cordel sobre amamentação. Rev. esc. enferm, v.47, n.1, p.205-212, 2013.

SILVA, LMF, RUFINO LGB, DARID SC. Capoeira e temas transversais: avaliação de um blog didático para as aulas de educação física. Educ.temat. digit, Campinas, v.15, n.1, p. 87-106, 2013.

Agradecimentos

Agradecemos a instituição pela disponibilidade do espaço para a realização do referido estudo, ao Departamento de Enfermagem da Universidade federal do Ceará (UFC) pelo incentivo aos estudantes para o desenvolvimento de pesquisas e ao e CNPq pelo financiamento que tornou possível este estudo.

APOIO PATERNO À AMAMENTAÇÃO DO FILHO NASCIDO PREMATURO DE MUITO BAIXO PESO

Kellyanne Abreu Silva - Instituto de Teologia Aplicada (INTA) kellyanneabreu@gmail.com

Regina Célia Carvalho da Silva- Universidade Federal do Ceará (UFC)

Marina Linhares Bezerra Campos- Universidade Federal do Ceará (UFC)

Diane Sousa Sales- Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Francisco Marto Leal Pinheiro Junior– Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)

Márcia Maria Tavares Machado – Universidade Federal do Ceará UFC)

Palavras-chave: Prematuro. Pai. Aleitamento Materno.

Resumo

O leite materno é reconhecidamente o melhor alimento para o nascido prematuro de muito baixo peso. Porém, a imaturidade fisiológica deste bebê o impede de ser amamentado ao nascer e a mãe enfrenta problemas em manter a produção de leite. Contexto que demanda a participação paterna como apoio ao aleitamento materno. Este estudo objetivou conhecer o apoio paterno à amamentação do filho nascido prematuro de muito baixo peso. Com abordagem qualitativa. Realizado na cidade de Sobral-CE. Participaram nove pais que tiveram os filhos nascidos nos anos de 2011 e 2012, que residiam em territórios da Estratégia de Saúde da Família e coabitavam com a mãe e a criança. A coleta de informações deu-se de agosto a novembro de 2013. Foram feitas nove entrevistas semi-estruturadas. As informações foram transcritas, categorizadas e submetidas à análise do discurso. Os pais que já tiveram filhos enfrentaram com as dificuldades baseados na experiência anterior em relação aos de primeiro filho. Mas todos defendiam a amamentação e preocupavam-se com possibilidade dela não ocorrer. Os pais vivenciaram o problema de sucção dos filhos, mas demonstraram firmemente o desejo de que o filho fosse amamentado e ofertaram estímulo para que a mãe não desistisse diante do processo de ordenha e baixa produção de leite materno. Indicaram alternativas para aumento do leite materno. O apoio paterno é importante a toda lactante e lactente, porém na mãe do prematuro de muito baixo peso ter o pai como suporte aos obstáculos é um grande diferencial para o aleitamento materno seja praticado.

Introdução

O leite materno é universalmente aceito como o melhor alimento para os bebês, tanto de risco como normais (DELGADO; HALPERN, 2005). Um número grande de prematuros (PMT) que se encontram internados em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) não recebe leite da própria mãe (SILVA; GUEDES, 2012). Há evidências de que o aleitamento materno (AM) contribui para o desenvolvimento cognitivo. A maioria dos estudos conclui que as crianças amamentadas exprimem vantagem sob tal aspecto, quando comparadas às não amamentadas, principalmente as com baixo peso ao nascer (BPN). No leite humano, o colostro que contém mais proteínas e menos gorduras do que o leite maduro, diferencia-se nas mães de recém-nascidos PMT com relação ao de mães de bebês nascidos a termo, com maior teor de calorias, lipídios, proteínas e lactose (BRASIL, 2009).

Ao nascer antes de 34 semanas de idade gestacional, o PMT não pode ser alimentado por sucção, pois este consiste em um reflexo inato que depende da maturação fisiológica. Questões ligadas à idade e aos períodos do desenvolvimento fazem com que este seja incapaz de sugar, deglutir e respirar ao mesmo tempo. A tentativa da sucção, no entanto, deve ser tentada precocemente (MOREIRA; ROCHA, 2004).

O estabelecimento do AM nos RN PMT constitui um grande desafio. A dificuldade advém de diversos fatores, sendo que os mais evidentes estão associados às limitações fisiológicas. As dificuldades com a amamentação da criança PMT persistem mesmo após a alta hospitalar. Muitos deste bebês que deixam o hospital em AM são desmamadas antes do desejável. É enfatizada a importância, no incentivo do AM a mães de RN PMT, o benefício do suporte oferecido pela comunidade e pela família (SANTORO JUNIOR; MARTINEZ, 2007).

Pisacane *et al.* (2005) aponta a importância do pai na decisão sobre como alimentar a criança. Na amamentação eles contribuem para o aumento do AM, melhoram a satisfação da mãe com a amamentação e favorecem a adaptação dos pais para a parentalidade. Objetivou-se com este estudo conhecer a o apoio paterno à amamentação do filho nascido prematuro de muito baixo peso.

Metodologia

Este estudo representa um recorte de uma dissertação de mestrado, que foi estratificada de uma pesquisa ampla apoiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) - Edital N.º 14/2011, intitulada “Prematuridade e muito baixo peso ao nascer: avaliação das práticas alimentares e cuidados maternos pós-alta hospitalar, Nordeste do Brasil”. Adotou-se a abordagem qualitativa. A cidade de Sobral foi o local de realização no período de agosto a novembro de 2013. Participaram nove pais de crianças prematuras com muito baixo peso, nascidas nos anos de 2011 e 2012, em que Sobral foi o município de origem e nascimento e, no momento da realização do estudo, residiam em territórios de cobertura pela Estratégia de Saúde da Família. Associado a estas características, utilizou-se como critério de inclusão a coabitação do pai com a mãe e a criança ter idade mínima de nove meses para abordagem da alimentação complementar. Para definição do número de participantes aplicou-se o princípio da saturação teórica. A partir da base de dados municipal do Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC) obteve-se o peso e idade gestacional ao nascer, nome da mãe e endereço, para localização do domicílio. Os Centros de Saúde da Família propiciaram a primeira visita sob companhia do Agente Comunitário de Saúde. As informações foram coletadas a partir de uma entrevista semi-estruturada. No contato inicial, o dia de cada entrevista foi agendado conforme disponibilidade do participante. Foi realizada em cada domicílio. Utilizou-se gravador de voz com permissão prévia. As gravações tiveram audição repetida, transcrição, elaboração de categorias temáticas e posterior submissão à análise do discurso. Respeitou-se os princípios éticos de pesquisas envolvendo seres humanos, registro CAAE n.º: 14489113.9.0000.5054 sob Parecer n.º: 422.083.

Resultados e Discussão

Os pais vivenciaram as dificuldades maternas em estabelecer e manter o aleitamento materno do filho prematuro. Tiveram contato com os obstáculos que se impuseram à amamentação como a produção de leite que atendesse as demandas do RN:

É ainda teve esse negócio dela não ter leite... Não, aí foi mais experiência dela própria mesmo como mulher e os familiar por perto. A experiência do primeiro também...O primeiro ela amamentou até mais de um ano. Três anos. Mais com a nenê foi bem pouco mesmo. Porque teve pouco leite, da mãe dela. Como a gente já tinha tido experiência do primeiro aí foi NAM 1. A gente optou pelo NAM 1 porque era um leite mais forte. (PAI 01).

Há um reconhecimento da amamentação como pertencente à mulher. Pode-se justificar pela relação biológica em que apenas o corpo feminino dispõe da possibilidade de lactar o filho. O enfrentamento da produção insuficiente de leite foi vivido, considerando a experiência prévia do nascimento e lactação do primeiro filho, porém o suporte alimentar com fórmula infantil foi preenchendo o espaço da amamentação.

Amamentar é um processo comportamental aprendido com as gestações anteriores, que requer orientações e estímulos às gestantes, puérperas, lactantes e familiares de seu convívio (CASTRO *et al.*, 2009). A falta de experiência materna e de informação pode, muitas vezes, levar ao desmame precoce, pelo despreparo para enfrentar as possíveis dificuldades que poderão surgir neste momento. Consideram-se essenciais o cuidado e o apoio integral dos profissionais da saúde, para auxiliar, esclarecer e solucionar as dificuldades apresentadas pela mãe e pelo RN PMT (SCHEEREN *et al.*, 2012).

A particularidade do contexto complexo do nascimento prematuro com muito baixo peso ao nascer (MBP), foi marcada pela deficiência em realizar sucção pelo RN, sobreposta por dificuldades com o quantitativo de leite:

Porque o do peito não saía nada. A minha esposa ia tentar tirar e não saía quase nada. Aí era o leite do hospital, raramente era do peito. (PAI 06).

O relato da ausência de leite na mamada é elucidado por Bonfim e Nascimento (2007) ao assinalarem que é comum essas mães desejarem, em princípio, aleitar seus filhos, porém elas vivenciam a iminência do fracasso no aleitamento materno em face das inúmeras variáveis a que estão expostas, que colaboram para diminuir a produção e ejeção do leite.

A boa aceitação da amamentação se deu paulatinamente durante a internação do RN PMT até atingir a forma plena. A ordenha mamária para alimentar o filho do leite materno frente a sua incapacidade de sugar é citada pelo pai que acompanhou o itinerário:

Era pouco, ele não aceitava. E aí depois desses dias que ele passou a aceitar bem ela ia dar de mamar todo dia. Não chupava no peito e também não aceitava. Aí depois começou a aceitar. Lá ela tirava porque ela não vinha pra casa, passava quase o dia lá aí tirava. (PAI 03).

A denúncia da dificuldade de pega pelo RN quando o pai diz que “ele não aceitava”, associada à baixa produção de leite materno, ancora-se em Joventino *et al.* (2011) que destacam dentre as situações que possuem suas particularidades, o caso das mães de RN PMT, para as quais iniciar e prosseguir com a prática de amamentar torna-se um desafio ainda maior. Realçam o fato de que, muitas vezes, estes bebês começam a receber alimentação por meio de instrumentos, como sondas gástricas. Quando se faz a transição para a pega do seio da mãe, alguns demonstram resistência em se adaptar a esta nova maneira de se alimentar.

A informação da importância do leite materno como alimento foi impulsionadora para que os pais apoiassem e estimulassem a amamentação:

Eu fiquei preocupado, porque eu sempre gosto dessas coisas. E eu vi no jornal uma vez, um médico dizendo que era muito bom a mãe dar bastante leite, leite dela pra criança. Sempre que puder amamentar a criança até um certo tempo. Aí eu fiquei com aquela preocupação, porque ela sem leite. Imaginei como que nós ia criar essa criança sem leite. Mas também não me lembrei que a minha mãe me criou sem leite, que eu nunca gostei de leite e não sei como é que eu fui criado... Aí depois eu fiquei pensando, se eu consegui ela vai conseguir, com fé em Deus ela vai conseguir... Foi rapidinho o passar do tempo, a gente nem sentiu e quando pensou que não ela já tava com o leite de novo pra menina. E graças a Deus que até hoje ela mama direto, a bichinha. Mama direto e eu é todo tempo mandando ela dar mama à bichinha. (PAI 09).

A experiência paterna anterior de não ter sido amamentado fez com que o pai refletisse que sua filha poderia sobreviver caso não tivesse o leite materno para se alimentar. A disponibilidade deste, entretanto, foi motivo de louvor e de instigar a manutenção do aleitamento. A participação positiva do pai é também tanto mais eficaz quanto mais ele souber sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno. Sua participação aumenta a prevalência da amamentação pelo fato de dar mais segurança e tranquilidade à mãe, num momento em que ela está fragilizada (LAMOUNIER; LANA, 2006).

A possibilidade de ter um filho que não fosse alimentado com leite materno trouxe preocupação, mas também fez do pai incentivador:

Sempre dizia que ela tinha que insistir, pra ela mamar. Mas ela disse: “Mas eu insisto, mas ela não quer”. Aí eu me preocupei, e agora o que é que a gente vai fazer? O que é que a gente vai dar pra essa menina? Só no leite que o médico passa? (PAI 06).

O envolvimento do pai com a amamentação do filho. A busca por uma solução que corresponda a impossibilidade do AM é apontada por Machado e Bosi (2008) como elemento fundamental, pois, ao desempenhar um papel de participante na amamentação, aumenta o suporte oferecido à companheira e ao bebê, ao mesmo tempo em que se reconhece como um elemento importante, partícipe e cúmplice na sua função de “novo pai”.

O excesso de produção de leite materno também foi vivenciado por alguns pais que acompanharam a ordenha e armazenamento para garantia da alimentação do filho:

Produzia sim, até ela foi derramar porque tava muito cheio, aí depois que a mulher foi explicar que tinha que guardar, armazenar o leite pra poder dar a ele depois. Sempre ela derramava porque não tinha como colocar e depois que ela foi perguntar e a mulher explicou que tinha guardar num recipiente, pra poder colocar lá, pra depois quando ele começar se alimentar, ele se alimentar. (PAI 05).

A importância de assegurar o leite da própria mãe para ofertar ao RN quando em possibilidade de alimentar-se, é feito por meio da ordenha. As mães de PMT devem ser orientadas a iniciar precocemente a ordenha das mamas, de preferência por expressão manual a intervalos regulares. A permanência da mãe junto ao filho no hospital reforça o vínculo e o contato favorece a ejeção láctea, efetivando a ordenha manual (CALIL; VINAGRE; DINIZ, 2010). Em estudo de Melo *et al.* (2013), as participantes relataram que receberam apoio quanto à técnica da ordenha mamária logo após o nascimento do bebê e passaram a fazê-lo diariamente para garantir a alimentação de seu filho.

A dificuldade com a retirada manual do leite materno mediante o nascimento do primeiro filho, a dor durante a ordenha e a lembrança de complicações mamárias marca o Dentre as muitas variáveis que fortalecem a dificuldade de amamentar o RN PMT, surge a falta de experiência prévia com a amamentação como agravante, a dificuldade em ordenhar, dor mamária, uso de medicação para aumento do quantitativo de leite materno e terapia medicamentosa marcam o discurso paterno:

Era só porque ela não sabia tirar, como era o primeiro filho dela aí ela não sabia tirar. Ela chorava quando a menina ia tirar, ia desmamar. Mesmo se não tivesse dando a ele tinha que tirar se não pedrava. Teve até uma amiga nossa que pedrou e foi preciso operar... Depois que afrouxou, que ela começou a tomar essa domperidona, ela tinha bastante leite. Quando ela ia tomar banho ela manda tirar, quanto mais tira mais cria. Mesmo que não fosse pra ele...logo quando ela teve ela começou a tomar antibiótico, aí diz que o antibiótico seca o leite. (PAI 08).

O apontamento dos obstáculos que se interpõem à lactação do prematuro de BPN foi feito em estudos como o de Chaves, Lamounier e César (2007), que, ao investigarem mulheres que lactaram, com os fatores relacionados com a duração do AME, encontraram uma relação negativa entre a duração e o BPN. Os autores deduzem que o resultado decorre da maior dificuldade que esses bebês apresentam para serem amamentados.

A dedicação para que o leite materno fosse ofertado ao filho fez com que os pais sugerissem medidas que aumentassem e

mantivessem os níveis de produção:

Desde que ela saiu do hospital que era pra dar muita rapadura, o suco da rapadura, eu comprei muito. Outra coisa que eu comprei muito caldo de cana, massagem. (PAI 07).

A rapadura é um produto da cana-de-açúcar rico em carboidrato. Ofertar para a mulher que está amamentando é uma prática de alguns serviços de saúde que, põem em disposição nas maternidades. A adoção da prática, fortalecida pela orientação de profissionais de saúde, faz com que os pais interpretem como uma medida que impacta a produção de leite materno e estimule suas companheiras ao consumo:

Ela (esposa) tava tomando muito antibiótico. Eles davam aquele leite mesmo que eles têm lá. Mas sempre eles diziam que o bom mesmo é o leite do peito, até uma médica lá disse, que no caso da minha esposa ela passou domperidona, rapadura... Eu dizia come rapadura, porque lá quando iam tirar leite vem os pote de rapadura. Eu dizia bota esses dente pra mastigar rapadura pra dar leite. (PAI 08).

A dependência da amamentação de fatores relacionados à mãe e ao RN faz com que a prática transcenda a decisão de amamentar e os conhecimentos prévios sobre sua importância. Um fator que interferiu no tempo de amamentação foi o retorno ao trabalho pela esposa:

Acho que foi até uns quatro mês só, porque ela tinha que trabalhar e não tinha como deixar o leite do peito pra ele, aí ele teve que tomar mingau. Ele tomava o nestogeno, o leite, porque a fábrica só dá quatro mês, e ela passou bem dizer um mês lá e passou três mês com ele aqui. (PAI 05).

A licença-maternidade para mulheres com vínculos trabalhistas é concedida desde o dia do parto e se estende até os 120 dias de vida do RN; porém, com a recomendação de amamentar exclusivamente até os seis meses (180 dias), este retorno à atividade laboral põe empecilho à prática. Mesmo que a mulher possa-se utilizar de uma fração da carga horária para oferecer a mama, é algo avesso a se estar em tempo integral com o filho amamentando em demanda livre.

Em um estudo qualitativo realizado com cinco mulheres trabalhadoras da indústria têxtil em Maracanaú-CE, por Moraes *et al.* (2011), todas informaram que tiveram a experiência em amamentar seus bebês enquanto gozavam da licença-maternidade. Asseveraram, no entanto, sentir dificuldades em relação à continuidade da amamentação. Ante as dificuldades, foram levadas a introduzir precocemente fórmulas infantis. Apenas uma obteve êxito em prosseguir com o AME, prolongando a amamentação por quatro anos.

Conclusão

O ato de amamentar pode ser considerado como exclusividade feminina. Porém, evidenciou-se que o processo de amamentação do filho é partilhado pela mulher que é mãe e pelo homem que é pai. A participação paterna em acompanhar as dificuldades da mãe e da criança, manter o estímulo e apoio para que não houvesse desistência da amamentação e o envolvimento nos processos propiciadores do aleitamento materno, como a adoção de práticas orientadas culturalmente reforçam que o apoio paterno é importante a toda lactante e lactente, porém na mãe do prematuro de muito baixo peso ter o pai como suporte aos obstáculos é um grande diferencial para o aleitamento materno seja implementado.

Referências

BONFIM, Daniela Andrade da Silva; NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira do Nascimento. Cuidados de enfermagem, amamentação e prematuridade. Rev Enferm UNISA. v. 8, p:17-22. 2007

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde da criança: nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar . Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

CALIL, Valdenise Martins Laurindo; VINAGRE, Roberto Diniz. Aleitamento materno em situações especiais. In: LOPEZ, Fabio Ancona; CAMPOS JÚNIOR, Dioclécio. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 2 ed. São Paulo: Manole, cap.5, p.-361-376 , 2010.

CASTRO, Keila Formiga *et al.* Intercorrências mamárias relacionadas à lactação: estudo envolvendo puérperas de uma maternidade pública de João Pessoa, PB. O Mundo da Saúde. v.33, n.4, p: 433-439.2009.

CHAVES, Roberto G.; LAMOUNIER, Joel A. CESAR, Cibele C.. Fatores associados com a duração do aleitamento materno. J. Pediatr. v.83, n.3, p. 241-246. 2007.

DELGADO, Susana Elena; HALPERN Ricardo. Amamentação de prematuros com menos de 1.500 gramas: funcionamento motor-oral e apego. Pró-Fono, São Paulo, v. 17, n. 2, maio/ago. 2005.

JOVENTINO, Emanuella Silva *et al.* Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. Rev. Gaúcha Enferm. v.32, n.1, p. 178-184.2011.

LAMOUNIER, José Alves; LANA, Adolfo Paulo Bicalho. Aleitamento materno. In: ALVES FILHO, Navantino *et al.* (Org.) Perinatologia Básica. 3 ed.Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, cap. 31, p.230-245, 2006.

MACHADO, Márcia Maria Tavares; BOSI, Maria Lúcia Magalhães. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da rede de serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Pernambuco, v.8, n.2, p. 187-196, 2008.

MELO, Ana M.C. *et al.* Características e fatores associados à assistência à saúde de crianças menores de um ano com muito baixo peso ao nascer. J Pediatr. v.89,n.1, p.75–82.2013.

MORAIS, Ana Márcia Bustamante de *et al*; MACHADO, Márcia Maria Tavares; AQUINO, Priscila de Souza; ALMEIDA, Maria Irismar de. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. Rev. bras. Enferm. v.64, n.1, p. 66-

71.2011.

MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; ROCHA, Adriana Duarte. Nutrição do recém-nascido prematuro. *In*: MOREIRA, Maria Elisabeth Lopes; LOPES, José Maria de Andrade; CARVALHO, Manoel. O recém-nascido de alto risco: teoria e prática do cuidar. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. P. 217-242.

PISACANE, Alfredo *et al.* A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* v. 116, n. 4. 2005.

SANTORO JÚNIOR Walter; MARTINEZ, Francisco Eulógio. Impacto de uma intervenção pró-aleitamento nas taxas de amamentação de recém-nascidos de muito baixo peso. *Jornal de Pediatria*. Porto Alegre, v. 83, n. 6, p.541-546, 2007.

SCHEEREN, Betina *et al.* Condições iniciais no aleitamento materno de recém-nascidos prematuros. *J. Soc. Bras. Fonoaudiol.* v.24, n.3, 2012.

SILVA, Waléria Ferreira; GUEDES, Zelita Caldeira Ferreira. Tempo de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos prematuros e a termo. *Rev. CEFAC*, São Paulo, 26, 2012.

Agradecimentos

Aos pais que participaram do estudo, ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pelo apoio financeiro e à Universidade Federal do Ceará que propiciou esta oportunidade.

APOIO PATERNO NO CUIDADO DOS FILHOS DURANTE LICENÇA-MATERNIDADE AMPLIADA DE SERVIDORAS PÚBLICAS MUNICIPAIS DE FORTALEZA

Autor 1- Ana Márcia Bustamante de Moraes – Universidade Federal do Ceará/ Email – anamarcia317@gmail.com

Autor 2 – Lorena Barbosa Ximenes

Autor 3 – Raimunda Magalhães da Silva

Autor 4 – Marina Linhares Bezerra Campos

Autor 5 – Kellyanne Abreu Silva

Autor 6 – Márcia Maria Tavares Machado

Palavras-chave: Aleitamento Materno, Licença-Maternidade, Saúde da Criança, Legislação.

Resumo

INTRODUÇÃO: A licença-maternidade diminui diferença de gênero, estimula trabalho feminino e promove desenvolvimento infantil. Políticas públicas atribuem cuidado infantil como responsabilidade materna, estimulando distanciamento do pai. **OBJETIVO:** Identificar a participação dos pais no cuidado dos filhos. **MÉTODO:** Pesquisa qualitativa com 10 mães servidoras públicas, regresso da licença-maternidade em 2012-2013. A coleta ocorreu de junho a dezembro de 2013, no trabalho ou domicílio, utilizando roteiro semiestruturado. **ANÁLISE DE DADOS:** Como referencial metodológico foi utilizada a Análise de Conteúdo de *Bardin* e os referenciais teóricos foram pautados nas relações de trabalho; vínculos maternos e legislação brasileira de proteção à maternidade. Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, Parecer nº 436.578/2013. **RESULTADOS.** Conforme relatos de seis mães, os pais participaram no apoio aos cuidados maternos e infantis após o parto. A presença do marido influencia positivamente no apoio à amamentação e a adaptação da nova dinâmica familiar. O desemprego, férias ou trabalho em um turno facilitou a presença paterna nesse momento. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** As relações familiares se transformaram, mas políticas públicas continuam pontuando a mulher como responsável pela estabilidade familiar e cuidados da criança. Portanto faz-se necessário pensar em reformular as políticas públicas que visem estimular a inserção do pai nos cuidados com os filhos.

Introdução

As mulheres trabalhadoras acumularam diversas funções na sociedade, principalmente depois que ganharam espaço no meio trabalhista, antes predominantemente masculino. Como consequência da inserção no mercado de trabalho, a mulher precisou se organizar para dar conta dos afazeres domésticos e do trabalho fora do lar. Tal situação ensejou uma sobrecarga de trabalho que, além de promover transformações culturais relacionadas a diversos aspectos, entre eles a vivência da maternidade, também gerou repercussões para a saúde mental feminina.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (1990), é recomendado que os lactentes sejam amamentados até o sexto mês de vida exclusivamente com o leite materno, e que continuem mamando até os dois anos de idade ou mais, concomitantemente a uma alimentação complementar saudável. O apoio social, incluindo o vínculo entre profissionais de saúde e a mulher trabalhadora, o suporte familiar, a relação conjugal e licença-maternidade longa são fortes influências, no que diz respeito, tanto à amamentação quanto ao cuidado geral com a criança (GRIPPO; FRACOLLI, 2008; LERO, 2012).

Muitas vezes, as mulheres enfrentam dificuldades para amamentar seus filhos durante os primeiros seis meses, principalmente para manter a amamentação além desse período. Vários são os fatores que influenciam a continuidade da amamentação, como fatores sociais, culturais e econômicos.

Estudo aponta que trabalhar meio período e possuir licença-maternidade mais longa são fatores positivos para aumentar o tempo de amamentação. Em países desenvolvidos, como nos Estados Unidos, os empregos são menos flexíveis por conta da acirrada competição do mercado, e exigem, muitas vezes, dedicação exclusiva das mães, dificultando a prática da amamentação e do cuidado ao filho (SKAFIDA, 2011). Por isso é necessário desenvolver estratégias que promovam a divisão dos custos maternos com a amamentação, de forma mais efetiva, como: promover ajuda adicional com atividades domésticas e o cuidado com a criança; ter à disposição uma licença-maternidade aprimorada, que garanta pausas nos locais de trabalho para amamentar e cuidar adequadamente das crianças (SMITH, FORRESTER, 2013).

Por outro lado, as mulheres ficam impossibilitadas de contar com o suporte dos parceiros nos cuidados com os filhos - mesmo as que desfrutam de licença-maternidade - pois, no Brasil, a licença paternidade é de cinco dias. Esse fato faz com que essas mães trabalhadoras elejam outro(s) cuidador(es) para seu filhos, ao retornarem da licença, que invariavelmente é um parente.

Atualmente existe uma tendência mundial à ampliação da licença-maternidade e à concessão da licença parental, pelo simples fato da classe trabalhadora ser composta tanto de homens quanto de mulheres, que não estão conseguindo conciliar a vida profissional com a vida pessoal. O cuidado dos filhos das trabalhadoras está sendo terceirizado e a consequência é a baixa qualidade no desenvolvimento infantil e o desgaste na qualidade de vida das famílias que têm apresentado cada vez mais problemas relacionados à saúde mental, como depressão e ansiedade (LERO, 2012).

Existe uma Convenção da OIT 156, de 1981, que prevê direitos de flexibilização do trabalho às pessoas de ambos os sexos, com responsabilidades familiares. O cumprimento dessa Convenção, entretanto, é obrigatório apenas para os países membros da OIT que ratificaram a Convenção 156 formalmente, e registraram na Diretoria Geral da OIT, não sendo o caso do Brasil (OIT, 1981).

Em sua maioria, os enfoques nas discussões das pesquisas sobre a licença-maternidade concentram a abordagem com maior frequência nas dificuldades de conciliação entre trabalho remunerado e cuidados com o filho, do que a importância dessa política pública para o bem-estar das crianças, assim como para a redução da pobreza e da taxa de mortalidade infantil pelo mundo (ENGSTER; STENSÖTA, 2011; MORAIS, *et al.*, 2011). Da mesma forma, poucos estudos são realizados para desvendar o modo como os pais participam dos cuidados infantis no período pós-parto ou mesmo quais são os mecanismos de apoio social, considerados importantes por eles para que possam se preparar para cuidar do filho, ao retornar ao trabalho (LERO, 2012).

Diante dessa lacuna de conhecimento, o estudo se propõe a identificar a presença paterna nos cuidados com os filhos após o parto mediante os relatos das mães trabalhadoras beneficiadas com a ampliação da licença-maternidade.

Metodologia

Pesquisa com abordagem qualitativa, exploratória e descritiva. Propõe-se identificar a presença paterna nos cuidados com os filhos

após o parto, mediante os relatos das mães trabalhadoras beneficiadas com a ampliação da licença-maternidade.

A pesquisa ocorreu no Município de Fortaleza, onde foram identificadas servidoras públicas municipais, efetivas, beneficiadas com a licença-maternidade de seis meses que haviam retornado ao trabalho e que trabalhavam na área da saúde, havendo ocorrido contato inicial com as secretarias executivas regionais (SER) de Fortaleza e Unidades de Saúde da Família.

A coleta foi realizada de junho a dezembro de 2013. Foram escolhidas mulheres que atuavam na área da saúde da rede municipal, pois presumimos que essas teriam uma maior identificação com o tema proposto nesta pesquisa. O contato inicial para a identificação das servidoras foi realizado mediante setor pessoal das seis SER e Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que forneceram lista de todas as unidades de saúde da prefeitura.

Ao iniciar a coleta de dados nas unidades de saúde, a pesquisadora exibiu cópia da autorização da SMSE, com a anuência do responsável pela educação permanente de cada SER. Assim, obtivemos o apoio dos coordenadores das unidades de saúde. Visitamos, então, as unidades e conseguimos entrevistar dez servidoras municipais da área da saúde, entre médicas, enfermeiras, agentes comunitárias de saúde e dentistas. A pesquisadora convidou 13 servidoras, das quais: uma não aceitou e duas não tinham disponibilidade de horário para entrevista.

Foram esclarecidos sobre os propósitos da pesquisa e convidados a participar do estudo. Algumas entrevistas foram realizadas no mesmo dia, enquanto outros preferiram marcar para outra ocasião. Apenas uma entrevista ocorreu na residência da entrevistada, as demais sucederam no próprio ambiente de trabalho. Após a saturação das falas as entrevistas foram encerradas na décima participante, pois notamos ter sido atingido a qualidade, profundidade, recorrência e divergência das falas de cada depoimento (MINAYO *et al.*, 2005; DESLANDES, 2010). Além disso, o prazo para a conclusão do estudo estava esgotado.

Utilizamos a técnica de entrevista individual, para a obtenção das informações. Empregamos um roteiro-guia com perguntas norteadoras baseadas nos objetivos propostos pela pesquisa e a necessidade de ampliar aspectos relacionados ao objeto de investigação.

As entrevistas foram aplicadas, pessoalmente pela pesquisadora responsável e quando no ambiente de trabalho, em uma sala indicada pela servidora. Tiveram duração entre 30 minutos e uma hora e foram gravadas. Em seguida, as gravações foram transcritas para posterior análise.

As falas foram analisadas pelo método de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin. Para cada depoente, foi atribuído um número, a fim de evitar a identificação dos sujeitos. Procedemos à leitura das transcrições e códigos foram elaborados, assim como as categorias de análise. Desse processo foi definida a seguinte categoria: Novo modelo de paternidade.

O material obtido foi analisado com base na definição de temáticas centrais, fundamentado em categorias de encontro entre o objeto de estudo e a fundamentação teórica, com amparo nas relações de trabalho, vínculos paternos após o parto e a legislação brasileira de proteção à paternidade no Brasil, como meio propulsor do cuidado da criança.

Foram respeitados os referenciais da Bioética - autonomia, não maleficência, beneficência e justiça - incorporados pela Resolução Nº 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que assegura os direitos e deveres da comunidade científica, dos sujeitos envolvidos na pesquisa, e do Estado (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

As 10 entrevistadas eram encontram-se na faixa etária de 25 a 42 anos. Das 10, cinco eram mestres, uma tinha nível superior, uma cursava programa de graduação em direito e duas possuíam nível médio.

Pode-se considerar que o grupo estudado é diferenciado e privilegiado, pois é um conjunto de mulheres que chegou ao mercado de trabalho, recebendo menos interferência quanto às questões de gênero. Algumas com alto nível de escolaridade possuem estabilidade no emprego, possibilidades de crescimento profissional, assim como redução nos transtornos ocasionados pela necessidade de conciliação das funções exigidas pela maternidade e trabalho, quando comparadas às trabalhadoras do setor privado.

Percebe-se, mediante as informações de seis mães primíparas, a participação paterna ativa, no apoio aos cuidados com a mãe e com a criança, nos primeiros dias pós-parto:

“...ele ajudava pegava muito o bebê no colo, me ajudava também porque eu ficava muito...porque eu fiz cesariana aí vinha pra me ajudar a deitar, me levantar. Ia ali ficar com o bebê ficar com o bebê no braço, ia andar com o bebê... eu precisava de ajuda às vezes pra levantar da cama e ele ajudava, tinha que andar com o bebê pro bebê arrotar né! É que depois que a gente amamenta tem que andar um pouquinho com ele pra ele arrotar. Então ele fazia isso, ele me ajudava... Ele me ajudava com o bebê”. (ENTREVISTADA 02).

“[...] me ajudou muito porque na licença paternidade ele ficou resolvendo as coisas. Porque era plano de saúde que tinha que fazer né?, a minha licença gestante [...]”... É muito importante a presença do homem. Eu me sentia super segura quando ele tava em casa [...] Então os cinco primeiros dias foi ótimo, porque eu fiquei indo pra maternidade com ele, ele me levando. Quando ele tava comigo era ótimo”. (ENTREVISTADA 5).

“[...] eu fiquei de quinze a vinte dias praticamente em repouso, deitada. Eu tive cefaleia pós-raqui [...] quando apertava a dor, aí eu pedia pro meu esposo vir [...] Ele trocava, dava banho, ele arrumava direitinho, ele só trazia pra eu poder amamentar. O bebê, quem cuidava mais mesmo era ele”...O meu filho foi assim muito abençoado, porque não é toda criança que tem essa possibilidade de ter pais né.., de forma integral durante algum tempo, assim nesses primeiros meses. E graças a Deus a gente teve essa oportunidade né?, a gente pode estar juntos cuidando dele. Porque eu acho fundamental a presença do pai né? Por mais, assim, que trabalhe, mas assim. Hoje em dia ele tá trabalhando, mas ele é muito presente”. (ENTREVISTADA 6).

“[...] Ele passava o dia, às vezes, trabalhando; ela não dormia à noite, a gente revezava o horário. Quando ela tava acordada, ele ia lá e ficava pra eu ir dormir. Aí quando eu acordava, ele ia dormir e eu ficava com ela [...]”. (ENTREVISTADA 7).

“No meu caso é bem tranquilo porque meu esposo participou muito e ele também curti muito... Se envolve plenamente com a criança... o primeiro banho é ele que dá e tudo...”. (ENTREVISTADA 8)

“... eu sabia que eu ia ter que contar só com meu marido mesmo, então ele foi meu grande companheiro né e é até hoje, ele que tava no primeiro banho comigo me ajudando né, nas trocas das fraldas e tudo, então assim, eu no início eu sofri muito também e esse momento assim, essa licença, e já tou com vontade até de chorar, é muito difícil porque eu ficava muito insegura meu Deus eu não sei cuidar do meu filho, eu não vou saber cuidar dele, mas ao mesmo tempo eu dizia, mas eu vou aprender, então eu que banhei, eu que fiz tudo e ele foi me ajudando entendeu, me dando força e ele dizia olhe aí como você tá fazendo, não existe pessoa melhor pra cuidar dele do

que você que é a mãe dele do que você que é a mãe dele e aí isso me confortava né... O momento que ele tava com cólica e que a gente sempre né ficava ali dividindo o trabalho né e o nenê chorando muito e aí ele ia e pegava o nenê e ficava andando na casa pra tentar acalantar e ele só se calava quando ele pegava o celular e botava uns louvores assim bem alto aí o menino chega parava e ficava ouvindo né, acho que o bichinho fazia era se assustar não sei, mas assim, ele foi meu grande e até hoje ele é o meu grande apoio realmente.” (ENTREVISTADA 9)

O papel paterno é objeto de reconfigurações provocadas por questões econômicas, científicas e sociais. Os pais são mais presentes na rotina de cuidados com o bebê, principalmente os que são pais pela primeira vez. De acordo com as mães, os pais demonstram desejo de exercer a paternidade e criar vínculos com os filhos, apesar de ser cansativo.

Pesquisas evidenciam que a presença do pai no nascimento e após o parto, compartilhando dos cuidados infantis, estimula o aleitamento materno, reduz a ansiedade das mães, promove a autoconfiança, segurança e a saúde materna, sendo fundamental para o processo de adaptação da nova família (FLACKING; DYKES; EWALD, 2010).

Entretanto, a sociedade continua responsabilizando as mães pelos cuidados e educação infantis (MAROTO-NAVARRO *et al.*, 2013). Em 2007, foi feita uma enquete com 813 pessoas de diferentes estados brasileiros sobre o que achavam da ampliação do período de licença-paternidade, constatando rejeição pela ideia de mais da metade das pessoas entrevistadas (DATASENADO, 2007).

Esse distanciamento paterno é reforçado por políticas públicas de conciliação da vida familiar e trabalho, centralizadas na maternidade, sendo necessária mais atenção para a transição da paternidade (POH *et al.*, 2013).

Cada vez mais aumenta o interesse governamental em pesquisas sobre a paternidade. O interesse surgiu diante das mudanças nos campos econômico, científico e social. A visão de paternidade, embora esteja mudando, ainda é caracterizada pelo modelo tradicional, ligado à moral e à ordem. A sociedade busca, no entanto, transformar o sentido da paternidade no intuito de reconfigurar um novo modelo de pai, autônomo e livre, para participar ativamente dos cuidados do filho (MOREIRA, TONELI, 2013; MAROTO-NAVARRO *et al.*, 2013).

Em dois dos casos, abaixo, a presença paterna só foi possível porque o pai estava desempregado ou estava de férias. Já outra entrevistada assinalou que o marido se fez mais presente por trabalhar um turno, apenas.

“Eu precisava de ajuda às vezes pra levantar da cama e ele ajudava, tinha que andar com o bebê, pro bebê arrotar né? [...] Ele trabalha, mas é só na parte da tarde. Aí, a manhã, ele passava a manhã em casa ajudando”. (ENTREVISTADA 2).

“Ele só, como ele só tem cinco dias, só tem cinco dias e [...] ele foi a única pessoa que tinha pra me ajudar! Ele tirou as férias [...]”. (ENTREVISTADA 3).

“[...] na época ele não estava trabalhando. Assim, porque ele tem um táxi né? [...], ou seja, tava trabalhando pra ele no táxi, né? [...] Porque ele é técnico em edificação também. Aí ele tirou essas férias também nesse período [...]”. (ENTREVISTADA 6).

Conforme Garfield e Isacco (2006), as questões econômicas e sociais do País não promovem condições para que se estabeleça a inclusão dos pais nos cuidados com as crianças. Esses têm pouco tempo para ficar em casa, envolvidos no acompanhamento dos filhos, por se concentrarem no trabalho.

Conclusão

Em razão de tal mudança nas relações familiares, e da paulatina inclusão do pai nessa rotina, é importante chamar a atenção para a necessidade de mais políticas públicas que desviem o foco de sua elaboração na mulher como principal elemento para a estabilidade familiar, distribuindo, dessa forma, as responsabilidades de cuidados da criança entre o casal e reduzindo as tensões desses momentos para as mulheres.

A pesquisa fez emergir a temática do novo comportamento paterno quanto aos cuidados infantis nas falas das servidoras, mas não investigou o que os pais achavam do seu papel no cuidado dos filhos ou como faziam para enfrentar a paternidade e a relação com o trabalho.

Referências

WHO. WHO/UNICEF Innocenti Declaration. WHO, Geneva. 1990.

GRIPPO, Monica Lilia Vigna Silva; FRACOLLI, Lislaine Aparecida. Evaluation of an educational booklet about childcare promotion from the family's perception regarding health and citizenship. Revista da Escola de Enfermagem. USP. São Paulo, v. 42, n. 3, p. 429-34, 2008.

LERO, Donna S. Pesquisas sobre políticas de licença parental e implicações no desenvolvimento da criança para formuladores de políticas e provedores de serviços. In: Enciclopédia sobre Desenvolvimento na Primeira Infância. Centre of Excellence for Early Childhood Development, 2012.

SKAFIDA, Valeria. Juggling Work and Motherhood: The Impact of Employment and Maternity Leave on Breastfeeding Duration: A Survival Analysis on Growing Up in Scotland Data. Maternal and Child Health Journal Scotland, v. 16, pp. 519-527. 2012.

SMITH, J. P.; FORRESTER, R. Who Pays for the Health Benefits of Exclusive Breastfeeding? An Analysis of Maternal Time Costs. Journal of Human Lactation: Boston, v.29, n.4, 2013.

OIT. Convenção 156, de 1981, Sobre a Igualdade de Oportunidades e de Tratamento para Homens e Mulheres Trabalhadores: Trabalhadores com Encargos de Família.

ENGSTER, Daniel; STENSÖTA, Helena Olofsdotter. Do family Policy Regimes Matter for Children's Well-being? Social Politics: Oxford, v. 18, n. 1, 2011.

MORAIS, Ana Márcia Bustamante de. et al. Vivência da amamentação por trabalhadoras de uma indústria têxtil do Estado do Ceará, Brasil. Rev. Brasileira de Enfermagem: Brasília, v.64, n.1, fev. 2011.

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10) – Atenção para não ultrapassar as margens laterais.

FLACKING, R; [DYKES, E](#); [EWALD, U](#). The influence of fathers' socioeconomic status and paternity leave on breastfeeding duration: a population-based cohort study. [Scand J Public Health](#): Thousand Oaks, v. 38, n.4, p.337-43, 2010.

MAROTO-NAVARRO, G et al. Male and female involvement in the birth and child-rearing process. Journal of Clinical Nursing: Malden, v.22, n. 21-22, p.3071-83, nov. 2013

DATASENADO. Pesquisa de Opinião Pública. Prorrogação da licença-maternidade. Senado Federal. Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública. Secretaria Especial de Comunicação Social. Senado Federal. Brasil, 2007.

[POH, H. L.](#) et al. First-time fathers' experiences and needs during pregnancy and childbirth: A descriptive qualitative study. [Midwifery](#). pii: S0266-6138(13)00294-5, 2013.

MOREIRA, Lisandra Espíndola; TONELI, Maria Juracy Filgueiras. Paternidade responsável: problematizando a responsabilização paterna. Psicologia Social: Belo Horizonte, v. 25, n. 2, 2013.

[GARFIELD, C.F](#); [ISACCO, A](#). Fathers' and the well-child visit. [Pediatrics: Illinois](#), v. 117, n. 4, p. 637-45, 2006.

Agradecimentos

Agradecemos à prefeitura de Fortaleza, às servidoras municipais que aceitaram participar dessa pesquisa, à orientadora, professores, familiares e amigos que contribuíram de todas as formas para a concretização desta pesquisa.

APTIDÃO FÍSICA FUNCIONAL DE IDOSOS PRATICANTES DE TREINAMENTO DE FORÇA

Nielpson Dias Carvalho –Universidade estadual do Ceará – UECE nielpsoncarvalho@yahoo.com.br

Wesley Carvalho Andrade –Universidade regional do Cariri – URCA wsclcarvalho@gmail.com

Vitor Viana da Costa–Universidade estadual do Ceará – UECE vitorq12ce@hotmail.com

Juliana Osório Alves –Universidade estadual do Ceará – UECE juosorio@gmail.com

André Accioly N. Machado (Orientador) –Universidade estadual do Ceará – UECE andre.accioly@uece.br

Palavras-chave: aptidão física, treinamento de força, idoso.

Resumo

O processo de transição demográfica vem se intensificando com o passar dos anos e está atrelado a fatores como a melhoria da qualidade de vida e a preocupação com o assistencialismo a pessoas idosas. Este estudo tem como finalidade analisar a aptidão física funcional, identificando os níveis de agilidade, coordenação e flexibilidade, além da verificação da resistência aeróbica geral e mensuração da força dos membros superiores, de idosos praticantes de musculação em uma academia na cidade de Crato, Ceará. A amostra foi composta por 11 indivíduos, do sexo masculino e feminino, com a faixa etária entre 60 e 70 anos de idade. O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma bateria de testes motores da American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance. Os resultados sugerem que o somatório dos escores-percentis de todas as variáveis da aptidão física analisadas classificam ambos os sexos, segundo o IAFG, como aptidão regular. Deve-se considerar que os resultados dos testes tiveram significativa aproximação entre homens e mulheres, convergindo nos valores referentes aos níveis de agilidade, coordenação e resistência aeróbica, classificados como: bom, muito fraco e muito bom, respectivamente. Enquanto que divergiram na flexibilidade e resistência dos membros superiores. Outro fator que apresentou discrepância foi o IMC, que nos homens apresentou sobrepeso e obesidade grau 1, enquanto que as mulheres foram classificadas dentro do padrão de normalidade. Os dados investigados são de significativa relevância, por serem pertinentes à capacidade de realização de tarefas que estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida e autonomia do indivíduo idoso.

Introdução

Segundo Cançado (1994), a ONU considera o período entre os anos de 1975 a 2025 como “a era do envelhecimento”, devido ao aumento marcante no número da população de indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. No Brasil, segundo o IBGE, em 2020, quase 13% da população total será considerada idosa, aproximando-se de 30 milhões de pessoas com 60 anos ou mais (RONCONI, 2011).

O “envelhecer” é um processo natural, individual e progressivo acompanhado por um declínio nas funções fisiológicas e papel social do indivíduo frente à sociedade. Tal processo depende diretamente das condições físicas e cognitivas adquiridas ao longo da vida, bem como do meio ambiente no qual o mesmo está inserido (FREITAS et al, 2011). Para diversos autores, o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, o qual se inicia logo após a concepção, apresentando modificações fisiológicas (VIEIRA, 2004; LOPES, 2000). Este processo, segundo Okuma (1998), ocorre de maneira diferenciada entre os indivíduos, sendo levadas em consideração as condições físicas, mentais, a saúde, dentre outras e não apenas a cronologia.

O fenômeno do envelhecimento desperta o interesse por métodos que favoreçam a manutenção e/ou a melhoria das capacidades funcionais do idoso, a fim de mantê-lo e/ou torna-lo independente dentro do seu contexto social (TRIBES e VIRTUOSO, 2005; RUSTING, 1992). Junto a isso, com o aumento da idade, pessoas se tornam menos ativas fisicamente, e com isso ocorre uma perda na aptidão funcional, ocasionando o surgimento de doenças que ajudam a deteriorar o processo de envelhecimento (MATSUDO et al., 2000).

Dessa forma, Gobbi (1997) ressalta que uma das principais ferramentas para evitar, minimizar e/ou reverter os prejuízos causados pelo avançar da idade é a atividade física, mostrando que a prática de exercícios físicos contribui com melhorias relacionadas à aptidão física e características funcionais, além de combater o sedentarismo mantendo a realização de atividades da vida diária, além das atividades mentais e as relações sociais (LITVOC e BRITO, 2004).

Paixão Jr. e Reichenhein (2005) salientam que o estado funcional é a dimensão-base para a avaliação geriátrica, diante disto, cada vez mais profissionais da área da saúde e de outras áreas estão se qualificando e aprofundando conhecimentos relacionados ao idoso. Assim, este estudo objetiva avaliar a aptidão física funcional em um grupo de idosos praticantes de musculação em uma academia na cidade de Crato, Ceará.

Metodologia

Esse estudo trata-se de uma pesquisa do tipo descritiva com abordagem quantitativa. A pesquisa foi realizada numa academia localizada no bairro Pimenta da cidade de Crato-CE. A participação se deu de forma voluntária. A amostra foi composta por 11 indivíduos, praticantes de musculação, do gênero masculino e feminino, com a faixa etária entre 60 e 70 anos de idade. A seleção ocorreu de forma aleatória.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi uma avaliação antropométrica a partir dos parâmetros de Altura, Peso, Índice de massa corporal e Circunferência da cintura. Adicionalmente foi realizada uma bateria de testes motores da *American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance* (AAHPERD) que é composta de cinco testes motores: Agilidade e equilíbrio dinâmico, Coordenação, Flexibilidade, Resistência de força e Resistência aeróbica geral (OSNESS et al., 1990).

Zago e Gobbi (2003) desenvolveram valores normativos para a bateria de testes da AAPHERD, que permitiram obter a classificação e pontuação de cada teste em específico em homens e mulheres ativos de 60 (sessenta) a 70 (setenta) anos. Com a somatória dos pontos, forma-se um Índice de Aptidão Funcional Geral (IAFG) do indivíduo, mostrando assim, como está a sua aptidão: Muito bom, Bom, Regular, Fraco ou Muito fraco. Assim, o IAFG permite discutir a aptidão funcional geral como somatório dos níveis dos componentes físicos dentro de uma bateria de testes e um somatório das capacidades físicas do indivíduo, avaliando-o globalmente (Tabela 1).

Tabela 1. Classificação dos testes motores e do índice de aptidão funcional geral (IAFG), referente aos pontos obtidos em cada teste da bateria da AAHPERD, de homens e mulheres ativos entre 60 e 70 anos.

Testes Motores	Classificação	IAFG
0 – 19	Muito Fraco	0 – 99
20 – 39	Fraco	100 – 199
40 – 59	Regular	200 – 299
60 – 79	Bom	300 – 399
80 – 100	Muito Bom	400 – 500

A análise dos dados foi através de um estudo estatístico descritivo, permitindo dessa forma que se tenha uma visão global da variação desses valores, organizando e descrevendo os dados por meio de tabelas e de medidas descritivas. Os dados foram organizados e analisados no software Microsoft Excel®.

O estudo esteve em conformidade com as normas segundo a Resolução N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que se refere às pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). Aos participantes da pesquisa foi entregue um termo de consentimento livre e esclarecido, contendo todas as informações necessárias sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa.

Resultados e Discussão

Estão expostos na tabela 2 dados referentes à idade, estatura, massa corporal, IMC e CC da amostra avaliada dividida entre os gêneros masculino e feminino. Observa-se que a média do IMC e da CC dos homens estão acima dos parâmetros de normalidade que seriam 24,9 (kg/m²) e 94 (cm), respectivamente, fato que os enquadra no parâmetro de sobrepeso e com risco moderado para doenças cardiovasculares. Diferentemente dos valores obtidos no sexo masculino, a média do IMC das mulheres as classifica como eutróficas. No que se refere à circunferência da cintura, encontram-se na faixa de normalidade (80cm).

Tabela 2. Características antropométricas referentes à idade, estatura (metros), massa corporal (kg), IMC e CC da amostra avaliada (n=11).

		Idade (anos)	Altura (metros)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	CC (cm)
Homens	Média	63,4	1,68	77,6	27,2	95,8
	DP	2,2	0,04	12,8	3,3	6,9
Mulheres	Média	62,5	1,6	55,7	21,5	77
	DP	0,5	0,0	4,0	1,3	2,5

Segundo Fiatarone-Sinng (1998), é importante o cuidado em relação ao IMC durante o envelhecimento, pois, tanto valores acima quanto abaixo dos ideais, relacionam-se a riscos à saúde. Valores acima do ideal estão relacionados a mortes por doenças cardiovasculares e diabetes e, os valores abaixo, ao câncer, doenças respiratórias, dentre outras doenças.

De acordo com Matsudo (2002) “O ganho no peso corporal e o acúmulo da gordura corporal parecem resultar de um padrão programado geneticamente, de mudanças na dieta e no nível de atividade física relacionados com a idade ou outros fatores”, entretanto, há muitos anos reconhecemos que esse ganho é mais acentuado em pessoas sedentárias (DEVRIES, 1984).

A tabela 3 indicam os resultados dos testes motores da AAHPERD, com valores que classificaram os homens dentro de um bom nível de Agilidade e equilíbrio dinâmico, enquanto que para os testes de Coordenação e Flexibilidade, dentro do parâmetro de Muito fraco. Para os testes de Resistência aeróbica e Resistência dos membros superiores obtiveram a classificação de Muito bom. A tabela 3 também apresenta o Índice de aptidão física geral (IAFG) obtido pelos homens nos testes motores, classificando-os no somatório dos escores percentis como Regular.

Tabela 3. Classificação do nível de aptidão física e funcional dos homens nos testes motores da AAHPERD e IAFG. (n=5)

	Resultados médios dos testes	Pontos (escore percentil)	Classificação
AGIL (seg)	22±1,6	60	Bom
COO (seg)	18,2±2,1	8,3	Muito fraco
FLEX (cm)	21,8±4,4	0,9	Muito fraco
RESISFOR (Rep)	30±7,1	92,5	Muito bom
RAG (seg)	390±90	93,5	Muito bom
IAFG (somatório dos escores-percentis)		255,2	Regular

Na tabela 4 indicam os resultados dos testes motores da AAHPERD, de acordo com os valores podemos atribuir bons níveis de Agilidade e equilíbrio dinâmico e de Coordenação, enquanto que fracos níveis de Flexibilidade e Resistência dos membros superiores e ainda um nível muito bom de Resistência aeróbica geral. A tabela 4 apresenta o Índice de aptidão física geral (IAFG) obtido pelas mulheres nos testes motores, classificando-as no somatório dos escores percentis como Regular.

Tabela 4. Classificação do nível de aptidão física e funcional das mulheres nos testes motores da AAHPERD e IAFG. (n=6)

	Resultados médios dos testes	Pontos (escore percentil)	Classificação
AGIL (seg)	19,7±2,3	78	Bom
COO (seg)	21,4±2,9	3	Muito fraco
FLEX (cm)	27,7±5,2	26	Fraco
RESISFOR (Rep)	18,5±3,4	21	Fraco
RAG (seg)	450±66	84	Muito bom

IAFG (somatório dos escores-percentis)	212	Regular

Podem-se verificar alguns pontos importantes nesses indivíduos, como Agilidade (AGIL): manter bons níveis de AGIL ajuda na prevenção de quedas. A Força dos membros superiores (RESISFOR) pode contribuir para a independência na realização das Atividades de Vida Diária (AVD's). A Resistência aeróbica geral e habilidade de andar (RAG), bons níveis capacidade aeróbica estão associados a uma menor taxa de declínio funcional. Os pontos baixos dos testes motores são: a Coordenação e a Flexibilidade, pois podem ocasionar deficiência neuromuscular e restrição articular, tendínea ou ligamentosa.

Após comparar níveis de flexibilidade entre diversos indivíduos de várias idades, Spirduso (1995) encontrou, como consequência do processo de envelhecimento, uma diminuição nos níveis de flexibilidade entre eles. Entretanto, o mesmo autor analisou indivíduos com idades entre 55 e 85 anos e, ao compará-los, concluiu que os homens perdem cerca de 15% a menos dos movimentos devido a flexibilidade que as mulheres, ressaltando, ainda, a importância da prática de atividades físicas.

Em pesquisa realizada por Spila (1996), notou-se que em 18 semanas, após treinamento físico aeróbico e de força, mulheres com idade entre 76 – 78 anos, melhoraram significativamente a velocidade de máxima de andar. Segundo Daley (2000) os limiares de sensação cutânea e proprioceptiva podem estar envolvidos nas alterações do equilíbrio e do andar com o envelhecimento, os quais são elevados com a idade, principalmente nos membros inferiores.

Segundo Drinkwater (1975) explicou que, em mulheres de 50 a 59 anos, devido a uma diminuição nos níveis de hormônios circulantes, mulheres idosas apresentam uma menor potência aeróbica que mulheres jovens, independentemente do condicionamento físico. Estas diminuições hormonais ocorrem especialmente a partir dos 50 anos de idade.

Os resultados sugerem que o somatório dos escores-percentis de todas as variáveis da aptidão física analisadas classificam ambos os sexos, segundo o IAFG, como aptidão Regular. Deve-se considerar que os resultados dos testes tiveram significativa aproximação entre homens e mulheres, convergindo nos valores referentes aos níveis de Agilidade e Resistência aeróbica, classificados como: Bom e Muito bom, respectivamente. Enquanto que divergiram na Coordenação, Flexibilidade e Resistência dos membros superiores, com resultados: Muito fraco, Muito fraco e Muito bom para os homens; Bom, Fraco e Fraco para as mulheres, respectivamente. Outro fator que apresentou uma leve discrepância foi o IMC, que nos homens apresentou sobrepeso, enquanto que as mulheres foram classificadas dentro do padrão de normalidade.

Conclusão

Os dados aqui investigados são de significativa relevância, por serem pertinentes à capacidade de realização de tarefas que estão diretamente relacionadas com a qualidade de vida e autonomia do indivíduo idoso. Uma vez que os resultados encontrados apresentam uma classificação do IAFG como regular, o déficit físico e, conseqüentemente, funcional desses idosos pode comprometer a realização de AVDs e a saúde do idoso, afetando, enfim, sua qualidade de vida. Os instrumentos que foram utilizados são de fácil acesso e aplicação, funcionando com uma ferramenta de avaliação do aluno que subsidia a prática do profissional de Educação Física.

O panorama da prática de musculação por pessoas idosas vem mudando com o passar dos anos em decorrência da busca por uma longevidade saudável. Antes vista como um risco para a saúde dessa população, agora como uma possibilidade de melhoria da aptidão física e capacidade funcional. O desenvolvimento de pesquisas como esta é necessário para desmistificação do treinamento resistido realizado por idosos, pois como se pôde observar, a prática traz inúmeros benefícios associados à promoção e prevenção da saúde.

Referências

BRASIL. Resolução CNS 196/96 de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm. Acesso em: 29 Ago 2014.

CANÇADO, F. X. Noções práticas de geriatria. Belo Horizonte: Coopmed/Health, 1994.

DALEY, M.; SPINKS, W. Exercise, mobility and aging. Sports Medicine, v.29, p. 1/12, 2000.

DEVRIES H. A. Exercise and the physiology of aging. The American Academy of Physical Education - The Academy Papers, Exercise and Health, v.17, p. 91/100, 1984.

DRINKWATER, B. L., HORVATH, S. M.; WELLS, C.L. Aerobic power of females, ages 10 to 68. Journal of Gerontology, v 30, p. 385/394, 1975.

FIATARONE-SINHG, M. A. Bodycomposition and weight control in older adults. In: LAMB, D. R.; Murray, R. Perspectives in exercise science and sports medicine: exercise, nutrition and weight control. Carmel, 1998. v. 11, p. 243-288.

FREITAS, E.V.; et al.; 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Capítulo 5, p. 58.

GOBBI, S. Atividade física para pessoas idosas e recomendações da Organização Mundial de Saúde. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde, v. 2, n. 2, p. 41-49, 1997.

LITVOC, J; BRITO, F.C. Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde. São Paulo: Atheneu, 2004.

LOPES, A. Os desafios da gerontologia no Brasil. Campinas- SP: Alinea, 2000.

MATSUDO, S. M. et al. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. Revista Brasileira de Ciência e Movimento. v 8, n 4, set, 2000.

MATSUDO, S. M. Envelhecimento, atividade física e saúde. Revista Mineira de Educação Física, v. 10, n. 1, p. 193-207, 2002.

OKUMA (1998), S.S.O idoso e a atividade física. Campinas, São Paulo: Papirus, 1998.

OSNESS, W. H.; ADRIAN M.; CLARK, B.; HOEGER, W.; RAAB, D.; WISWELL, R. Functional Fitness Assessment for Adults Over 60 Years. The American Alliance For Health, Physical Education, Recreation and Dance. Association For Research, Administration, Professional Councils, and Societies. Council On Aging and Adult Development. 1900 Association Drive. Reston, VA 22091, 1990.

PAIXÃO J.R., C.M.; REICHENHEIN, M.E. Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. Caderno de Saúde Pública. v. 21, n. 1, p. 07-19, 2005

RONCONI, A.M. Conteúdos e estruturas das baterias de testes que avaliam a aptidão física e a capacidade funcional de idosos: Um estudo de revisão bibliográfica. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/39325/000825646.pdf>. Acesso em: 29 Ago 2014.

RUSTING, R. L. Why do we age? Scientific American, v.267, n. 6, p. 130-141, 1992.

SPILA, S.; MULTANEN, J.; KALLINEN, M.; ERA, P.; SUOMINEN, H. Effects of strength and endurance training on isometric muscle strength and walking speed in elderly women. Acta Physiologica Scandinavica, v. 156, p. 457-464, 1996.

SPIRDUSO, W. Physical Dimensions of Aging. 1 ed. Champaign: Human Kinetics, 1995.

TRIBES, S.; VIRTUOSO, J. S. Atividade Física e Qualidade de Vida em Mulheres Idosas. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com>>. Acesso em 28 fevereiro de 2005.

VIEIRA, E.B. Manual de gerontologia. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

ZAGO, A. S.; GOBBI, S. Valores normativos da aptidão física funcional de mulheres de 60 a 70 anos. R Bras Ci e Mov. Brasília, v. 11, n. 2, 2003.

AS ATIVIDADES EDUCATIVAS COMO AMBIENTES PROMOTORES DA SAÚDE: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antônia Eulânia Sousa Alves (apresentadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Email: eulania01@hotmail.com
Regina Célia Carvalho da Silva – Universidade de Fortaleza (Unifor)
Diane Sousa Sales – Universidade de Fortaleza (Unifor)
Kellyanne Abreu Silva – Faculdades INTA
Francisco Ullissis Paixão e Vasconcelos – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Dayse Paixão e Vasconcelos (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: educação; saúde; promoção da saúde.

Resumo

O objetivo desse trabalho é relatar a experiência de uma atividade de educação em saúde para crianças, descrevendo as reflexões despertadas após a realização da atividade. Trata-se de um relato de experiência de estudantes de Enfermagem nas atividades de educação em saúde no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) na cidade de Sobral, Ceará. A temática abordada foi verminose. Os principais resultados foram que a metodologia utilizada, baseada no lúdico, facilitou a participação das crianças, que se mostraram receptivas e participativas durante toda atividade. Concluímos que apesar das verminoses serem doenças relacionadas principalmente à falta de saneamento básico, a educação em saúde é um dos princípios fundamentais no processo de mudança. Por isso a importância de sua realização. No caso relatado, pensar uma forma de envolver as crianças, por meio de brincadeiras e desenhos, foi fundamental para a participação e aprendizado. Dessa forma, é importante que se promova um ambiente propício ao aprendizado, condizente com as particularidades dos participantes do momento de educação em saúde, para que se consiga promover saúde.

Introdução

A educação em saúde é entendida como um processo que vai além da transmissão de informações. Ela configura-se como uma combinação de experiências de aprendizagem desenvolvidas com vistas a facilitar ações voluntárias na saúde, que envolve troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais (CANDEIAS, 1997).

Os processos de educação em saúde estão sempre associados à prática da enfermagem, que tem como um de seus principais objetivos é semear e tornar o indivíduo consciente de que hábitos de vida saudáveis melhora sua qualidade de vida, promovendo sua saúde.

Cabe destacar que o marco nas discussões sobre promoção da saúde deu-se por meio da I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa, no Canadá (BRASIL, 2002), em que a Promoção da saúde foi o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, entendida como um recurso para a vida. Dessa forma, as políticas de promoção da saúde dão ênfase a realização de ações que melhorem a qualidade de vida dos indivíduos e coletividade (CARDOSO, REIS & IERVOLINO, 2008).

No Brasil, a Política Nacional de Promoção da Saúde, aprovada em 2006, traz que a promoção da saúde deve ser compreendida como uma estratégia para fomentar a qualidade de vida, e minimizar as vulnerabilidades e riscos relacionados aos determinantes e condicionantes da saúde coletiva. Nesse sentido podemos entender que os processos de educação em saúde colaboram para a promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Nesse sentido as atividades de educação em saúde almejam, em seu sentido ampliado, promover, por meio do conhecimento e da troca de experiências, tanto o empoderamento, a autonomia e a promoção da saúde. Mas, como conseguir promovê-los com públicos singulares como as crianças?! Nesse estudo, trazemos a estratégia utilizada por um grupo de estudantes de enfermagem, e as reflexões surgidas posteriormente a atividade. Dessa forma, o objetivo do estudo é relatar a experiência de uma atividade de educação em saúde para crianças, descrevendo as reflexões despertadas após a realização da atividade.

Metodologia

O estudo trata-se de um relato de experiência de estudantes de enfermagem nas atividades de educação em saúde desenvolvidas para as crianças assistidas no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), na cidade de Sobral, Ceará. O relato é desenvolvido a partir das estratégias educacionais adotadas na atividade, e das reflexões acerca da participação das crianças na atividade, e do contexto de aprendizagem proporcionado. Nos resultados e discussão, elencamos os principais pontos de reflexão que o momento educativo despertou sobre as questões de educação em saúde para crianças e acerca da promoção da saúde.

Resultados e Discussão

A atividade de educação em saúde desenvolvida teve como temática a questão das verminoses, que, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), acomete mais de dois bilhões de pessoas e está intimamente ligada a falta ou precariedade de saneamento básico (SCHALL & STRUCHINER, 1999). Cabe destacar que antes de realizar a ação foi feito um reconhecimento da área territorial do bairro em que as crianças moravam, o bairro Dom Expedito. Isso nos possibilitou um dimensionamento voltado para as doenças mais comuns no Nordeste e que estão diretamente ligadas à veiculação hídrica. Foram abordadas algumas verminoses, dentre as quais achamos as mais comuns na área em que foi feito o dimensionamento.

O tema foi apresentado de forma lúdica, os quais foram abordados os meios de transmissão, sintomas e prevenção. A metodologia usada foi através de oficina, de caráter explicativo e dinâmico, com apresentação de cartazes com desenhos e brincadeiras.

No primeiro momento foi feito uma roda para se realizar as apresentações, possibilitando assim um primeiro contato entre as crianças e os estudantes. A oficina foi realizada de forma participativa, pois conseguimos que houvesse interação entre todos. A opção de colocar nos cartazes figuras ajudou a “prender” a atenção das crianças e adolescentes.

Foi realizada uma dinâmica no final da apresentação, em que uma bola era passada entre os participantes, ao som de músicas escolhidas por eles. Quando a música parava a criança que estava com a bola na mão se dirigia ao centro do círculo e pegava uma figura (coloca pelos estudantes facilitadores) que representavam hábitos de higiene. Após escolher a figura a criança era estimulada a falar sobre o que aquela figura escolhida representava. Esse método nos possibilitou avaliar se as crianças conseguiram aprender sobre o assunto discutido. Essas estratégias lúdicas possibilitam uma adesão a atividades educativas, aproximando as crianças entre si e com

o assunto abordado, o que favoreceu a realização de uma ação de promoção da saúde.

De acordo com Silva, Pinheiro, Souza e Moreira (2011), a promoção da saúde está inserida na perspectiva de um novo modelo de atenção à saúde que busca a qualidade de vida das populações, compreendendo-a como resultado de um conjunto de determinantes do âmbito socioeconômico, político, cultural e emocional que influenciam os indivíduos, não se limitando apenas ao campo biológico. Nesse sentido, as crianças apresentavam constituíram um grupo singular, em que refletir sobre uma forma diferenciada em promover a atividade foi fundamental para alcançar o objetivo.

Conclusão

A educação em saúde consiste em oferecer subsídios aos sujeitos para uma educação voltada para a vida. Desde cedo devemos ensinar as crianças sobre questões que são fundamentais para sua saúde. Entendemos que as metodologias utilizadas na atividade educativa permitiram que as crianças manifestassem sobre o que pensavam em relação as verminoses, estimulando-as na busca de aprender mais sobre hábitos saudáveis. Dessa forma, apesar das verminoses serem doenças relacionadas principalmente à falta de saneamento básico, a educação em saúde é um dos princípios fundamentais no processo de mudança. Quando se trabalha a educação em saúde para crianças, mostrando os problemas de forma clara e lúdica há uma grande possibilidade de se criar diversas maneiras para combater as doenças e promover saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As cartas da Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos em Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília, DF, 2006 (Série Pactos pela Saúde, v.7). 2006.

CANDEIAS, N.M.F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Rev Saúde Pública. J Public Health. 1997;31(2):209-13.

CARDOSO, Vanessa; REIS, Ana Paula do; IERVOLINO, Solange Abrocesi. Escolas promotoras de saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum. [online]. 2008, vol.18, n.2, pp. 107-115. ISSN 0104-1282. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10n4/v10n4a08.pdf>. Acesso em: 20 de agosto de 2014.

COLOME, Juliana Silveira; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Corrêa de. Educação em saúde: por quem e para quem? A visão de estudantes de graduação em enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]. 2012, vol.21, n.1, pp. 177-184. ISSN 0104-0707.

SCHALL, Virgínia T; STRUCHINER, Miriam. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad. Saúde Pública [online]. 1999, vol.15, suppl.2, pp. S4-S6. ISSN 0102-311X.

SILVA, Maria Adelane Monteiro da; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; SOUZA, Ângela Maria Alves e and MOREIRA, Andréa Carvalho Araújo. Promoção da saúde em ambientes hospitalares. Rev. bras. enferm. [online]. 2011, vol.64, n.3, pp. 596-599. ISSN 0034-7167.

Agradecimentos

Agradecemos os profissionais do CRAS do Bairro Dom Expedito, na cidade de Sobral, Ceará pelo apoio na realização da atividade educativa.

AS COMPETÊNCIAS DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE JUNTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA E NECESSIDADES ESPECIAIS

Vanda Nayara Costa da Silveira (apresentador); Faculdade Católica Rainha do Sertão – Quixadá-CE; nayaracsilveira@hotmail.com
Nhatália Furtado Martins – Universidade Federal do Cariri, Barbalha - CE
Patrícia Oliveira Silva - Universidade Federal do Cariri, Barbalha - CE
Maria Rachel Sousa do Nascimento - Universidade Federal do Cariri, Barbalha - CE
Evanira Rodrigues Maia (Orientador) – Universidade Federal do Cariri, Barbalha - CE.

Palavras-chave: Pessoas com deficiências. Agente Comunitário de Saúde. Competências.

Resumo

A tendência construtivista na formação de profissionais da saúde preconiza a criação de competências que incluem conhecimentos, habilidades e atitudes embasadas em uma combinação de diversos saberes – saber-conhecer, saber-fazer e saber-ser –, sendo estes necessários ao seu campo de atuação ⁽¹⁾. No que diz respeito ao Agente Comunitário de Saúde (ACS), considerando-se as singularidades e especificidades do seu trabalho, foram construídas as competências que compõem o seu perfil profissional.

Diante da carência de uma atenção diferenciada à saúde das pessoas com deficiência e necessidades especiais e tendo em vista o papel essencial do ACS na intermediação desse processo, sobressai-se a importância de uma formação concreta de conhecimentos e habilidades referentes à assistência a essa população. Assim, a partir do Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde ⁽²⁾, foram identificadas as competências estabelecidas para o ACS assistir pessoas com deficiência e necessidades especiais na estratégia saúde da família (ESF).

Introdução

Na conformidade da democracia, ao longo da Constituição Federal de 1988, estão assegurados os direitos das pessoas com deficiências nos mais diversos campos e aspectos.

Entretanto, apenas quatorze anos após a criação do Sistema Único de Saúde surgiu a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, instituída pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002, que define, como propósitos gerais: proteger a saúde da pessoa com deficiência; reabilitar a pessoa com deficiência na sua capacidade funcional e desempenho humano, contribuindo para a sua inclusão em todas as esferas da vida social; e prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências ⁽³⁾. Apesar disso, as ações de saúde direcionadas a estes indivíduos ainda não são marcadas pelos desígnios da integralidade, ou seja, nos moldes da universalidade.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) assume caráter central na assistência à pessoa com deficiência e necessidades especiais, em virtude de sua convivência na comunidade e seu papel de mediador no acesso à atenção integral à saúde dessa população. Dessa forma, requer-se uma formação sólida de conhecimentos, habilidades e atitudes que possibilitem de maneira adequada a identificação, a comunicação e a abordagem da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, além da intervenção no processo saúde-doença e na inclusão social dessa população na realidade local.

Os conhecimentos e habilidades para assistir a pessoa com deficiência e necessidades especiais baseiam-se em compreender o contexto e aproximar-se da problemática da deficiência com o propósito de dimensionar o problema. O ACS deve ser apto a distinguir seu perfil social e seu papel no âmbito da equipe multiprofissional para atuar junto à pessoa com deficiência e necessidades especiais, o que inclui a aquisição de conceitos acerca do processo saúde/doença dessa população.

Ademais, o desenvolvimento de competências intrínsecas ao processo de identificação, comunicação e abordagem das pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais possibilita coleta de dados fidedigna acerca dessa população, o que pode subsidiar estudos posteriores e a formulação de ações de promoção da saúde desse grupo.

Metodologia

Pesquisa exploratória e descritiva realizada por meio de análise documental.

Analizou-se o documento “Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde” ⁽²⁾, publicação conjunta dos Ministérios da Saúde e da Educação, acessada através da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Educação, em março de 2014, visando à identificação das competências relacionadas à pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, que foram organizadas em categorias temáticas.

Resultados

e

Discussão

As competências identificadas foram agrupadas nas seguintes categorias temáticas:

CATEGORIA 1	Conhecimentos e habilidades relacionadas à identificação e assistência das pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais.
CATEGORIA 2	Conhecimentos e habilidades relacionadas ao processo de inclusão social da pessoa com deficiência e necessidades especiais na comunidade.
CATEGORIA 3	Conhecimentos e habilidades necessários à orientação de familiares e cuidadores de usuários em internação domiciliar.

CATEGORIA 4	Conhecimentos e habilidades necessários à atuação na coleta, consolidação e análise de dados referentes às pessoas com deficiência e necessidades especiais.

A categoria 1 envolve conceitos relacionados à definição e identificação dos diferentes tipos de deficiência e necessidades especiais – tendo em vista o Decreto nº 5.296/04, que conceitua as deficiências visual, auditiva e física ⁽⁴⁾ e a Portaria nº 963/13, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde ⁽⁵⁾ e serve de base para a identificação de pessoas com necessidades especiais que se encontram em internação domiciliar. Essa categoria também compreende competências que incluem atividades de assistência, como a orientação do indivíduo e sua família a respeito dos serviços de atenção à saúde, ao autocuidado e à prevenção de situações de risco.

A categoria 2 compreende ações com abordagem familiar e de grupos a respeito da importância da inclusão social da pessoa com deficiência e/ou necessidades especiais, das redes de apoio e competências que tratam da acessibilidade, a humanização e equidade.

A categoria 3 direciona a abordagem às pessoas com necessidades especiais em internamento domiciliar. Compreende conhecimentos acerca do conceito, causas e finalidades do internamento domiciliar, monitoramento das situações de vulnerabilidade, além da orientação de familiares e cuidadores com relação aos cuidados fundamentais.

A categoria 4 diz respeito aos conhecimentos e habilidades relacionados à coleta de dados, abrange conceitos de territorialização, mapeamento, cadastramento e registro de acompanhamento domiciliar, bem como a análise dos dados e a utilização de recursos de informação.

Conclusão

O desenvolvimento de competências, através de uma formação sólida de conhecimentos e habilidades acerca da identificação, comunicação e abordagem das pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais, é fundamental para a garantia da atenção integral à saúde dessa população.

Desse modo, constata-se a necessidade de capacitação dos agentes comunitários de saúde com base nessas competências a fim de que eles possam intervir adequadamente no processo saúde-doença desse grupo.

Referências

- Arendt RJJ. Construtivismo ou construcionismo? Contribuições deste debate para a psicologia social. *EstudPsicol.* 2003; 87(1):5-13.
- Brasil. Ministério da Saúde / Ministério da Educação. Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde. 1ª ed. Brasília, DF, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasília, 2004.
- Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

AS OFICINAS EDUCATIVAS DESENVOLVIDAS POR ENFERMEIROS SOBRE ALEITAMENTO MATERNO COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Autor 1 (apresentador): Ryvanne Paulino Rocha – Universidade Federal do Ceará – ryvanne_@hotmail.com

Autor 2: Mariana da Silva Diógenes – Universidade Federal do Ceará

Autor 3: Olívia Maria Paes de Sousa – Universidade Federal do Ceará

Autor 4: Camila Martins de Medeiros – Universidade Federal do Ceará

Autor 5: Brenda Duarte Façanha – Universidade de Fortaleza

Autor 6 (Orientador) Luciane Alves de Oliveira – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Oficinas educativas. Aleitamento materno. Enfermagem. Promoção da saúde.

Resumo

O trabalho a seguir descreve um relato de experiência que aborda aspectos a respeito da relevância e aplicabilidade de oficinas educativas sobre aleitamento materno. A temática deve estar sendo inserida cada vez mais à prática do enfermeiro, com o objetivo de alcançar maior adesão das gestantes aos procedimentos corretos durante a amamentação. A forma dinâmica e interativa agregada à dissociação do ensino bancário, explicado por Paulo Freire, permite o fluir do diálogo e a compreensão das gestantes para com as devidas técnicas. Sendo assim, o trabalho mostra que ainda há deficiência de informação e influências socioculturais que corroboram a necessidade da aprendizagem das gestantes na temática. Ademais, cabe ao enfermeiro o processo educativo por meio de ações criativas e dialógicas no seu papel de cuidar, com a finalidade de estimular a efetividade dos benefícios do aleitamento materno para a saúde da mãe e do bebê.

Introdução

A oficina educativa é uma estratégia que pode ser desenvolvida por enfermeiros e por profissionais da saúde para determinados pacientes, auxiliando, desta forma, a compreensão de uma temática de forma dinâmica e interativa, possibilitando, por conseguinte, a promoção da educação em saúde. O trabalho em grupo, na forma de oficinas ou outros, possibilita a quebra da tradicional relação vertical que existe entre o profissional da saúde e o sujeito da sua ação, sendo uma estratégia facilitadora da expressão individual e coletiva das necessidades, expectativas e circunstâncias de vida que influenciam a saúde. O espaço grupal mediado pelo diálogo entre profissionais da saúde e os sujeitos ou a comunidade, permite a construção da consciência coletiva e o encontro da reflexão com a ação (LACERDA *et al.*, 2013).

Para alcançar um nível adequado de saúde, as pessoas precisam identificar e satisfazer suas necessidades básicas. Devem ser capazes de adotar mudanças de comportamento, práticas e atitudes, além de dispor dos meios necessários à operacionalização dessas mudanças. Neste sentido a educação em saúde significa contribuir para que as pessoas adquiram autonomia para identificar e utilizar as formas e os meios para preservar e melhorar sua vida. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

O enfermeiro tem papel relevante na educação em saúde pelo fato de a profissão demandar uma proximidade com o paciente. Logo, a função educadora lhe condiz por estar presente em ações e programas sociais que necessitam de estímulos e intervenções para a adesão de um determinado procedimento para com a saúde do cliente. Partindo desse pressuposto, compete aos enfermeiros uma atenção desdobrada às gestantes e ao constante incentivo para o aleitamento materno.

O profissional de saúde deve identificar durante o pré-natal os conhecimentos, a experiência prática, as crenças e a vivência social e familiar da gestante a fim de promover educação em saúde para o aleitamento materno, assim como, garantir vigilância e efetividade durante a assistência a nutriz no pós-parto (ALMEIDA, FERNANDES e ARAÚJO, 2004).

Além disso, é relevante examinar o desenvolvimento das mamas da gestante, aconselhar sobre uma alimentação saudável, estimular o aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses de vida do recém-nascido (RN), explicar sobre a consolidação do vínculo afetivo no binômio mãe-filho durante a amamentação, discutir sobre os benefícios para ambos e respeitar as influências socioculturais relatadas por ela durante as consultas de enfermagem. De acordo com o Ministério da Saúde, apenas 41% das mães brasileiras alimentaram seus filhos com aleitamento materno exclusivo até o 6 meses de vida no ano de 2008.

O aleitamento materno (AM) é a estratégia isolada que tem o maior impacto na redução da mortalidade infantil, podendo evitar 13% das mortes por causas preveníveis em menores de 5 anos em todo o mundo, De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), cerca de 6 milhões de crianças são salvas por ano graças ao aleitamento materno exclusivo (AME) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Metodologia

O trabalho consiste em um relato de experiência, com abordagem qualitativa, realizado como estratégia de oficina educativa com gestantes que se encontravam na sala de espera da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) em Fortaleza/CE. A oficina foi realizada por meio da disciplina de Educação em Saúde em dezembro de 2013. Os alunos foram autorizados pelo setor de Educação Continuada para a realização da dinâmica. No primeiro momento, foi ofertada uma capacitação para o grupo de alunos pela própria unidade, consistindo em uma reunião com uma enfermeira da instituição com exposição de um vídeo do Ministério da Saúde sobre aleitamento materno. Após o vídeo, todos os participantes interagiram e compartilharam experiências a respeito do tema. Essa reunião já ocorre de praxe semanalmente, tendo como público-alvo as gestantes, puérperas e acompanhantes. Posteriormente, a oficina educativa foi realizada com 10 gestantes no período da manhã com duração de aproximadamente 1 hora e 30 minutos. O encontro com as gestantes foi pautado em casos que retratavam situações corriqueiras socioculturais elaboradas pelos próprios alunos. Ademais, foram utilizados alguns materiais como bonecos, quadro com anatomia do seio feminino, manequim do seio feminino, panfletos informativos ofertados pela própria instituição, fraldas descartáveis, mamadeiras e chupetas. As situações elaboradas foram feitas para perceber o nível de conhecimento das gestantes sobre o assunto. A partir de então, essas pacientes puderam esclarecer dúvidas e praticar técnicas corretas de amamentação com os bonecos.

Resultados e Discussão

Previamente, foi esclarecido sobre a dinâmica que iria ser realizada e sobre a participação voluntária. As 10 gestantes que se encontravam na sala de espera foram convidadas a participar e todas aceitaram. Em seguida, os casos com situações corriqueiras

foram mencionados, à medida que elas iam sendo estimuladas a participar opinando entre certo e errado e corrigindo, se necessário. Os casos lidos continham algumas situações incorretas como passar óleos e cremes nas mamas no período da amamentação, não amamentar por acreditar ter o leite fraco e logo inserir outros tipos de leite, não deixar o RN sugar o leite materno até o fim por fazer mal à saúde, não poder amamentar por conta da anatomia do mamilo, oferecer água e leite ao RN na mamadeira, amamentar preenchendo a boca do RN somente com o mamilo e não com a aréola e, em caso de choro persistente, conceder a chupeta. Em todos esses casos pelo menos uma gestante opinou estar correto. Em seguida, foi justificado o motivo pelo qual essas situações não estavam corretas e, portanto, foi demonstrada a forma apropriada para essas ocasiões.

As gestantes, então, puderam tirar suas dúvidas e compartilhar suas experiências. A dúvida mais frequente foi sobre o uso de mamadeiras e chupetas. Isto posto, foi esclarecido que esses objetos podem prejudicar o desenvolvimento da dentição e da fala, além de estimular o desmame precoce, pelo fato de o material ter consistência desfavorável em relação à mama. Segundo França (2008), quando os bebês são alimentados tanto pelo peito como pela mamadeira, eles podem não adaptar-se a sucção correta no seio da mãe. O uso do chá ou água por mamadeira, prática tida como inofensiva por muitas mães e profissionais de saúde, pode contribuir para a introdução precoce de leites industrializados, pois a boa técnica de amamentação está relacionada com o esvaziamento efetivo da mama (FRANÇA, 2008).

A chupeta é bastante utilizada mesmo em população orientada para evitar o seu uso, tendo sido confirmada a associação entre o hábito de usar chupeta e o desmame precoce. Independentemente dos mecanismos envolvidos nessa associação, a criança que usa chupeta corre um risco maior de não receber os benefícios do aleitamento materno durante os primeiros seis meses. O profissional de saúde deve estar alerta para este fato e procurar intervir mais intensamente para que o desmame não ocorra (SOARES, 2003).

Para confirmar que o conteúdo tinha sido compreendido, elas foram convidadas voluntariamente a praticar com os bonecos e com os manequins algumas técnicas corretas da amamentação, como o preenchimento da boca do bebê não só com o mamilo, mas também com a aréola; o apoio da mão na mama em formato da letra C e as posições tanto da mãe como do bebê na hora de amamentar (ela sentada com o bebê deitado sobre o braço, ela sentada com o bebê sentado sobre a perna com o pescoço apoiado e deitada). Após o momento do treino com bonecos e manequins, elas afirmaram estar mais informadas e mais seguras para o momento da amamentação.

Durante a discussão, surgiram outras dúvidas sobre a gravidez, o parto, os cuidados com recém-nascidos, a doação de leite e as crendices populares. Em seguida, no momento final, elas receberam um panfleto elaborado pela própria instituição com informações sobre aleitamento e doação de leite materno.

Os fatores culturais envolvidos na prática do aleitamento materno sempre se fazem presente e, variando em função de diversas outras circunstâncias, podem auxiliar ou mesmo interferir negativamente. Mitos e tabus podem ser definidos como relatos simbólicos que passam de geração a geração dentro de um grupo social e explicam a origem de determinado fenômeno, traduzindo-se pela construção mental de algo idealizado sem comprovação prática, que acaba tomando-se uma proibição imposta por costume social (DEL CIAMPO, *et al.*, 2008).

Conclusão

O Enfermeiro como profissional da saúde, precisa ser capaz de identificar os níveis de sua ação no processo educativo, refletindo a necessidade de se desvincular de sua prática assistencial colocando-se como educador justamente pela ação recíproca da reflexão das pessoas (OLIVEIRA E GONÇALVES, 2004).

Segundo Sobral e Campos (2012), os profissionais de saúde ainda estão exercendo suas funções pelo modelo ensino-aprendizagem. Nesses modelos de educação, denominada por Paulo Freire como *bancária*, são válidos a transferência de conhecimentos de um profissional ao aprendiz, a formação técnica, a dissociação dos conteúdos ministrados e recebidos e o contexto de inserção social.

Para tanto se torna necessário o desenvolvimento de ações de educação em saúde numa perspectiva dialógica, emancipadora, criativa e que contribua para a autonomia dos profissionais diante da possibilidade de reinventar modos de cuidado mais humanizados, compartilhados e integrais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007). Além disso, as estratégias de educação em saúde devem ser esclarecedoras para efetivar o processo e técnicas corretas e, de forma científica, buscar desfazer mitos e tabus que podem interferir negativamente no processo de amamentação. Vale ressaltar que a crença de uma pessoa, sua visão de mundo ou sua espiritualidade podem repercutir sobre sua saúde. Principalmente no tocante à amamentação, os mitos ou tabus a ela relacionados podem trazer transtornos ou interferir na prática do aleitamento materno (DEL CIAMPO, *et al.*, 2008).

Desse modo, o trabalho evidenciou a importância de os enfermeiros aderirem estratégias educativas que estimulem o aleitamento materno de forma dinâmica e interativa. Ademais, foi possível perceber o quanto as gestantes estavam inseguras antes da oficina, seja por não ter conhecimento suficiente sobre amamentação, seja por receber influência sociocultural passível ao prejuízo das técnicas corretas. Após a dinâmica, elas se sentiram menos ansiosas, mais confortáveis para questionamentos e mais confiantes para o período puerperal e para a aplicação das condutas certas para o aleitamento materno.

Desse modo, fica evidente o trabalho do enfermeiro em estar encorajando e informando a gestante sobre a relevância e os benefícios do aleitamento materno para a saúde dela e para a do bebê por meio de estratégias educativas individuais ou grupais que facilitem a aprendizagem.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos. Brasília, DF, 2011.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. Caderno de educação popular e saúde. Brasília, DF, 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Guia de Produção e Uso de Materiais Educativos. Brasília, DF, 1998.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques; FERNANDES, Aline Garcia; ARAÚJO, Cleide Gomes. Aleitamento Materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. Revista Eletrônica de Enfermagem [online]. Goiás, v. 06, n. 03, p. 358-367. 2004.

DEL CIAMPO, Luiz Antonio *et al.* Aleitamento materno e tabus alimentares. Ver. Paul. Pediatr. São Paulo, v. 26, n. 4, p. 345-349, dez. 2008.

FRANÇA, Maristela Cavalheiro Tamborindeguy *et al.* Uso de mamadeira no primeiro mês de vida: determinantes e influência na técnica de amamentação. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 42, n. 4, p. 602-614, ago. 2008.

LACERDA, Adriana Bender Moreira de *et al.* Oficinas educativas como estratégia de promoção da saúde auditiva do adolescente: estudo exploratório, Audiol. Commun. Res., São Paulo, v. 18, n. 2, p. 85-92, jun. 2013.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; GONÇALVES, Maria Jacirema Ferreira. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. Rev. bras. enferm., Brasília, v. 57, n. 6, p. 761-763, dez. 2004.

SOARES, Maria Emília de Mattos *et al.* Uso de chupeta e sua relação com o desmame precoce em população de crianças nascidas em Hospital Amigo da Criança. J. Pediatr. (Rio J.), Porto Alegre, v. 79, n. 4, p. 309-316, ago. 2003.

SOBRAL, Fernanda Ribeiro; CAMPOS, Claudinei José Gomes. Utilização de metodologia ativa no ensino e assistência de enfermagem na produção nacional: revista integrativa. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 208-218, fev. 2012.

Agradecimentos

Agradecemos à professora Luciane Alves de Oliveira pela oportunidade de realizar a atividade e pela afetividade da educação no processo de formação de futuros enfermeiros, destacando o papel primordial da Educação em Saúde, às enfermeiras da Maternidade Escola Assis Chateaubriand pelo cordial amparo e receptividade, em especial à enfermeira Maria Anete Gadelha Vieira, e a todas as gestantes e acompanhantes que aceitaram participar da atividade e contribuir com a nossa formação acadêmica.

AS POLÍTICAS SOCIAIS E A POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA: UNIVERSALIZAÇÃO EXCLUDENTE?

Irismar Karla Sarmiento de Paiva (apresentador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN e karla.paiva@yahoo.com.br

Cindy Damaris Gomes Lira – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Jéssica Micaele Rebouças Justino – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Moêmia Gomes de Oliveira Miranda – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Ana Karinne Moura Saraiva (Orientador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte - UERN

Palavras-chave: Políticas Sociais. Sistema Único de Saúde. Inclusão Social. População em Situação de Rua.

Resumo

O processo de exclusão social, produto do projeto político-econômico, tem sido um dos maiores desafios para o Estado brasileiro, em particular para o Sistema Único de Saúde (SUS). Isto porque, é importante que as políticas sociais estejam coerentes com as necessidades da população, contribuindo portanto, com a garantia da saúde como um princípio de cidadania. Na atual conjuntura, este desafio se agrava com o número crescente da população em situação de rua, em que suas necessidades de vida, condição fundamental para a dignidade humana, são cerceadas. Diante disso, a presente investigação tem como objetivo analisar a materialização das políticas sociais para a população em situação de rua. Trata-se de uma pesquisa qualitativa com gestores da saúde, previdência e desenvolvimento social, bem como com profissionais da equipe de saúde da família do município de Mossoró/RN. O estudo revelou a inexistência ou pontualidade dos programas implementados voltados à PSR, desarticulação entre os diferentes setores governamentais envolvidos com essa população. Persistem ainda ações de caráter paliativo e higienista, ações pautadas em um modelo unicausal e no máximo multicausal da doença. Sendo assim, espera-se que os saberes construídos, por ocasião da pesquisa, contribuam no (re)direcionamento das políticas sociais à população de situação de rua, na (re)construção na organização dos serviços de saúde, bem como na (re)condução do processo de formação em saúde/enfermagem na perspectiva da transformação da exclusão social.

Introdução

A modernização do Estado brasileiro, o processo de industrialização e regulamentação das relações de trabalho contribuíram para uma mudança na agenda da saúde, anteriormente voltada para práticas pautadas numa concepção de saúde/doença unicausal. Neste período de modernização, evidencia-se a mudança do locus de intervenção em saúde da rua para o corpo doente, já que, até então, a assistência à saúde estava restrita a uma prática filantrópica (MENDES, 1999). Na tentativa de suprir as demandas geradas pela mudança no contexto histórico social e econômico, foram surgindo outras propostas de modelos de saúde, desconsiderando, por vezes, uma parcela da população. Delineava-se portanto, a universalização excludente (MENDES, 1999). O processo de redemocratização do Brasil representa um período marcante para a sociedade brasileira, em especial, para a saúde. É nesse período que efervesce e consolida o movimento da Reforma Sanitária, movimento social, político e ideológico que vislumbrava uma “Reviravolta na Saúde” (ESCOREL, 1998). Neste sentido, não se restringe a luta pela legalização de um Sistema Único de Saúde (SUS), mas promove uma mudança paradigmática e pragmática, no pensar e fazer em saúde a partir de concepções mais totalizadoras, justas e democráticas de sociedade, saúde, gestão, formação e etc. A concepção ampliada de saúde, os princípios filosóficos e operacionais como universalidade, integralidade e equidade, nos faz reconhecer que o SUS não é, apenas, mais uma mudança normativa-operacional, mas eminentemente paradigmática. Essa mudança está alicerçada, principalmente, na garantia do direito à saúde e na compreensão ampliada das necessidades sociais de saúde. Desse modo, a saúde não é mais compreendida como ausência de doença, tampouco atendendo a uma relação linear de causa e efeito, mas é, eminentemente, um direito de cidadania. Portanto, ações individuais, pontuais e biológicas são insuficientes para dar conta de intervir nos determinantes do processo saúde/doença, uma vez que os problemas de saúde se constroem a partir das diferentes formas de viver e trabalhar dos sujeitos. Somado a isso, a conquista do direito à saúde está inserida numa perspectiva mais ampliada de proteção social definida na Constituição Federal de 1988 por um sistema de Seguridade Social organizado em Previdência Social, que segue de modo mais puro a lógica do seguro; a Saúde, universal e independente de contribuição; e, Assistência Social, independente de contribuição, porém destinada a população mais pobre. Neste sentido, a construção das políticas sociais devem possibilitar um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (BRASIL, 1988). Do projeto de um universalismo inclusivo, fruto da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), constrói-se, paralelamente, um universalismo excludente (MENDES, 1999). Este “novo” universalismo confere uma falsa igualdade entre homens, pois está alicerçada no discurso da cidadania democrática de direito que se quer tocar no antagonismo de classes. A proposta de ampliação da Atenção Básica à Saúde, sob diferentes denominações e abordagens, vem se desenvolvendo no país há várias décadas, e, a partir da implantação do SUS, tem sido apontada como porta de entrada e acesso da população que se utiliza do SUS nos vários níveis de complexidade tecnológica. Deve-se existir serviços em quantidade e qualidade, de acordo com as necessidades da população, preocupando-se com o estabelecimento de equidade, rotinas e protocolos com ênfase na inclusão, valorização das tecnologias leves de trabalho (escuta, vínculo etc.); ser legitimado e aceito pela população, de acordo com suas experiências culturais anteriores, e o estabelecimento de novos consensos através da participação social. Este desafio amplia-se ao percebermos o número crescente de pessoas que são excluídas das estruturas convencionais da atual sociedade, como emprego, moradia e privacidade. São milhares de pessoas, de famílias, que vivem na e da rua, entretanto, quando organizadas, preferem a denominação de “pessoas em situação de rua”, visando caracterizar o princípio da transitoriedade deste processo de absoluta exclusão social, mesmo que no fundo, muitos saibam que sair da rua não é tão simples. As políticas voltadas a essa população, majoritariamente, são apenas compensatórias, assistencialistas (ROSA, CAVICCHIOLI, BRÊTAS, 2005). Diante do exposto, a problemática descrita sinaliza para importância de se pensar e discutir um problema social emergente no país, em especial na cidade de Mossoró. A proposta de estudo ganha relevância ao se perceber que é crescente a população em situação de rua, bem como a escassez de estudos que abordem esta temática, caracterizando assim uma lacuna teórica. Afunilando para realidade de Mossoró, a pesquisa que teve como objeto a busca dialógica entre população em situação de rua do município de Mossoró, políticas sociais e o marco referencial da Saúde Coletiva. Deste modo, a pesquisa reforçou o compromisso da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN), em especial, da FAEN/UERN em desenvolver estudos que contribuam com a transformação das condições de exclusão social, e de modo particular, com a materialização dos princípios e diretrizes do SUS.

Metodologia

O estudo desenvolvido é de natureza qualitativa e para alcançar seus objetivos, a pesquisa operacionalizada em dois movimentos articulados que, não necessariamente obedeceram a uma ordem de prioridade, acontecendo de modo a considerar as necessidades geradas pelo próprio estudo. O primeiro movimento foi sistematizado e realizada uma revisão bibliográfica sobre a temática da pesquisa. Na perspectiva de contextualizar o objeto de estudo, oportunidade em que revisitamos a produção de autores que já escreveram sobre a temática. No segundo movimento, foram realizadas as entrevistas semiestruturadas, bem como análise, discussão e socialização dos conhecimentos produzidos pela pesquisa. A amostra foi composta por profissionais da Atenção Básica e gestores (da saúde, previdência e Assistência social) do município de Mossoró. A escolha da Atenção Básica (AB) se deu pensando a organização do SUS em níveis de densidade tecnológica, sendo a AB considerada a porta de entrada dos usuários, responsável por um cuidado longitudinal, com resolutividade de 80% das necessidades de saúde dos usuários (BRASIL, 2009). Os gestores também constituem recorte desta investigação pela necessidade de articulação entre esses atores e as políticas públicas. O município de Mossoró possui 43 UBS, desse universo escolhemos equipes de bairros mais periféricos, outros mais centrais, na perspectiva de caracterizar os distintos territórios onde a PSR pode estar inserida, totalizando 03 UBSF, número estabelecido após saturação das falas. O fechamento do tamanho amostral foi condicionado ao critério de saturação teórica seguindo-se os passos contidos na proposta elaborada por Fontanella et al (2011, p. 389) que dizem que a amostragem por saturação teórica é quando “interrompe-se a coleta de dados quando se constata que elementos novos para subsidiar a teorização almejada (ou possível naquelas circunstâncias) não são mais depreendidos a partir do campo de observação”. Os sujeitos da pesquisa foram selecionados respeitando-se os critérios de inclusão e exclusão. Como critérios de inclusão: ser profissional da equipe de saúde da família do município de Mossoró lotados em UBSF que são campos de estágio da FAEN/UERN; ser membro da equipe de saúde da família há no mínimo um ano; ser gestor da Saúde; ser gestor do Desenvolvimento Social; ser gestor da Previdência Social; ter mais de 18 anos, ter disponibilidade e interesse em participar da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: estar de férias, de licença ou de atestado médico no momento da pesquisa de campo. Os sujeitos participantes da pesquisa que aceitaram o convite em participar da investigação, acordaram com o pesquisador um dia, horário e local para a realização das entrevistas, estando presente, no momento da entrevista, apenas o pesquisador e o entrevistado foram respeitadas as recomendações da resolução 466/ 2012, sendo garantido o sigilo e a privacidade do informante.

Resultados e Discussão

Os profissionais de saúde quando questionados acerca de quem é a PSR no município de Mossoró apresentaram em sua maioria desconhecimento da complexidade e heterogeneidade desse grupo, homogeneizando-os com estigmas e rótulos, em sua maioria afirmaram que se tratava de pessoas que não possuem endereço fixo, usuários de drogas, não possuem residência, nem emprego. A esse respeito Aristides e Lima (2009) corroborando Rosa, Secco e Brêtas (2006) apontam que a sociedade encara de forma estereotipada a PSR, como um grupo homogêneo de pedintes, mendigos, doentes mentais e drogados. No entanto, dados da pesquisa Nacional sobre a PSR revelam que a grande maioria destes indivíduos (70,9%) exercem alguma atividade remunerada, especialmente na economia informal, sendo, portanto, essa população também caracterizada pelo fato de sobreviver a partir de atividades produtivas desenvolvidas nas ruas. O estigma e o preconceito contribuem para que os sujeitos em situação de rua, sejam impedidos do exercício de sua cidadania plena (GONTIJO, MEDEIROS, 2009). Para Aguiar e Iriart (2012), o que vem ocorrendo é que a ida para as ruas provoca uma ruptura com as formas sociais geralmente aceitas de sobrevivência segundo o princípio legitimador do mercado, no qual o trabalho é provedor da moradia, alimentação e demais necessidades. Viver na rua é romper com o mercado e seu estilo de vida; o que não significa a eliminação total do trabalho ou o impedimento à subsistência, mas o desenvolvimento de novos códigos, de formas específicas de garantia da sobrevivência. Diante da complexidade de vida e trabalho da PSR, não podemos pensar em caracterizá-la num padrão estereotipado que, por vezes, anula e massifica as suas múltiplas identidades. São homens, mulheres, crianças, idosos, jovens, que, diariamente, lutam pela sobrevivência de sua vida e de suas múltiplas identidades. O desafio está, portanto, em atentar para a complexidade do processo saúde-doença dessa população e de identificar suas reais necessidades. Quando questionados acerca de como a Atenção Básica tem atendido as necessidades da PSR e quais estratégias desenvolvidas para contemplar essa população, os profissionais das UBSF em sua maioria mostraram desconhecer a PSR enquanto pertencentes ao seu território de abrangência, sendo essa muitas vezes invisível aos olhos do profissional; e quando aparecem na UBSF, rompendo todas as barreiras do acesso e da burocratização do atendimento, acabam sendo tratadas como uma ficha extra, um caso avulso, não envolvendo essa pessoa, que está em situação de vulnerabilidade, na rede de atenção. Além de não se apontarem estratégias para trabalhar as necessidades dessa população que tem um processo saúde-doença complexo e peculiar, percebe-se que o modelo da doença tem inspirado as ações dos profissionais e gestores. Do exposto evidencia-se que o modelo de atenção que tem inspirado as políticas e ações dos profissionais, limita a compreensão do processo saúde-doença, enfocando somente as questões biológicas e, em alguns casos, associa a um fator social, em geral, relativo ao estilo de vida, cuja consequência é a culpabilização das pessoas pela condição na qual se encontram ou pela patologia adquirida. Portanto, esquece, mascara ou desconsidera a relação de determinação estabelecida entre o processo saúde/doença e o modo de trabalhar e viver das pessoas. A saúde não é só a vida no silêncio dos órgãos mas também a vida na descrição das relações sociais, e o processo saúde-doença das pessoas em situação de rua produz ruídos nem sempre audíveis pela sociedade (ROSA, CAVICCHIOLE, BRETAS, 2005; SILVA, 2013). Quando questionamos o público alvo da pesquisa sobre existência de normativas legais ou políticas que assegurassem a assistência da PSR, e quais estratégias vinham sendo desenvolvidas por eles enquanto gestores e executores da assistência à saúde, muitos afirmaram que não tinham conhecimento de nenhuma política específica que respalde a assistência a PSR seja a nível de gestão ou de ESF, outros afirmavam que a PSR não faz parte de sua clientela. Percebe-se que apesar do SUS garantir legalmente o acesso igualitário, integral e com equidade aos serviços de saúde, em termos práticos, não se vê a extensão desses direitos à população de rua (ARISTIDES, LIMA, 2009). Apesar da Política Nacional para a PSR (2009) ter como um de seus princípios a articulação e integração das políticas públicas, na dinâmica dos serviços de saúde da Atenção Básica de Mossoró não se verifica articulação de conhecimentos e informações entre serviço e gestão, ou até entre os diferentes profissionais de um mesmo serviço. Há necessidade de se discutir as políticas públicas de saúde que, em vez de definirem os programas específicos voltados a grupos elegidos focalmente, passassem a reconhecer os diferentes problemas de acesso, as questões locais, geográficas, culturais e toda a especificidade que envolve a relação com a saúde da PSR. Então, políticas focalizadas, que permite a inclusão não por direito de cidadania, mas por grau de pobreza, pode-se afirmar que elas não garantem base de igualdade a sociedade, e sim, uma “universalização excludente” cercada de valores individualistas que fortalece a lógica da segmentação do sistema público de saúde. (VARANDA; ADORNO 2004). O cenário descrito aponta a necessidade de uma maior articulação, uma política construída com base na intersetorialidade, de respeito aos princípios e diretrizes do SUS, preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, busca permanente a (re)construção da cidadania.

Conclusão

Conforme visto, os profissionais que atuam nos serviços de Atenção Básica de saúde e gestores públicos, em sua maioria, não promovem uma política de atendimento que responda às necessidades e demandas da população em situação de rua, chegando muitas vezes a desconhecer-la, homogeneizando-as sob o estigma de delinquentes ou usuário de drogas. O estudo revelou a inexistência ou pontualidade dos programas implementados voltados à PSR, desarticulação entre os diferentes setores governamentais envolvidos com essa população. Persistem ainda ações de caráter paliativo e higienista, ações pautadas em um modelo unicausal e no máximo multicausal da doença. A população de rua não necessita de um novo sistema de saúde como bem afirma Botti (2009), pois a integralidade, equidade e a universalidade do atendimento estão garantidos na Constituição Brasileira (1988) com a criação do SUS. Portanto, torna-se imprescindível que os serviços de saúde considerem que em cada população existem grupos com problemas específicos e diferenças no modo de viver, de adoecer e de ter oportunidade de satisfazer suas necessidades de vida, assim a universalização da saúde apresenta o desafio de intervir na realidade tal como ela está constituída. Hoje a população de rua faz parte do cenário urbano, requerendo intervenções que levem em conta como ela se constitui e as formas de sobrevivência ali desenvolvidas.

Referências

Inserir as referências bibliográficas segundo a norma da ABNT (ARIAL, 10)

ARISTIDES, J. L.; LIMA J. V. C. Processo Saúde-doença da população em situação de rua da cidade de Londrina: aspectos do viver e adoecer. Revista Espaço para a Saúde, 2009 Jun; v. 10. n. 2. 10 p.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

ESCOREL, Sarah. Reviravolta na Saúde: Origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

MENDES, Eugênio Vilaça. Uma agenda para saúde. São Paulo: HUCITEC, 1999.

ROSA, A.S.; SECCO. M.G.; BRÊTAS, A.C.P. O cuidado em situação de rua: revendo o significado do processo saúde-doença. Rev Bras Enferm. 2006 maio-jun; v. 59. n. 3. p.331-6.

ROSA, A.S.;CAVICCHIOLI, M.G.S.;BRÊTAS, A.C.P. O Processo saúde-doença-cuidado e a população em situação de rua. Rev Latino-am Enfermagem, 2005 julho-agosto; v. 13. n. 4. p. 576-82.

SILVA, S. P. As Práticas de saúde das Equipes de Consultório de Rua. Recife [dissertação] Recife: Universidade Federal do Pernambuco; 2013.

VARANDA, W.; ADORNO, R. C. F. Descartáveis urbanos: discutindo a complexidade da população de rua e o desafio para políticas de saúde. Saúde e Sociedade, 2004 Jan-Abr, v. 13. n. 1. 14p.

Agradecimentos

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

AS TERAPIAS COMPLEMENTARES NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM: VISÃO DE UM DISCENTE

Silvio Barros do Nascimento - Universidade Potiguar do RN UNP, silviobn@gmail.com
Izabella Bezerra de Lima Moura - Universidade Potiguar RN UNP
Clélia A. Simpson - Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN
Lucélia Fernandes de Almeida - Universidade Estadual do Ceará UECE
Averlândio Wallysson S. da Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte UFRN
Francisca Patrícia Barreto de Carvalho - Universidade do Estado do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Terapias Complementares. Educação em Enfermagem. Saúde Holística.

Resumo

Objetivo: discutir sobre as terapias complementares na formação de enfermagem relatando a experiência de um discente ao vivenciar uma disciplina sobre práticas integrativas em saúde em sua grade curricular. Método: trata-se de um estudo descritivo, de relato de experiência, subsidiado pela literatura dos últimos cinco anos sobre o tema. Resultados e discussões: A disciplina Terapias Complementares, possibilitou ao aluno a reconhecer-se como sujeito social, multidimensional, produto e produtor das transformações sociais capaz de pensar e atuar de maneira crítica e reflexiva sobre a realidade na qual está inserido, permitiu ao discente se certificar como parte integrante do processo de construção do conhecimento, compreender os sujeitos sociais em sua multidimensionalidade, modo de ver e perceber a vida a fim de produzir uma intervenção que atenda as necessidades nela expressa, seja de maneira individual ou coletiva. Conclusão: A importância desta terapia no universo do cuidado integral à saúde na Estratégia da Saúde da Família, fez com que ele refletisse sobre o trabalho do enfermeiro a frente do uso das TC, diante do processo de elaboração e execução das Políticas nacional de Saúde de Práticas Integrativas SUS. Desse modo, a discussão da temática na forma como vem sendo implantado é de suma importância para a formação em enfermagem, como meio de construir uma visão globalizante e integral do ser humano e consequentemente, do trabalho em saúde.

Introdução

O conhecimento referente à saúde e doença varia de acordo com os momentos históricos vividos pelas populações, cada momento se compreende de forma diferente este conceito, com isso surgem diferentes concepções que discutem sobre este tema. A erudição sobre este assunto é associada a vários fatores culturais e credences referente ao local de convivência. Mas seguindo a teoria evolutiva, devemos modificar os pensamentos, e passar a vivenciar o novo.

Ter conhecimento das tradições das terapias naturais e complementares, favorece a amplitude no cuidado da saúde e mostra que é possível construir novas técnicas referentes ao ato de cuidar, fazendo com que se abram novos horizontes, através do aprendizado, colocando em evidência a importância desta terapia no universo do cuidado integral à saúde. Sendo assim, faz com que o aluno pense sobre a importância da utilização de tais terapias complementares, diante do processo de elaboração e execução da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS (PNPIC).

Na formação em Enfermagem, elucidar sobre essa temática faz-se pertinente, pois fortalece a concepção de saúde e doença de forma aplicada, de maneira a possibilitar estratégia de terapias contra hegemônicas, além da possibilidade de aplicação facilitada com o seu baixo custo.

Conhecer as terapias complementares, não só da forma contextual, e sim em prática, é de suma importância para que possamos aplicá-las, fortalecendo a vivência dos tratamentos de uma forma como um todo, vendo pontos especiais de estimulação de terapias, e descobrir sensações e sentimentos pessoais e únicos específicos do que está aplicando.

Desse modo, o objetivo deste texto é discutir sobre as terapias complementares na formação de enfermagem relatando a experiência de um discente ao vivenciar uma disciplina sobre práticas integrativas em saúde em sua grade curricular.

Foi realizado uma revisão de literatura sobre a temática, que servisse de aporte para o relato de experiência que aqui faz-se mostrar. Descrevendo a percepções e simbolismos de um discente que viveu a implantação de um currículo que contemplasse os métodos de alternativos de terapêutica.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de relato de experiência, com abordagem qualitativa, subsidiado pela literatura encontrada em livros de saúde pública, manuais do ministério da saúde e artigos encontrados na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Resultados e Discussão

Ao fazer a correlação entre saúde e doença deve-se lembrar que no passado, a doença era vista apenas como um fenômeno biológico e individualizado. Não se deve ver o indivíduo apenas pelo seu estado ou condição que ele apresenta no momento. Com isso não devemos se limitar em ver a doença apenas como um conjunto de sinais e sintomas específicos que afetam um ser vivo, alterando o seu estado normal de saúde, deve se ter uma visão holística e olhar além do estado físico, os psicológicos, emocional e social. Esta é a maior missão do profissional de saúde.

Evidenciando a importância de abordar novos métodos utilizados na atenção em saúde, possibilitando aos futuros profissionais conhecer novas abordagens na esfera do cuidado em saúde na Estratégia de Saúde da Família, com vistas ao cuidado integral, a Universidade Potiguar/RN, inseriu no currículo do curso de bacharelado em Enfermagem, para as turmas de 5º período, a disciplina em de Terapias Complementares.

A disciplina permitiu ao discente a reflexão sobre o processo do trabalho do enfermeiro frente ao uso das TC e do processo de criação e realização da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. Destaca-se a importância da relação entre o paciente e o profissional de saúde, focando a pessoa como um todo, assim poderá obter o melhor desempenho na cura.

Fazer com que o estudante possa adquirir habilidades e competência para reconhecer-se como sujeito social tendo múltiplos conhecimentos e sendo produto e produtor das modificações sociais, capacitado para pensar e operar de forma apreciada e meditativa sobre a realidade do contexto inserto, se sentindo como parte complementar da continua construção do conhecimento.

Acredita-se que ao fazer com que o profissional da saúde possa compreender os indivíduos em sua multidimensionalidade, respeitando sua natureza e costume, possa intervir e atender as necessidades expressadas de maneira coletiva ou individual. A compreensão sobre

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

as Políticas de Saúde, em especial as Práticas Integrativas e Complementares, fará o discente adquirir maior autonomia no cuidado em saúde, e o ajudará na obtenção de valores e atitude colaborativa, frente aos problemas humanos, reconhecendo a humildade, o respeito e a solidariedade como instrumentos para o trabalho em saúde, certificando a importância da integralidade do sujeito, das ações e serviços em saúde e dos saberes e também possa ter uma postura crítica e reflexiva diante das demandas de saúde do século XXI.

O conteúdo programático da disciplina foi aplicada no período de janeiro a junho de 2014 com carga horária de 60h, dividido em duas unidades, com encontros semanais nas sexta-feira das 19h às 20h40min.

Na primeira unidade foi explorada a parte teórica, focando no conhecimento científico e saberes das tradições e mostrando-as de uma forma sucinta as TC, desta maneira conseguiu estabelecer um diálogo importante para o cuidado em saúde e o professor da disciplina pôde avaliar o conhecimento de sua turma frente à matéria abordada. Na segunda unidade os alunos puderam conhecer as TC mais profundamente e as que são mais utilizadas nas ESF, vendo como é empregada, aprendendo como deve ser abordada e praticando em sala de aula.

Desta forma as aulas se transcorreram desta maneira:

No primeiro dia de aula foi mostrado que a Organização Mundial de Saúde criou um programa de Medicina tradicional na década de 70 com a intenção da prática da Medicina Tradicional Complementar nos sistemas nacionais de atenção à saúde e também com o interesse de fazer crescer estudos científicos com a intenção de produzir o efeito esperado nos pacientes com qualidade e segurança. Esta teoria discutida gerou certa polêmica sobre a real eficácia da utilização destas terapias, assim a dúvida como pode desenvolvê-las, como seria aceitação de um paciente que é acostumado a tomar substâncias químicas, para eliminar uma dor e abruptamente ser indicado um chá? Como ele iria avaliar aquela consulta? Foi mostrado que estas resistências são normais, mas que se não houver a tentativa da troca de conhecimentos, deixa-se de lutar por um novo formato de assistência à saúde.

No segundo dia de aula, foi abordado o tema sobre respiração, perguntado se todos sabiam da importância de respirar bem, foi respondido que a respiração é responsável em levar oxigênio para o sangue e ele ser transportado para as células, e nas células se utiliza do oxigênio para queimar oxigênio e sim gerar energia. O professor acatou a resposta como certa, mas depois indagou, e vocês respiram corretamente? Alguns se entreolharam meio confuso com a pergunta feita, mas logo em seguida fomos convidados a aprender a respirar de forma correta, não respirar e sim, inspirar e expirar.

Neste dia os alunos estavam inquietos, alguns não haviam chegado, todos que estavam na sala foram convidados a formar um grande círculo e à medida que os outros chegavam, se inseriam no grupo. Quando a movimentação deu uma trégua o professor pediu que todos fechassem os olhos, apagou as luzes formando uma penumbra, colocou uma música relaxante e pediu que o acompanhasse puxando o ar pelo nariz quando ele ordenasse e soltando pela boca, tentando fazer um movimento suave, sentindo a respiração.

No início foi difícil se concentrar, mas após alguns minutos não se conseguia mais escutar barulhos, o movimento passou a ser de forma involuntária, como se os acordes que toava inicialmente passasse a interagir com a respiração, a agitação inicial deixou de existir, assim como as pessoas que formavam aquele grande círculo, parecia subsistir um único ser, já não existia pensamentos alheio, apenas aquele momento, quanto mais tempo passado, mas apresentava uma sensação de paz, talvez pouco sentida mas única, terminou a música e a classe foi convidada a abrir os olhos lentamente e todos como um só coro conseguiu descrever tais sensações.

Após esta atividade, o professor explicou que essa técnica pode ser usada, em momentos que o paciente encontra-se angustiado, pois este exercício ajuda a combater o stress e a ansiedade, aliviar sintomas da depressão e controlar as emoções. Após a aula todos comentaram sobre a aula e se mantiveram frenéticos para o fechamento da disciplina com a dinâmica em grupo.

Na aula seguinte, todos os alunos chegaram no horário, sabiam o tema que ia ser passado, estavam ansiosos para a aula começar, pareciam querer reviver as sensações da aula anterior. O professor começou com uma explanação rápida, falava da terapia em grupo como uma forma de haver um laço entre o paciente e o profissional, que ao formar o círculo para debater assuntos do nosso cotidiano tudo que ali tinha sido tratado não devia sair, comentou que uma das vantagens do trabalho em grupo e a possibilidade de proporcionar um ambiente onde as pessoas ali presentes estariam estabelecendo relações interpessoais, melhor relação custo-eficácia, permissão de que os integrantes do grupo possa se identificar os problemas semelhantes aos seus, observa as comunicações estabelecidas e o comportamento, obter em dar e receber respostas simultâneas e com isso gerar soluções para os problemas abordados.

Após a abordagem da temática criamos um círculo e fizemos nosso juramento de que tudo que ali foram relatados, não sairia daquele ambiente, o professor passou a ser o mediador das conversas e pediu que cada um falasse em uma única palavra o que o afligia naquele momento, passaram a relatar problemas do cotidiano como: medo, angústia, ansiedade, aflição, entre outros, em quanto os alunos falavam o mediador anotava, em seguida sugeriu que votassem em um dos problemas citado, em comum acordo o tema escolhido foi “ansiedade”, pediu que cada um comentasse em poucas palavras que tipo de ansiedade estava sentindo, umas pessoas falaram que não havia um motivo certo apenas se sentia ansiosas, já outras que sua ansiedade é referente à resolução de um problema outras já queria adquirir mais conhecimentos e isso a deixava ansiosa.

Ele já tinha um tema, pediu que fosse feito mais uma votação sobre que tipo de ansiedade queria que fosse tratada, em seguida, construiu o tema a ser abordado “ansiedade em ver minha filha”. Uma aluna, pouco conhecida pela turma, falou que o que a deixava angustiada era o motivo de querer estar com sua filha todas as noites e não poder, ela relatou que mora em uma cidade do interior e que para ela estudar precisou vir para a capital, mãe solteira precisa trabalhar e não tinha como trazer sua filha, preferiu deixar com os pais e passar a vê-la apenas nos finais de semana, só que esta ausência a deixava angustiada, principalmente por não ter pessoas para compartilhar de sua dor, exclamou que era a primeira vez que estava dividindo a sua angústia e que se sentia muito solitária. O mais intrigante desta história é que a turma já se encontra há dois anos e nunca ninguém havia prestado atenção nela. Será que de forma egoísta ou as obrigações do dia a dia proporciona está cegueira?

Todos absorveram aquela história e iniciaram uma conversa em conjunto com o objetivo de amenizar aquela dor, foi descoberto que outras pessoas haviam passado pela mesma situação e que passava pela mesma experiência. No final da aula alguns já emocionados com a história de vida da aluna, a acolheram e ela pôde expressar a satisfação de ter tido a oportunidade de compartilhar o seu problema com outras pessoas.

Esta experiência serviu para mostrar que na maioria das vezes, deixamos passar despercebidos os problemas das pessoas, e que devido cada um está centrado nas suas obrigações abandonamos pessoas que estão do nosso lado, tornando-a invisível. O profissional em saúde deve estar sempre atento a todos os detalhes, pois em um momento de descuido pode estar perdendo uma vida ou uma oportunidade de interagir e colaborar para o bem estar do outro.

Conclusão

As práticas complementares junto à proposta do SUS e as recomendações da Organização Mundial de Saúde vieram para ajudar o profissional de saúde a ter uma visão mais holística, excluindo o olhar da medicina tradicional que vê a doença apenas como um conjunto de sinais e sintomas, e passando a aplicá-la de uma forma multidisciplinar.

Diante desta vivência, compreende-se a importância de refletir sobre a enfermagem e que se faz-se necessário exercê-la de uma forma

mais humanitária. O profissional de enfermagem deve compreender o verdadeiro significado da dor e a forma que cada indivíduo ver o mundo. Inferir este aspecto subjetivo e real não é simples, pois cada vivência é única e pode ser interpretada de diversas formas, precisa conhecer as suas raízes, crendices, sentimentos, hábitos, costume e valores, isto vai determinar a forma que como o enfermeiro ou qualquer outro profissional de saúde deve proceder com o indivíduo e saber a postura e atitude a ser tomada no seu cuidado.

Como foram aludidos, as terapias complementares, não proporciona curas milagrosas em nenhum tipo de patologia apresentada, mas o processo em saúde é feito de uma forma gradativa, visando a cura de uma forma mais ampla, acreditando sempre que cada pessoa deve ser vista individualmente, mesmo que o conjunto de sinais e sintomas apresentados seja parecido com a de outro paciente, devemos ter sensibilidade para entender a dor de cada um e não a ignorá-la, mesmo que achemos que não é importante.

Deve sempre está buscando novos métodos para auxiliar na saúde, mantendo sempre atento as mudanças e as novas técnicas e está disposto a aprendê-las e a aplicá-las.

Esta vivencia em sala de aula foi de suma importância, pois ajudou a apreender novas técnicas e utilizá-las com um propósito de ajuda. Assim como auxiliou na compreensão de alguns sentimentos, destacou a importância da percepção na profissão, e no entendimento no que se diz respeito a dor e doença.

Referências

AGUIAR, W.H. Processo de Enfermagem, São Paulo: EPU Editora Pedagógica e Universitária Ltda. 1979.

ALEXANDER, S.R. Fundamentos da Medicina Tradicional Chinesa. Disponível em: <http://portalsaude.dominiotemporario.com/doc/Alexander_Raspa_da_Silva_-_FUNDAMENTOS_DA_MEDICINA_TRADICIONAL_CHINESA.pdf>. Acesso em: 12 mai 2014.

BOLANDER, V.R. Enfermagem Fundamental: Abordagem Psicofisiológica. Lisboa: Lusodidacta, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 92 p. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em: 01 Ago 2014.

BUDÓ, M.L.D et al. Prática de Cuidados em relação a dor a cultura e as alternativas populares. Revista de Enfermagem, 2008, 12(1):90-96. 2008. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20081/16ARTIGO12.pdf>. Acesso em: 01 jun 2014.

CABALLO, V E. Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento. Santos, São Paulo, 1999.

LANDMANN, L.. Medicinas alternativas: mito, embuste ou ciência?: Homeopatia, medicina herbal, acupuntura, meditação, ioga, biofeedback e cura pela fé. Rio de Janeiro RJ: Guanabara, 1989. 185 p.

TROVO, M.M.; SILVA, M.J.P.; LEÃO, E.R. Terapias alternativas/complementares no ensino público e privado: análise do conhecimento dos acadêmicos de enfermagem. Revista Latino Americana de Enfermagem, 2003, 483(11):4-9. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v36n1/v36n1a11>>. Acesso em: 30 mai 2014.

UNSCHULD, P.U. Huang Di nei jing su wen: Nature, Knowledge, Imagery in an Ancient Chinese Medical Text. Berkeley Los Angeles London: University Of California Press, 2003. 532 p.

Agradecimentos

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 e sempre está do meu lado nas minhas decisões. 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 ensinamento na pesquisa científica professora Clélia Simpson, pela sua confiança e acolhida.

ASPECTOS CRÍTICOS DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS DE UM HOSPITAL PRIVADO

Lima, Daiany Cajado – Universidade Estadual do Ceará – daianycajado@hotmail.com

Silva, Daniela Cristina de Paula de Castro – Universidade Estadual do Ceará

Silva, Marcelo Gurgel Carlos da Silva – Universidade Estadual do Ceará

Oliveira, Roberta Meneses – Universidade Estadual do Ceará

Santiago, Jenifa Cavalcante dos Santos – Universidade Estadual do Ceará

Leitão, Ilse Maria Tigre de Arruda – Universidade Estadual do Ceará

Descritores: assistência à saúde; cuidados de enfermagem; cultura organizacional; segurança do paciente; gerenciamento de segurança.

Resumo

Este trabalho teve como objetivo, averiguar as áreas críticas da cultura de segurança do paciente entre enfermeiros de um hospital da rede privada de Fortaleza - CE, através da análise das dimensões da cultura de segurança do paciente percebida por estes, e da identificação dos fatores intervenientes que influenciam na segurança do paciente no referido hospital. Trata-se do recorte de um estudo multidimensional de maior abrangência (projeto guarda-chuva), de caráter quantitativo, descritivo exploratório, transversal. Optou-se para coleta de dados com os enfermeiros, a aplicação de um instrumento da *Agency for Health Research and Quality (AHRQ)*, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (Questionário Hospitalar sobre Cultura de Segurança do Paciente - QHCSP). Participaram do estudo 44 enfermeiros das diversas unidades do hospital. Foi encontrado que a maioria das dimensões da cultura de segurança avaliadas em todas as unidades/áreas apresentou resultados consistentes com uma cultura de segurança forte, conforme limite de 75% estabelecido pela AHRQ. Os aspectos críticos que mais se destacaram foi relativo a cultura punitiva e a subnotificação do erro/evento. Notou-se a existência de várias lacunas que devem ser preenchidas para que uma cultura de segurança seja realmente eficaz na instituição. Existe, na instituição do estudo, várias lacunas que ainda devem ser preenchidas para que uma cultura de segurança seja realmente eficaz na instituição.

Introdução

A segurança do paciente e suas implicações na área de saúde é um tema que tem sido propulsor de muitas pesquisas e publicações nos últimos anos, principalmente no que diz respeito aos erros e eventos adversos relacionados à prestação do cuidado e às repercussões destes para a saúde dos indivíduos a curto, médio e longo prazo (BELELA, PETERLINI, PEDREIRA, 2010; ROQUE, MELO, 2010).

Como as organizações de cuidado de saúde se esforçam continuamente para melhorar, há um reconhecimento crescente da importância de uma cultura de segurança do paciente. Alcançar esta cultura requer um entendimento de valores, crenças e normas sobre o que é importante em uma organização e que atitudes e comportamentos relacionados à segurança do paciente são suportados, recompensados e esperados. (SORRA et. al, 2011).

Em 2004, a *World Health Organization* -WHO criou a Aliança Mundial pela Segurança do Paciente – AMSP, que tem como missão coordenar, disseminar e acelerar melhorias para segurança do paciente em âmbito mundial, apoiados na perspectiva de que o paciente sob cuidados está sujeito a sofrer eventos adversos e há a necessidade de se posicionar quanto a isto (WHO, 2008-2009).

De acordo com Pedreira e Harada (2009), após a criação da AMSP diversas iniciativas estão sendo desenvolvidas e implementadas com intuito de transformar o cenário mundial a respeito da realização de um cuidado mais seguro. Para isso, pretende mobilizar esforços globais para aumentar a segurança do paciente em todos os estados membros da WHO.

Apesar de não existirem dados estatísticos no Brasil sobre eventos adversos causados aos pacientes, seria possível estimar que se tivéssemos um evento adverso por dia, por hospital, e como há 7.543 hospitais no Brasil, segundo a Federação Brasileira dos Hospitais, então teoricamente poderíamos ter em torno de 7.543 eventos adversos por dia, 226.290 por mês e 2.715.480 por ano (ZAMBON, 2009).

Assim, para que seja possível desenvolver ações que promovam um cuidado mais seguro, considera-se necessário que seja avaliada a cultura de segurança existente na unidade onde o profissional atua de forma a identificar as fragilidades e fortalezas para, em um nível gerencial, trabalhar os diferentes aspectos em direção a uma prática mais segura

Diante do exposto sobre a cultura de segurança nas organizações de saúde, esse estudo foi norteado a partir do seguinte questionamento: Que fatores e indicadores da cultura de segurança do paciente se revelam críticos para a implementação da cultura de segurança? Para tanto, o objetivo desse estudo é averiguar os aspectos críticos da cultura da segurança do paciente na perspectiva de enfermeiros de um hospital da rede privada de Fortaleza-CE.

Metodologia

Este trabalho é recorte de um estudo multidimensional de maior abrangência (projeto guarda-chuva) intitulado: “Segurança no gerenciamento do cuidado de enfermagem: enfoque nos tipos de erros e eventos adversos relacionados à assistência à saúde”, que utiliza diferentes métodos de pesquisa, entre eles a pesquisa descritiva, com foco analítico.

Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, sobre as percepções de enfermeiros acerca da cultura de segurança do paciente, em um hospital da rede privada, em Fortaleza-CE.

O estudo foi realizado nas unidades de emergência, enfermaria clínica, centro cirúrgico e UTI de um hospital privado localizado em Fortaleza-CE.

Os enfermeiros participantes foram aqueles que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial; exercer suas atividades na instituição há, pelo menos, seis meses. Foram excluídos enfermeiros gerentes e supervisores, e os que se encontravam de licença médica ou gozando de férias no período da coleta. A população foi calculada por meio de cálculo de amostra para população finita, estimada de 53 profissionais, tendo sido obtido, adotando-se erro de 5% e nível de significância $p < 0,05$. Ao final, a amostra foi formada por 44 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão definidos.

A coleta de dados foi realizada mediante a aplicação do Questionário sobre cultura de segurança do paciente em Hospitais – HSPSC, o qual foi traduzido para o português e validado para uso no Brasil do original intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC).

Este foi objeto de tese de doutorado, realizado na ENSP/Fiocruz(REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Este instrumento foi desenvolvido para avaliar as opiniões dos profissionais sobre as questões de segurança do paciente, erros e relato de eventos. Possui 42 itens distribuídos em diferentes seções que medem 12 áreas ou dimensões de cultura de segurança do paciente.

A coleta de dados ocorreu de janeiro a março de 2014. Os profissionais de enfermagem foram abordados pela pesquisadora individualmente em seus turnos de trabalho, fornecendo-lhes informações sobre a pesquisa e garantia de anonimato em relação às respostas.

Os resultados obtidos e registrados nos questionários foram inseridos em planilha do software Excel 2007® e transportados para o programa estatístico SPSS® (*Statistical Package for Social Sciences*) for Windows versão 17.0. No questionário buscou-se respostas dos profissionais em uma escala Likert de 5 pontos. Com base na AHRQ, para a análise de frequência foi utilizada uma escala Likert de 3 pontos, combinando as duas categorias negativas de respostas (discordo fortemente/discordo e raramente/nunca) e as duas categorias positivas de respostas (concordo fortemente/concordo e na maioria das vezes/sempre), sendo a pontuação média da escala (não concordo nem discordo) uma categoria a parte. As perguntas do questionário (variáveis) foram agrupadas de acordo com a dimensão da cultura de segurança que cada uma deseja medir.

O projeto do referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da Universidade Estadual do Ceará - UECE (protocolo nº181754/12) e recebeu anuência da instituição para realização do estudo.

Resultados e Discussão

Tabela 1: Áreas críticas percebidas por enfermeiros relativas a segurança do paciente. Fortaleza, Ceará, 2014.

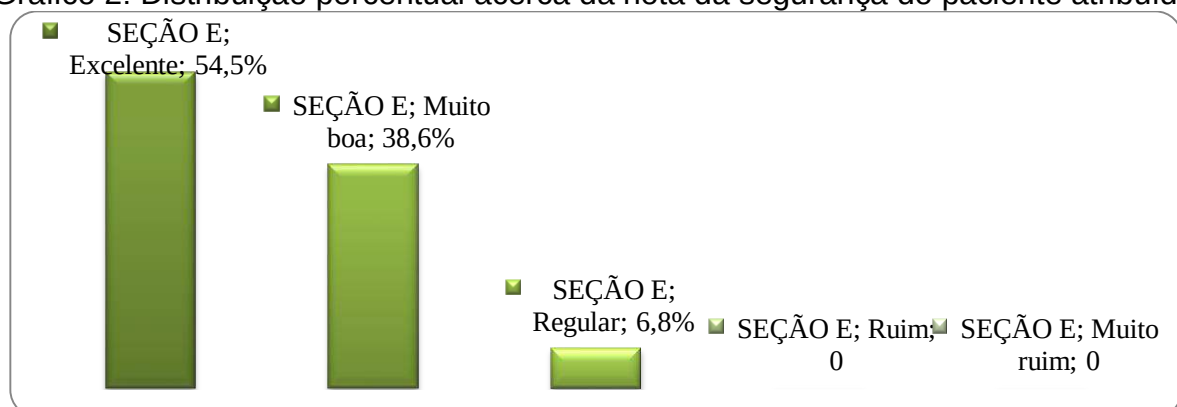
Áreas críticas	
Abertura da comunicação	26,6%
C2. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm liberdade para dizer ao ver algo que pode afetar negativamente o cuidado do paciente	13,7%
C4. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) sentem-se à vontade para questionar as decisões ou ações de seus superiores	29,6%
C6R. Os profissionais (independente do vínculo empregatício) têm receio de perguntar, quando algo parece não estar certo.	36,4%
Frequência de relato de eventos	29,6%
D1. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas ele é percebido e corrigido antes de afetar o paciente, com que frequência ele é relatado?	25,0%
D2. Quando ocorre erro, engano ou falha, mas não há risco de dano ao paciente, com que frequência ele é relatado?	36,4%
D3. Quando ocorre erro, engano ou falha, que poderia causar danos ao paciente, mas não causa, com que frequência ele é relatado?	27,3%

Fonte: Dados da Pesquisa

As debilidades (aspectos críticos/problemáticos) concentram-se, fundamentalmente, em três dimensões: com 35,2% a dimensão de “respostas não punitivas aos erros”, 29,6% a “frequência de relato de eventos”, e a dimensão mais crítica encontra-se com 26,6% na “abertura da comunicação” onde dos 36,4% dos entrevistados relatam (C6R) “ter receio de perguntar, quando algo parece não estar certo”.

A nota de segurança do paciente na instituição pesquisada se mostrou significativa, visto que 24 (54,5%) enfermeiros classificaram a segurança do paciente como excelente e nenhum profissional atribuiu a segurança como ruim ou muito ruim, conforme exposto no gráfico 2.

Gráfico 2: Distribuição percentual acerca da nota da segurança do paciente atribuída pelos entrevistados. Fortaleza, Ceará, 2014.



Fonte: Dados da Pesquisa

Nadimensão “retorno da informação e comunicação sobre erro”, percebeu-se no estudo que a aprendizagem organizacional não é realizada a partir da análise do erro, resultado confirmado no indicador C1, em que pouco mais da metade dos enfermeiros entrevistados dizem “não receber informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos” confirmado no indicador C3 onde apenas quinze enfermeiros dizem que não são informados sobre os erros que acontecem na unidade que trabalham.

Segundo Rigobello et. al. (2012), criar uma atmosfera no ambiente de trabalho propícia para um diálogo aberto sobre erros, um ambiente não punitivo e treinamento contínuo dos profissionais são algumas das principais ações da administração do hospital e da unidade que podem causar impacto positivo na segurança do paciente.

Silva (2009) e Leitão et. al (2013) concordam com a mudança cultural acerca da segurança do paciente afirmando ser crucial a implantação de medidas eficientes para prevenir e reduzir os riscos e eventos adversos. Quês, Montoro e González (2010) citam a adequação ao novo processo de trabalho e maior conscientização por parte dos profissionais da saúde como algumas destas medidas, assim como a revelação de eventos adversos sem punição ao profissional.

Dados comprovados também neste estudo, onde se evidenciou como fator fraco uma baixa taxa de relatos de erros, apenas treze enfermeiros notificaram menos do que dois eventos/ocorrências nos últimos doze meses, sendo que, a maioria não procedeu a qualquer notificação/releto. Estes dados confirmam os achados bibliográficos de outros estudos sobre a cultura da culpabilização (Reason, 2000; Franco, 2005; Iglesias; Pardo; Fernández, 2009), da ocultação (Sousa, 2006; Bohomol; Ramos, 2007) e da subnotificação (Bohomol e

Ramos, 2007; Saturno et al., 2008; Smithset al., 2008; AHRQ, 2008-2009). Aqui reside uma das incongruências evidenciadas, uma vez que, os enfermeiros consideram trabalhar ativamente para uma melhoria da segurança do paciente.

Os autores supracitados só confirmam os achados deste estudo, evidenciado pelos altos índices de resposta negativa em um indicador da dimensão “resposta punitiva ao erro” em que a grande maioria dos enfermeiros disse no indicador A12R que “quando um evento é relatado, parece que o foco recai sobre a pessoa e não sobre o problema”, e no indicador A8R vinte “os profissionais consideram que seus erros, enganos ou falhas podem ser usados contra eles”.

Este achado sobre o temor de relatar erros cometidos causa uma incongruência com outros achados no estudo em que apenas quatro enfermeiros concordaram com o indicador A16R que diz que “os profissionais (independente do vínculo empregatício) se preocupam que seus erros, enganos ou falhas sejam registrados em suas fichas funcionais”.

Conclusão

A implantação de uma Cultura de Segurança do Paciente nas instituições de saúde tem como objetivo melhorar a qualidade do atendimento ao paciente e torná-lo mais seguro, procurando falhas no sistema e não culpados para punir.

Constatou-se a necessidade de mudanças em alguns aspectos da cultura de segurança nas unidades estudadas. Estas mudanças devem ter amplo envolvimento da organização hospitalar como um todo, cabendo às lideranças o envolvimento e o impulso inicial de adotar a segurança do paciente como uma prioridade estratégica, viabilizando investimentos que promovam práticas seguras e estando sempre a frente desse processo.

Referências

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ . At A Glance. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011a. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/ata glance.htm>. Acesso em: 07 nov. 2013.
- BELELA, A. S. C.; PETERLINI, M.A.S.; PEDREIRA, M.L.G. Revelação da ocorrência de erro de medicação em unidade de cuidados intensivos pediátricos. Rev Bras TerIntensiva.v.22, n.3, p.257-263, 2010.
- BOHOMOL, E. ; RAMOS, L. H. (2007) - Erro de medicação: importância da notificação no gerenciamento da segurança do paciente. Revista Brasileira de Enfermagem [Em linha]. Vol. 60, nº 1, p. 32-36. Disponível em: [URL:http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttex](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttex). Acesso em: 26 Mai. 2009
- FRANCO, A. La seguridad clínica de los pacientes: entendiendo el problema. ColombiaMédica,v. 32, n. 2, p. 130-133, abr./jun. 2005.
- IGLESIAS, A.F.; PARDO, G.R. ;FERNÁNDEZ, M.J. (2009) - La seguridad del paciente.In Manual de calidad asistencial [Em linha]. Castilla-La Mancha: Servicio de Salud de Castilla-La Mancha. p. 323-350. [Consult.22 Set. 2009]. Disponível em [URL:http://www.sescam.iccm.es](http://www.sescam.iccm.es).
- LEITÃO,IMTA.OLIVEIRA, RM.. LEITE, SS.SOBRA, MC.FIGUEIREDO,SV. CADETE,MC . Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev Rene. N14 v6:p.1073-83. 2013;
- PEDREIRA, M.L.G.; HARADA, M.J.C.S. (Org.). Enfermagem dia a dia. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. 214 p.
- REASON, J. Human error: models and management. British Medical Journal, v. 320, n. 7237, p. 768-770, 2000. Disponível em: <http://www.bmj.com/content/320/7237/768.full.pdf>. Acesso em: 07 nov.2011.
- REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura.Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.18, n.7, pp. 2029-2036, 2013.
- RIGOBELLO,M.C.G. et al. Clima de segurança do paciente: percepção dos profissionais de enfermagem. Acta Paul Enferm. v.25, n.5, p.728-35, 2012.
- ROQUE, K. E.; MELO, E. C. P Adaptação dos critérios de avaliação de eventos adversos a medicamentos para uso em um hospital público no Estado do Rio de Janeiro. Rev. Bras. Epidemiol., Rio de Janeiro, v.13, n.4, p.607-619, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n4/06.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2013.
- SATURNO, P.J. et al. (2008) - Análisis de la cultura sobre seguridad del paciente en el ámbito hospitalario del Sistema Nacional de Salud Español [Em linha]. Madrid :Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponível em: [URL:http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad SNS/docs](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidad SNS/docs). Acesso em: 14 Mai. 2009.
- SILVA, R.V.G.O. O Trabalho de enfermagem na articulação entre Atenção Hospitalar e Atenção Básica no pós alta da criança – subsídios para a criança. 2009.165F. Dissertação (Mestrado) Centro deCiência da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.
- SMITHS, M. et al. The psychometrics properties of the “Hospital Survey on Patient Safety Culture” in Dutch hospitals. BMC Health Service Research. Vol. 8, p. 230, 2008.
- SORRA, J.S. et al. Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em 10 nov.2011.
- SOUSA, P. - Patientsafety: a necessidade de uma estratégia Nacional. Acta Médica Portuguesa. vol. 19, nº 4, p. 309- 318, 2006.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. World Health Organization (WHO). Geneva: 2008-2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forum_Programme_2008.pdf. Acesso em: 25 fev. 2014.
- ZAMBON, L.S. Riscos e eventos adversos: uma realidade alarmante. MedicinaNet. 2009. Disponível em: <http://www.medicinanet.com.br/ler.vxlpub?codconteudo=901&menu=gerenciamento>. Acesso em:02 fev.2010.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora Ilse Tigre Leitão pelo seu empenho e preocupação em mostrar, para seus alunos e orientandos, a importância de sermos profissionais éticos e dedicados, e nos conscientizar, através de estudos sobre a segurança do paciente, da responsabilidade que é lidar com a saúde do próximo.

Agradeço, também, a professora Roberta Menezes de Oliveira por sua dedicação e por contribuir com a nossa formação de maneira tão significativa.

ASPECTOS EMOCIONAIS VIVENCIADOS POR FAMILIARES FRENTE À RESPONSABILIDADE DO CUIDADO AO IDOSO PORTADOR DE ALZHEIMER

Luanna Gomes da Silva – (Universidade Regional do Cariri); luannagomes.s14@gmail.com

Thaianny Gonçalves Campos (Universidade Regional do Cariri): thaicampos@yahoo.com.br

Izabel Cristina Santiago Lemos (Universidade Regional do Cariri): izabel_santiago@hotmail.com

Álefe Brito Monteiro (Universidade Regional do Cariri): alefebritomonteiro@hotmail.com

Emily Petícia do Nascimento (Universidade Regional do Cariri): emmily.peticia@hotmail.com

Orientador: Marta Regina Kerntopf (Universidade Regional do Cariri): martareginakerntopf@outlook.com

Palavras-chave: Idoso. Doença de Alzheimer. Relações Familiares

Resumo

A doença de Alzheimer manifesta-se através da perda gradativa da função cognitiva, o que determina a necessidade de cuidado aos indivíduos acometidos pela doença, geralmente idosos. Considerando a responsabilidade exigida do cuidador, destaca-se que essa tem o potencial de afetar negativamente o ambiente familiar. Essa pesquisa objetivou investigar o complexo panorama das emoções vividas pelos familiares diretamente envolvidos com a responsabilidade do cuidado ao idoso portador da doença de Alzheimer. A pesquisa é de abordagem qualitativa, de enfoque fenomenológico do tipo pesquisa de campo. O estudo foi desenvolvido no município de Lavras da Mangabeira (CE). Como instrumento para a coleta de dados optou-se pela entrevista semiestruturada, a amostra final consistiu de 14 cuidadores, os dados foram agrupados mediante a técnica de organização de dados do tipo análise categorial. As três unidades temáticas identificadas a partir das entrevistas foram: 1) Assumindo a responsabilidade do cuidado ao idoso; 2) Aspectos emocionais da família e 3) Vínculo de apoio à família. Observou-se que a convivência com o idoso portador da doença de Alzheimer proporciona intenso desgaste, de ordem física e psicológica, devido à responsabilidade assumida com o cuidado e com a intensa demanda emocional exigida. Nessa ocasião é preponderante o fomento de subsídios que culminem em um vínculo de apoio, seja dos amigos, dos vizinhos ou da equipe de saúde, para que seja possível auxiliar a família e, em especial, os cuidadores, a superar os obstáculos impostos pela doença.

Introdução

O aumento da população idosa acarreta em uma incidência maior das doenças crônico-degenerativas, entre as quais se incluem as demências (BRUM, et al, 2013). A demência é definida como o comprometimento severo da função intelectual, sendo capaz de afetar a vida cotidiana de uma pessoa (STERNBERG, 2012).

Entre os tipos de demência encontra-se a doença de Alzheimer que se manifesta através da perda gradativa da função cognitiva, afetando inicialmente a função intelectual, influenciando em mudanças no humor e no comportamento, com consequente desorientação, perda de memória, imobilidade e morte do paciente (SPADA, 2007). Esses fatores determinam a necessidade de cuidado ao idoso dependente. No entanto, para a execução do cuidado, a pessoa cuidadora deve obter informações suficientes acerca das manifestações e complicações decorrentes da evolução da doença, sendo ainda importante o fomento de subsídios que busquem gerenciar uma rede complexa de apoio ao cuidador, envolvendo desde familiares, vizinhos até os profissionais de saúde atuantes na comunidade (BRUM, et al, 2013).

Considerando a responsabilidade exigida no processo do cuidar, destaca-se que essa tem o potencial de afetar negativamente o ambiente familiar, pois cuidar de idosos dependentes requer por parte do cuidador maior atenção, tempo e esforço. Assim, o cuidado a um idoso dependente pode gerar aflições, angústias e perturbações de natureza física, social, psíquica e emocional (SOUZA, et al, 2007).

Tendo em vista o que foi exposto, essa pesquisa objetivou investigar o complexo panorama das emoções vividas pelos familiares diretamente envolvidos com a responsabilidade do cuidado ao idoso portador da doença de Alzheimer, visando contribuir para um maior conhecimento das mudanças que ocorrem na dinâmica familiar e possibilitando a discussão da sobrecarga emocional que a família sofre no âmbito do cuidado para que seja possível o planejamento de ações integrais pela equipe de saúde no atendimento à família.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, de enfoque fenomenológico do tipo pesquisa de campo (MINAYO, 2006).

O estudo foi desenvolvido no município de Lavras da Mangabeira – Ceará, sendo a população de estudo composta por pessoas que cuidam de idosos portadores da doença de Alzheimer, e obtendo como amostra somente os familiares cuidadores dos referidos doentes.

Para encontrar os sujeitos da pesquisa, foram coletadas informações em Unidades Básicas de Saúde do município e posteriormente aplicadas à técnica de “Snowball”, onde pessoas que cuidavam de familiares portadores de Alzheimer indicavam onde poderíamos encontrar outros cuidadores que atendessem aos critérios estabelecidos pela pesquisa (THIOLLENT, 2011).

A coleta de dados foi realizada por meio de visitas às residências dos idosos portadores de Alzheimer, onde foram entrevistados os familiares responsáveis pelos cuidados conferidos aos idosos acometidos pela patologia. Como instrumento para a coleta de dados optou-se pela entrevista semiestruturada, pois essa possibilita maior flexibilidade, sendo ainda uma ferramenta útil para recolher dados descritivos na linguagem do próprio sujeito, o número da amostra foi definido a partir da técnica de saturação de dados, consistindo em 14 sujeitos na amostra final. (FONTANELLA; RICAS, TURATO, 2008).

Para análise do material, realizaram-se transcrições pormenorizadas das falas gravadas e em seguida, os dados foram coletados e agrupados com a técnica de organização de dados denominada análise categorial (CAMPOS, 2004).

Foram cumpridas todas as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, com base na atual resolução 466/12. Frisa-se que todos os sujeitos do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participar da pesquisa.

Resultados e Discussão

Após a realização das entrevistas, organizaram-se os resultados obtidos em três categorias temáticas relacionadas aos aspectos emocionais vivenciados por familiares frente à responsabilidade do cuidado ao idoso portador de Alzheimer: 1) *Assumindo a responsabilidade do cuidado ao idoso*; 2) *Aspectos emocionais da família* e 3) *Vínculo de apoio à família*.

Assumindo a responsabilidade do cuidado ao idoso

Não é fácil aceitar a responsabilidade de cuidar de um portador de Alzheimer; é preciso passar por um processo de aceitação. Conforme o princípio do processo em transformação, segundo o qual o campo está sempre se movimentando e modificando, a forma de lidar com a vivência de uma experiência tão delicada passa por uma transformação contínua, não sendo estática nem fixa (BRASIL & ANDRADE, 2013).

Na fase inicial da doença, o sujeito ainda administra sua vida diária, e geralmente rejeita a ajuda de parentes para o auxílio, pois, do contrário está assumindo sua incapacidade.

“Meu avô [...] sempre vai sozinho a padaria todo dia pela manhã, [...] só que um dia ele demorou muito e quando fomos à padaria saber dele, o padeiro disse que ele tinha saído mais cedo do que das outras vezes, então passamos a procurá-lo e quando o encontramos ele disse que tava passeando, mais não admitiu que tinha se perdido”.

É comum relutar em aceitar algumas limitações impostas pelo Alzheimer, o que implica para em atenção redobrada ainda no início da patologia, já que o indivíduo pode não reconhecer nem mesmo os objetos pessoais e os parentes, sendo preciso intensificar o cuidado ao idoso, principalmente durante o dia, onde fica exposto aos perigos dentro da própria residência. É neste caso em que ocorre a maior parte dos conflitos familiares, pois um dos membros da família vai ter que se dispor aos cuidados do doente, direcionando maior parte da atenção a este, tornando-se inevitável o desgaste físico e mental do familiar.

“Quando minha mãe adoeceu, [...] eu fui à única dos filhos que deixou o emprego para cuidar da minha mãe, sei que estou fazendo a coisa certa pra Deus e pra minha mãe, mas meus irmãos deviam pelo menos ficar com ela nos fins de semana já que eu tenho esposo e filhos também. [...] Hoje tô cansada, doente das costas e faço tratamento dos nervos”.

No estudo realizado por FALCÃO (2006) constatou-se que o papel desempenhado pelas filhas cuidadoras afetou o relacionamento com seus filhos e cônjuges, favorecendo os conflitos conjugais, a disfunção física ou emocional em um deles, e a projeção do problema em um ou mais de seus filhos. No entanto, a pessoa destinada a cuidar do doente, tem que ser capaz de enfrentar, além dos problemas da doença, os conflitos familiares advindos, principalmente, em relação à questão financeira.

“Quando os médicos disseram que minha tia estava com Alzheimer, todos os sobrinhos, disseram que não cuidaria dela, porque ela é rica e pode pagar uma enfermeira, mas [...] achei por bem eu cuidar da minha tia. No início fui taxada como interesseira, [...] isso gerou uma grande polêmica familiar, pois da maneira como eu administro os bens de minha tia, gastando o que é necessário com ela, segundo os outros sobrinhos não vai sobrar herança”.

Os recursos financeiros dos pacientes tende a gerar problemas no meio familiar, já que os herdeiros, não querem desfazer dos bens por uma pessoa que se sabe não ter mais cura, apenas procura fazer algo paliativo, ou seja, por vezes, não querem investir no conforto e na qualidade de vida do paciente.

Aspectos emocionais da família

Quando se trata de doença mórbida percebe-se grande abalo emocional na família, e ainda de forma mais intensa ao membro responsável pelo cuidado integral ao idoso com Alzheimer, experimentando sentimentos de angústia, dor, depressão e até cobrança de si próprio por não poder aliviar o sofrimento do doente.

“[...] Eu sofro por não poder aliviar as dores dele, pois devido às escaras, ele sente dores e também sente muita fome [...], só Deus é quem pode aliviar as dores dele”.

Em certos casos o sentimento afetivo é quem domina o cuidador, que vive num conflito entre a vontade de ajudar o doente e o abalo emocional devido a impossibilidade da cura, apegando-se na fé em Deus para aliviar o sofrimento.

A necessidade de cuidados, o difícil manejo ou o desconhecimento das manifestações lidadas à demência do doente, somadas aos laços emocionais, positivos e negativos, vivenciados no convívio anterior à instalação da doença, produzem desgaste físico, mental e emocional (BRUM et al., 2013)

“Ele se tornou uma pessoa bruta, apesar de só tratar ele com carinho, por isso eu tenho é desgosto de cuidar dele, mas cuido, apesar dele ter me abandonado quando tava com saúde [...], meus filhos é que não aceitam que eu cuide do meu esposo, pois sofri muito nas mãos dele”.

A vontade de estar com o idoso que necessita de atenção gera a motivação para a prática do cuidado. Assim, no relato da experiência é notável a motivação com que a cuidadora exercia o cuidado, ressaltando que os cuidados mais simples geraram momentos de paz e de tranquilidade, possibilitando viver intensamente feliz cada dia e instante e então enfrentar o medo do fim (LEMONS; GAZZOLA, RAMOS, 2006)

Vínculo de apoio à família

A atuação de uma rede de apoio sob o cuidador pode refletir-se na maneira como este assume e enfrenta a responsabilidade do cuidado. Quando há apoio, pode-se supor que o cuidador exercerá melhor o ato de cuidar, porém se não há apoio, essa tarefa se torna ainda mais difícil (BRASIL & ANDRADE, 2013).

Em certos casos os vizinhos podem auxiliar a família no cuidado ao doente, permitindo um convívio mais afetivo com o idoso, tais como jogar baralho, fazer crochê e até observando-o por alguns instantes.

“Minha mãe [...] tem o hábito de toda tarde ficar sentada na calçada observando o movimento da rua, e um dia minha vizinha falou que ela tava chamando as pessoas desconhecidas que passavam na rua e pedindo pra ir comprar o cigarro dela e deu ao menino cinquenta reais (R\$ 50,00), e que na hora a vizinha tomou o dinheiro do menino”.

Devido às limitações de ordem econômica, a família tem que buscar auxílio financeiro para poder levar o doente ao médico, principalmente para que recebam informações sobre o estado de saúde do mesmo.

“Minha avó [...] há algum tempo começou esquecendo-se das coisas, e não queria fazer suas tarefas costumeiras, [...] quando a gente conseguiu arranjar um dinheirinho com um amigo, levamos ela no doutor e ele disse que ela tava com Alzheimer. De repente ela ficou ignorante e briguenta, eu já não tenho tanta calma, às vezes fico azucrinada. Acho que é por eu não conhecer esse mal”.

A ampliação da informação para orientar as pessoas que cuidam destes idosos com demência pode se dar também por meio da formação de grupos de apoio, com importante atuação do enfermeiro, tendo como primordial, a busca de alternativas para minimizar o impacto desta doença na vida da família (BRUM, et al, 2013).

As orientações dadas pelos profissionais da saúde são, portanto, imprescindíveis para o auxílio do familiar no cuidado, já que este apesar de não ser uma intervenção farmacológica é um importante aliado ao tratamento medicamentoso (LOPES & CAIXETA, 2012).

Cuidar de um idoso portador de Alzheimer requer atenção constante do familiar, sobrecarregando-o, com isso a existência de um vínculo de apoio é de real importância para auxiliá-lo no cuidado. Frisa-se que a pessoa portadora de Alzheimer não é a única que necessita de cuidados, mas existem filhos, cônjuge, irmãos, sobrinhos e demais envolvidos que também requerem atenção e cuidado (Silveira, 2007).

Conclusão

A convivência com o idoso portador da doença de Alzheimer proporciona o desgaste emocional, devido à responsabilidade assumida com o cuidado. Entende-se que nessa ocasião a pessoa responsável pelos cuidados ao doente deve ter assistência de um vínculo de apoio, seja dos amigos, dos vizinhos ou da equipe de saúde, para que juntos possam auxiliar a família a superar os obstáculos da doença.

No entanto, há necessidade de uma maior assistência por parte dos profissionais da saúde em conscientizar a família sobre as etapas da doença de Alzheimer, já que o processo é complicado e doloroso para quem fica responsável em cuidar do doente. Sendo observada uma maior necessidade de desenvolvimento de programas no âmbito da conscientização e habilitação para o cuidado humanizado ao portador de Alzheimer, correspondendo assim à ampliação de atenção na promoção de saúde no envelhecimento.

Este estudo possibilitou uma discussão inicial, relativa às questões emocionais que cerceiam as famílias que são responsáveis para cuidar do doente acometido por doenças degenerativas. Salientando que esse assunto merece, de fato, maior atenção por parte dos teóricos e de demais estudantes e profissionais das ciências médicas.

Referências

- BRASIL, M.C., & ANDRADE, C.C. Reconfiguração de campo do familiar cuidador do portador de Alzheimer. *Psicologia em estudo*, Maringá, v. 18, n. 4, 2013. p. 713-723.
- BRUM, A.K.R. et al., Programa para cuidadores de idosos com demência: relato de experiência. *Rev. Bras. Enferm*, Brasília, v. 66, n 4, 2013. p. 619-624.
- CAMPOS, C.J.G. **Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde**. *Rev. Bras. Enferm*, São Paulo, v. 57, n. 5, 2004. p. 611-14.
- FALCÃO, D. V. S. Doença de Alzheimer: Um Estudo sobre o Papel das Filhas Cuidadoras e suas Relações Familiares. Tese de Doutorado, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2006.
- FONTANELLA, B.J.B; RICAS, J.; TURATO, E.R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, 2008. p. 17-27.
- LEMONS, N.D., GAZZOLA, J.M, RAMOS, L.R. Cuidando do paciente com Alzheimer: o impacto da doença no cuidador. *Saúde e Sociedade*, v.15, n. 3, 2006. p. 170-179.
- LOPES, D.B, & CAIXETA, L. O estresse dos cuidadores. In: Caixeta L (Org.). *Doença de Alzheimer*. Porto Alegre: Artmed; 2012.
- MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 9ª ed. São Paulo, Hucitec; 2006.
- SILVEIRA, T.M. Porque eu? A escolha do cuidador familiar. Rio de Janeiro: Arquimedes, 2007.
- SOUZA, R.F, SKUBS, T., BRETAS, A.C.P. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. *Rev. Bras. Enferm*, v. 60, n. 3, 2007. p. 263-267.
- STERNBERG, R. J. *Psicologia cognitiva*. Tradução de Anna Maria Luche; Roberto Galman. São Paulo: Cengage Learning, 2012.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa ação*. 18ª Ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Agradecimentos

Agradeço a Deus pelas bênçãos concedidas. Ao laboratório de farmacologia e Química Molecular (LFQM) e a Universidade Regional do Cariri (URCA) pela possibilidade de realização do trabalho

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E COMPORTAMENTAIS DE ADULTOS COM HIV: resultados preliminares.

Elys Oliveira Bezerra – Universidade Estadual do Ceará - Email: elysoliveira@gmail.com

Rayanne da Silva Costa – Universidade Estadual do Ceará

Ana Clara Patriota Chaves – Universidade Estadual do Ceará

Ana Paula Vieira Bringel – Universidade Estadual do Ceará

Priscila de Vasconcelos Monteiro – Universidade Estadual do Ceará

Maria Lúcia Duarte Pereira – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: HIV. Preservativos. Saúde Sexual.

Resumo

Considerando o contexto de crescimento do HIV/aids em nosso país, este estudo teve como objetivo descrever características sociais e epidemiológicas de adultos com HIV/aids, os motivos que os levaram a realizar o teste diagnóstico da infecção pelo HIV e o comportamento de uso do preservativo. Estudo exploratório, descritivo, realizado em um serviço ambulatorial em Fortaleza, Ceará. A coleta de dados ocorreu entre os meses de junho e agosto de 2014, sendo entrevistados 31 usuários do serviço. A amostra foi constituída por 15 homens (48,4%) e 16 mulheres (51,6%), sendo a média da idade de 44,7 anos ($\pm 6,7$). A maioria residia em Fortaleza; se classificou como parda; era solteira; com nível de escolaridade abaixo do ensino fundamental completo; renda individual igual ou inferior a 1 salário mínimo e renda familiar igual ou inferior a 2 salários mínimos. Com relação ao tempo de infecção pelo HIV, 18 (58,1%) entrevistados vivem há no mínimo dez anos com o vírus, sendo a relação sexual desprotegida a principal forma de contaminação. A indicação médica foi o principal motivo para realização do teste anti-HIV. Sobre o hábito de uso do preservativo antes da descoberta da soropositividade para o HIV, apenas 5 entrevistados (16,1%) afirmaram sempre utilizá-lo em todas as relações sexuais. Observou-se inconsistência do uso do preservativo mesmo após o diagnóstico, pois 9 participantes (28,9%) apontaram não utilizá-la em todas as relações sexuais. Portanto, o uso do preservativo e a testagem anti-HIV devem ser incentivados continuamente, para a promoção da saúde da população em geral.

Introdução

Do seu aparecimento até os dias atuais, a epidemia de HIV/aids no mundo, e especificamente no Brasil, vem expressando mudanças quanto ao seu perfil epidemiológico, reflexo dos diversos avanços científicos e tecnológicos que foram significativos para seu manejo, hoje revelando novas fragilidades que devem ser foco de ações e direcionar a elaboração de estratégias que visem ao alcance da eliminação de novas infecções e até mesmo da cura dos infectados.

Enquanto a cura ainda não é possível, algumas ações para o controle da epidemia têm se voltado para a detecção precoce da infecção, como a ampliação da cobertura de serviços de saúde que fazem teste de HIV, intensificação das ações de mobilização e de base comunitária e implantação de unidades móveis. No âmbito preventivo, a promoção do uso do preservativo e sua disponibilização de forma gratuita compreendem ações de destaque para evitar novas infecções, pois a relação sexual desprotegida é a principal forma de propagação do HIV (BRASIL, 2012). No entanto, o efeito dessas ações depende da aceitação e efetivação das mesmas pelas populações vulneráveis e infectadas.

Considerando o contexto de crescimento do HIV/aids em nosso país, este estudo teve como objetivo descrever características sociais e epidemiológicas de adultos que vivem com HIV/aids, além dos motivos que os levaram a realizar o teste diagnóstico da infecção pelo HIV e o comportamento de uso do preservativo.

Metodologia

Estudo exploratório e descritivo, realizado em um serviço ambulatorial especializado no atendimento de doenças infecciosas, em Fortaleza, Ceará. Trata-se do recorte do projeto de pesquisa intitulado “Representações sociais sobre a terapia antirretroviral e suas repercussões na adesão terapêutica de pessoas com HIV/aids”, em desenvolvimento. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (nº 630.908).

A população em estudo compreende indivíduos adultos soropositivos para o HIV, de ambos os sexos, em tratamento antirretroviral e acompanhamento ambulatorial. A amostra deste estudo foi constituída por 31 usuários do serviço, entrevistados até então. A abordagem dos mesmos foi realizada na sala de espera do ambulatório, de onde eram conduzidos a um consultório reservado e então convidados a participar, sendo esclarecidos sobre a pesquisa. Os que aceitaram, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido para início da entrevista.

Os dados foram coletados entre os meses de junho e agosto de 2014, utilizando-se um formulário semiestruturado. As variáveis de interesse deste estudo compreenderam dados socioeconômicos, epidemiológicos, motivos para realização do teste anti-HIV que revelou o diagnóstico e informações sobre o uso do preservativo.

A análise dos dados envolveu estatística descritiva simples, com cálculo de frequência relativa, média e desvio padrão, utilizando-se o software *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS 16.0, sendo apresentados em tabelas.

Resultados e Discussão

A amostra foi constituída por 15 homens (48,4%) e 16 mulheres (51,6%), com idades entre 29 e 56 anos, sendo a média de 44,7 anos ($\pm 6,7$). A maioria residia em Fortaleza (14; 45,2%); se classificou como parda (16; 51,6%); era solteira (10; 32,3%); com nível de escolaridade abaixo do ensino fundamental completo (15; 48,4%); renda individual igual ou inferior a 1 salário mínimo (17; 54,9) e renda familiar igual ou inferior a 2 salários mínimos (20; 64,6%), com média de 2,6 pessoas ($\pm 1,8$) por residência. Com relação ao tempo de infecção pelo HIV, 18 (58,1%) entrevistados vivem há no mínimo dez anos com o vírus, sendo a relação sexual desprotegida a principal forma de contaminação. A Tabela 1 aponta os intervalos com os anos em que a infecção pelo HIV foi diagnosticada e a provável forma de aquisição do vírus.

Tabela 1: Ano de diagnóstico da infecção pelo HIV e provável fonte de infecção. Fortaleza, Ceará, 2014.

Ano de diagnóstico da infecção pelo HIV	n	n%
1992 - 1994	2	6,5
1995 - 1999	6	19,3
2000 - 2004	10	32,3
2005 - 2009	7	22,6
2010 - 2014	6	19,3
Total	31	100,0
Fonte de infecção	n	n%
Relação sexual desprotegida	27	87,0
Transfusão de sangue	2	6,5
Não sabe informar	2	6,5
Total	31	100

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

A forma de exposição ao HIV, predominante em todo o mundo, é a relação sexual desprotegida. Também se tem, em menor número, a presença de relatos de contaminação por transfusão de sangue, o que podemos associar a diminuição destes casos como resultado das políticas de controle da qualidade do sangue e derivados, que vêm sendo realizadas nos países com maior atenção (BRASIL, 2012, LIMA et al., 2006).

Quando questionados sobre o hábito de uso do preservativo antes da descoberta da soropositividade para o HIV, apenas 5 entrevistados (16,1%) afirmaram sempre utilizá-la em todas as relações sexuais. Observou-se inconsistência do uso do preservativo mesmo após o diagnóstico, pois 9 participantes (28,9%) apontaram não utilizá-la em todas as relações sexuais. A Tabela 3, a seguir, aponta a frequência de uso do preservativo antes e após o diagnóstico de infecção pelo HIV.

Tabela 3: Frequência de uso do preservativo antes do diagnóstico de infecção pelo HIV e no mês anterior à entrevista.

Uso do preservativo antes da infecção pelo HIV	n	n%
Nunca	15	48,4
Menos da metade das vezes	7	22,6
Sempre	5	16,1
Maioria das vezes	4	12,9
Total	31	100,0
Uso do preservativo no último mês	n	n%
Nunca	6	19,3
Menos da metade das vezes	1	3,2
Sempre	8	25,8
Maioria das vezes	2	6,5
Sem prática sexual	14	45,2
Total	31	100,0

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

Estudo aponta que a inconsistência do uso do preservativo é frequente desde a juventude, e está associada a diversos motivos, dentre eles, poder representar desconfiança no parceiro, uso de anticoncepcional oral, e achar o preservativo desconfortável (BEZERRA et al., 2012).

Apontaram como principal motivo para realização do teste anti-HIV a indicação médica (18; 58,1%). Alguns participantes (7; 22,6%) referiram procurar mais de um atendimento em saúde para descobrir a infecção. Por sentirem-se mal de saúde e se deslocarem a um serviço de assistência à saúde (15; 48,4%), após avaliações, o médico solicitou sorologia para HIV. Outros motivos de realização do teste foram: descobriram que (ex) parceiro sexual ou filho eram soropositivos (8; 25,8%); estavam em acompanhamento pré-natal (4; 12,9%); curiosidade (4; 12,9%). A Tabela 2 resume os motivos para realização do teste anti-HIV.

Tabela 2: Motivos para realização do teste anti-HIV.

Motivo para realização do teste anti-HIV	n	n%
Adoecimento	15	48,4
Diagnóstico de parceiro sexual ou familiar de 1º grau	8	25,8
Pré-natal	4	12,9
Curiosidade	4	12,9
Total	31	100,0

Fonte: Elaborada para fins deste estudo.

A realização de exames anti-HIV deve-se, principalmente, por conta de adoecimento, que, ao chegar ao ambiente hospitalar, o médico observa a sintomatologia do paciente e realiza a solicitação do exame. Muitas vezes os pacientes não buscam esse exame por conta própria por temerem o resultado, por desconhecimento do exame ou da aids. O adoecimento faz com que procurem a ajuda clínica, o que muitas vezes evidencia um quadro mais avançado e que possivelmente irá dificultar ainda mais o tratamento (TERTO JUNIOR; RAXACH, 2011, LIMA et al., 2006).

A procura espontânea pelo sistema de saúde especializado acontece em menor número, expressando pequena conscientização em parte da população sobre a aids e a importância de seu diagnóstico precoce. Assim como a busca por curiosidade, também evidenciamos a realização do exame por conta do período de pré-natal. Este exame é solicitado principalmente pelo grande risco de transmissão vertical (BRASIL, 2012).

Conclusão

Observou-se que a relação sexual desprotegida, relacionada ao não uso do preservativo, foi a forma de transmissão do HIV

predominante, havendo inconsistência no uso mesmo após o diagnóstico de HIV, o que os expõe a outras infecções, além de representar grande risco para populações vulneráveis ao vírus. O uso do preservativo deve ser incentivado continuamente, visando promover a saúde dos infectados e das pessoas vulneráveis, juntamente com ações de educação em saúde sobre a testagem anti-HIV e doenças sexualmente transmissíveis, em especial o HIV, que se constitui hoje, um problema de saúde pública em crescimento no Brasil.

Referências

BEZERRA et al., 2012. Análise da vulnerabilidade de estudantes universitários ao HIV. Rev Rene, v.13, n.5, p.1121-31. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Brasileira de Enfrentamento da Aids: resultados, avanços e perspectivas. 2012. 16p.

LIMA et al., 2006. Perguntas e Respostas: HIV/AIDS. São Paulo: Atheneu, 310p. Disponível em: http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/hiv_aids_perguntas.pdf. Acesso em: 18 de ago. 2014.

TERTO JUNIOR, V.; RAXACH, J. C. Quero saber...: informações sobre o teste para HIV. Rio de Janeiro: ABIA, 2011. 20p.

Agradecimentos

Aos profissionais do Serviço Ambulatorial Especializado do Hospital São José de Doenças Infecciosas do Estado do Ceará, que têm viabilizado o desenvolvimento deste estudo.

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E OPERACIONAIS DA HANSENÍASE NO MUNICÍPIO DE ICÓ - CE (2008 - 2012)

Lorena Barreto de Alencar – Secretária Municipal de Saúde de Icó/Ce - lorenabarreto_a@hotmail.com

Rafael Bezerra Duarte - Faculdade Vale do Salgado – FVS

Raimundo Tavares de Luna Neto - Faculdade Vale do Salgado – FVS

Marcos Aurélio de Sousa Lima - Faculdade Vale do Salgado – FVS e Universidade do estado do Ceará - UECE

Natália Bastos Ferreira Tavares – Universidade Regional do Cariri (URCA)

Kerma Márcia de Freitas (Orientadora) – Faculdade Vale do Salgado(FVS) e Universidade de Fortaleza (UNIFOR)

Palavras-chave: Hanseníase; Epidemiologia descritiva; Educação em saúde.

Resumo

A hanseníase é reconhecida mundialmente como um grave problema de saúde pública. No Brasil é endêmica, sendo atualmente, o Estado do Ceará um dos grandes contribuintes com esse quadro. É uma doença infectocontagiosa, dermatoneurológica, que pode gerar incapacidade e deformidades, além de resultar em prejuízos de ordem socioeconômica ou na qualidade de vida, determinando estigmas, preconceitos e problemas psicológicos ao longo da vida de seus portadores. O presente estudo objetiva: Caracterizar a situação epidemiológica e operacional da hanseníase no município de Icó-CE, no período de 2008 a 2012; Trata-se de um estudo descritivo com abordagem quantitativa, foram utilizados dados secundários provenientes do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN). Os dados foram apresentados em forma de tabelas e gráficos. Os resultados encontrados indicaram que o município de Icó apresenta coeficiente de detecção de casos novos hiperendêmico em todo o período estudado, em todas as faixas etárias, com destaque para o ano de 2012, onde os coeficientes foram 83,45/100.000hab. e 17,30/100.000hab., respectivamente, dado que indica que a doença está se apresentando com bastante intensidade. Os dados mostraram o predomínio da forma multibacilar, das formas clínicas dimorfa e virchowiana e grau 0 de incapacidade avaliado no diagnóstico, em todos os anos avaliados, o sexo masculino foi o mais atingido. Ao avaliar os indicadores operacionais percebeu-se que o município apresentou melhoras. O enfrentamento da hanseníase no município necessita da intensificação das ações desenvolvidas pela rede de atenção básica de saúde, dando ênfase as Estratégias de Saúde da Família.

Introdução

A hanseníase é uma doença infectocontagiosa, dermatoneurológica, causada pelo *Mycobacterium leprae*. A transmissão é inter-humana e ocorre predominantemente através do trato respiratório superior de pacientes com a forma positiva da doença. Apresenta evolução lenta, alta infectividade, baixa patogenicidade. Manifesta-se através de lesões na pele e comprometimento dos nervos periféricos, podendo gerar incapacidades e deformidades advindas da evolução crônica da doença não tratada. Essas incapacidades resultam em prejuízos de ordem socioeconômica, como também na qualidade de vida, determinando estigmas, preconceitos e problemas psicológicos ao longo da vida dos portadores dessa doença (BRASIL, 2008).

Doença milenar, seu processo de cura está cientificamente estabelecido, mas a doença permanece com um importante desafio à saúde pública global. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), em todo o mundo, mais de 230 mil novos casos de hanseníase foram identificados no ano de 2010, dentre os milhões de casos já existentes. Todos os anos cerca de 15 mil pessoas desenvolvem sequelas e deformidades provocadas pela doença (MORHAN, 2011).

Quanto ao coeficiente de detecção de hanseníase no Brasil, em de 2012 foram diagnosticados 33.303 casos novos no geral, entretanto, em menores de 15 anos de idade, observou-se um coeficiente de 4,8 casos novos para 100 mil habitantes, em razão do diagnóstico de 2.246 casos, que representam 6,7% da detecção geral. Segundo parâmetros deste indicador, a endemia é considerada “muito alta” neste grupo de idade, fato que não era para estar acontecendo (BRASIL, 2013).

Ainda em 2012, no Estado do Ceará foram notificados 2.066 casos, respondendo por uma taxa de detecção de 24,0/100.000 habitantes. O coeficiente de detecção em menores de 15 anos, no mesmo período apresentou classificação “muito alta” com 5,3/100.000 habitantes, demonstrando a existência de focos de transmissão ativos de hanseníase, com uma média anual de 5,9% do total de casos notificados da doença nessa faixa etária (CEARÁ, 2013).

No município de Icó-CE, no ano de 2012 indicadores epidemiológicos da hanseníase apontam que foram detectados no geral 55 novos casos, o que corresponde a um coeficiente de detecção de 83,45/100.000 habitantes, considerado, portanto um município hiperendêmico segundo parâmetros do Ministério da Saúde (MS). Em menores de 15 anos, foram detectados casos novos, representando um coeficiente de detecção de 17,30/100.000 habitantes sendo então, considerado hiperendêmico para essa faixa etária (CEARÁ, 2013).

Alencar *et al.*, (2008), destaca que estudos realizados no Estado do Ceará, vêm contribuindo para uma maior compreensão desse aspecto da epidemiologia da doença. Municípios com maior desigualdade social apresentam os maiores coeficientes de detecção e de prevalência de hanseníase, reforçando que indicadores socioeconômicos e ambientais também se mostram importantes preditores da hanseníase.

Mesmo com o esforço na eliminação da doença, o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking mundial de prevalência da doença e ao mesmo tempo continua sendo o segundo país em número de casos absolutos, com aproximadamente 94% dos casos novos das Américas, ficando apenas atrás da Índia (SILVA; CAVALCANTI, 2008; MORHAN, 2011).

Diante do exposto, o presente estudo se baseou na seguinte pergunta norteadora: Qual é a situação epidemiológica e operacional da hanseníase no município de Icó-CE?

Nesse sentido, a relevância deste estudo está na identificação de fatores que desencadeiam o fenômeno em questão, uma vez que servirá de parâmetro para tomadas de decisões do referido município no enfrentamento do problema, bem como formulação de estratégias em saúde pública para o controle da hanseníase.

O presente estudo tem como objetivo geral: Caracterizar a situação epidemiológica e operacional da hanseníase no município de Icó-CE, no período de 2008 a 2012. Como objetivos específicos: Descrever os casos novos de hanseníase segundo sexo, forma clínica e classificação operacional no município de Icó-CE de 2008 a 2012; Analisar a qualidade do atendimento dos serviços de saúde, a partir os indicadores operacionais no município de Icó-CE e Avaliar a execução das atividades de vigilância dos contatos intradomiciliares, a partir dos indicadores operacionais, no município de Icó-CE.

Metodologia

A situação da hanseníase foi analisada no município de Icó - Ceará através de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa no período de 2008 a 2012.

O estudo foi desenvolvido no município de Icó - CE, localizado na região Centro-Sul cearense, com uma extensão territorial de 1.871.996 km². No ano de 2010 o município tinha população de 65.456 habitantes e em 2012 uma população estimada para 65.900 habitantes, segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Possui uma rede de serviços de saúde, composta por 17 unidades de Estratégia Saúde da Família (ESF), onde atuam 20 Equipes de Saúde da Família e uma Unidade Hospitalar que funciona como Hospital Pólo para região que é composta por mais seis municípios, os quais compõem a 17^a Regional de Saúde.

A população de estudo foi composta por 189 casos novos de hanseníase, sendo incluídos no estudo todos os casos novos de hanseníase residentes no município de Icó - CE e notificados no SINAN, no período de 01 de janeiro de 2008 a 31 de dezembro de 2012. Foram excluídos, casos cujos modos de entrada se deram por transferência de outro município, transferência de outro estado, recidiva e outros ingressos que não caracterizam casos novos.

Foram utilizados dados secundários provenientes do SINAN, no período de 2008 a 2012, disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Icó - CE. Foram utilizadas estimativas populacionais para os anos de 2008 a 2012 disponibilizados na página do DATASUS/MS/TABNET.

Para a coleta de dados foi utilizado o banco de dados do SINAN, referente às informações da hanseníase no período de 2008 a 2012 que foi fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde de Icó - CE. Os dados foram coletados a partir de um formulário estruturado, contendo os indicadores da hanseníase provenientes do SINAN. A coleta foi realizada no mês de abril de 2014.

Os dados provenientes do SINAN foram utilizados para construção dos indicadores relacionados à hanseníase, respeitando as recomendações do Ministério da Saúde, conforme Portaria 3.125 de 7 de Outubro de 2010. Para análise desses indicadores epidemiológicos foram considerados os parâmetros estabelecidos pela OMS e preconizados pelo Ministério da Saúde, descritos na mesma Portaria. Os cálculos foram expressos em número absoluto de sexo, forma clínica e classificação operacional. Os dados foram apresentados em formas de tabelas e gráficos, após serem tabulados no software TabWin (DATASUS) e estruturados no programa Excel 2010 (Microsoft®).

Em todas as etapas da pesquisa foram observadas as recomendações da resolução de 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde que dispõe sobre diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais da bioética: a autonomia, a não maleficência, beneficência e justiça.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados encontrados no SINAN, disponibilizados pela Secretaria de Saúde do município de Icó - Ceará entre os anos de 2008 e 2012, foram registrados 189 casos novos de hanseníase, sendo que 05 destes encontram-se na faixa etária de 0 a 14 anos de idade. Para o município, esse número é considerado alarmante.

Ao avaliar o coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase no Município de Icó-CE, no período de 2008 a 2012, percebe-se que o ano de 2012 foi o que apresentou maior número de notificações de casos novos de hanseníase, com 55 casos registrados, apresentando um coeficiente de detecção de 83,45 casos/100.000 habitantes. Comparando os anos de 2011 e 2012 constatou-se um aumento 120% no número de casos novos. Dessa forma, o município de Icó-CE aparece com o coeficiente de detecção aproximadamente três vezes maior que o do estado do Ceará (24/100.000) neste mesmo ano.

Com relação à proporção de casos novos de hanseníase por faixa etária no Município de Icó-CE, nos anos de 2008 a 2012, os dados mostraram que há um predomínio do número de casos na faixa etária acima de 15 anos, contudo, nos anos de 2010 e 2012 apareceram casos de hanseníase na faixa etária de 0 a 14 anos, revelando uma alta endemicidade da doença no município.

Na avaliação do coeficiente de detecção de casos novos de hanseníase na população de 0 a 14 anos no Município de Icó-CE, no período de 2008 a 2012, verificou-se que nos anos de 2010 e 2012 os dados foram alarmantes, visto que no ano de 2010 o município de Icó-CE, teve 2 casos, representando um coeficiente de detecção de 11,61/100.000 habitantes e no ano de 2012 foram registrados 3 novos casos, equivalente a um coeficiente de detecção de 17,30/100.000 habitantes, desta forma o município é considerado hiperendêmico nessa faixa etária, demonstrando ainda a existência de focos de transmissão ativos da doença.

Na distribuição dos casos novos de hanseníase segundo sexo no Município de Icó-CE, nos anos de 2008 a 2012. Pode-se observar que houve predominância dos casos novos de hanseníase no sexo masculino nos anos de 2008, 2010 e 2012. Apenas em 2009, o número de casos novos no sexo feminino foi maior e em 2011 apresentaram a mesma quantidade.

Já na distribuição dos casos novos de hanseníase segundo forma clínica no Município de Icó-CE, nos anos de 2008 a 2012, percebeu-se que em todos os anos houve o predomínio das formas clínicas Dimorfa e Virchowiana, nos anos de 2008 e 2009 tiveram casos que não foram classificados e/ou foram tidos como Ign/Branco. Diante desse quadro surgiu um questionamento: o que será que aconteceu para que esses casos não fossem classificados? Ressalta-se que a ausência da classificação impossibilita o tratamento adequado, o que poderá contribuir para a propagação da doença ou até mesmo a resistência aos medicamentos. Os dados ainda mostraram que no ano de 2008 ocorreu à predominância das formas clínicas Dimorfa e Tuberculóide. Em 2009, a predominância foi tida pela forma clínica Dimorfa, seguida da forma Virchowiana. Em 2010, predominou a forma Virchowiana, enquanto no ano de 2011, a predominância foi entre a forma Dimorfa e Virchowiana. Já no ano de 2012 ocorreu uma predominância significativa da forma clínica Virchowiana.

A avaliação da classificação operacional a forma Multibacilar apresentou-se mais elevado do que a Paucibacilar em todos os anos. Dessa forma, os números apontam para uma intensa transmissão da doença, o que pode estar relacionado ao diagnóstico tardio, além de revelar a força e magnitude da epidemia.

Quanto a proporção de casos novos de hanseníase segundo o grau de incapacidade no diagnóstico no Município de Icó-CE, nos anos de 2008 a 2012. Foi observado que em todos os anos existe uma predominância do grau - 0, no entanto, percebe-se que no ano de 2008 e 2009, há um número significativo de casos não avaliados. No ano de 2010 percebe-se um aumento no número de casos avaliados com grau - I, e uma constância do grau - II nos anos de 2008, 2010, 2011, apresentando também, ausência do grau -II em 2009 e um decréscimo em 2012. Contudo, há um número significativo de casos que não foram realizados a avaliação do grau de incapacidade, o que não era para estar acontecendo, isso mostra que está ocorrendo falhas na qualidade do atendimento e monitoramento nos serviços de saúde do município.

Ao analisar a proporção de contatos registrados e examinados no Município de Icó-CE, 2008 a 2012. Os dados mostram que a proporção dos examinados entre os contatos intradomiciliares registrados aponta para a melhoria das ações de vigilância dos contatos, o que contribui para a detecção precoce da doença e/ou o possível foco desta no município.

Ao avaliar a qualidade do atendimento e acompanhamento dos casos novos, segundo os indicadores operacionais da hanseníase no Município de Icó-CE, nos anos de 2008 a 2012, foi observado que o município nos últimos anos vem apresentando bom resultados. Nos

anos de 2008 e 2009 ao avaliar a proporção de casos com grau de incapacidade no momento do diagnóstico, os dados revelaram que a qualidade do atendimento foi precária, entretanto, a partir de 2010 houve uma melhora significativa dessa avaliação. Com relação à qualidade do atendimento e do acompanhamento dos casos, o município apresenta bons indicadores de cura dos casos diagnosticados, revelando que estão sendo acompanhados, evitando que não ocorra mais abandono, como foi o caso do tratamento de um paciente no ano de 2008, no entanto desde 2009 não ocorreu mais nenhum caso com este teor, isso foi pelo cuidado das equipes em estarem acompanhando seus casos. Quanto à proporção dos casos curados com grau de incapacidade física avaliados, verifica-se que em 2008 a situação foi regular (81,08%) segundo os parâmetros. No ano de 2009 a situação foi muito precária (37,93%), isso indica que a qualidade do atendimento dos serviços de saúde nestes anos não estava sendo realizado com precisão.

Conclusão

Diante do que foi exposto, pode-se concluir que no período de 2008 a 2012, o município de Icó- Ceará apresentou um alto número de casos novos de hanseníase, sendo considerado hiperendêmico, isso demonstra uma situação de alerta e que a doença continua sendo um grave problema de saúde pública. Nessa circunstância, o município em questão necessita de atenção para não aumentar o número de casos.

Os dados da pesquisa mostraram que houve o predomínio da forma multibacilar em todos os anos avaliados, sugerindo uma alta transmissão da doença, sendo esta forma a fonte de infecção e manutenção da cadeia epidemiológica da doença. A pesquisa mostra também, que foram encontrados casos novos de hanseníase em menores de 15 anos (hiperendêmico), isso indica que a doença está se apresentando com bastante intensidade no município.

O estudo permitiu identificar que o sexo masculino foi o mais atingido em termos de adoecimento pela doença, representando 56,6% de todos os casos. Quanto à prevalência da forma clínica, verificou-se o predomínio das formas dimorfa e virchowiana. Com relação ao grau de incapacidade no diagnóstico, foi observado o predomínio do grau-0 em todos os anos, entretanto, nos anos de 2008 e 2009, foi visto que existiram casos que não foram classificados.

Ao avaliar os indicadores operacionais, os quais medem a qualidade das ações e dos serviços realizados, os mesmos indicaram que no município de Icó-CE ocorreu uma melhora quanto à avaliação do grau de incapacidades, apresentando bons indicadores de cura dos casos diagnosticados, atendimento e acompanhamento dentro dos parâmetros e em relação às ações de vigilância dos contatos, o município vem mostrando melhoras no decorrer dos anos estudados.

O enfrentamento da hanseníase no município, ainda necessita da permanente estruturação das ações desenvolvidas pela rede de atenção básica de saúde, dando ênfase às Estratégias de Saúde da Família, entretanto, é preciso intensificar as ações para poder se aproximar aos parâmetros desejáveis e preconizados pelo Ministério da Saúde. Para que isso aconteça é preciso trabalhar mais o diagnóstico, tratamento precoce, as prevenções de incapacidades, atividades educativas mais elaboradas, intensificação de busca ativa e monitoramento dos contatos intradomiciliares, atendimento, acolhimento e acompanhamento dos pacientes com mais precisão, não se esquecendo de fazer o repasse de informações e orientações aos doentes e familiares.

Diante do exposto, recomenda-se a sensibilização dos gestores para o enfrentamento do problema, como ação prioritária na atenção básica através de ações determinadas e impactantes. Aos órgãos competentes da saúde, de maneira especial a Secretaria Municipal de Saúde promova capacitação das equipes que atuam nas Estratégias de Saúde da Família para o desenvolvimento de atividades de educação em saúde junto à população, utilizando os meios de comunicação para divulgação da doença, busca ativa, visando desta forma o diagnóstico precoce, conseqüentemente o tratamento dos casos de hanseníase. Promover capacitação para os profissionais para o desenvolvimento de atividades de controle efetivo da hanseníase, proporcionando o tratamento precoce com a prevenção de incapacidades pelas complicações advindas da detecção tardia da doença, bem como assegurar a cura dos portadores de hanseníase. Espera-se com este estudo que seja um primeiro passo para ampliação do campo de pesquisa em hanseníase neste município e que o mesmo, sirva de subsídios para a formulação de realizar mais ações e estratégias frente ao programa municipal de controle da hanseníase, visto que os indicadores mostram a necessidade da redução da taxa de detecção.

Sendo assim, acredita-se que é de fundamental importância o aprimoramento e aperfeiçoamento das ações operacionais dos serviços de saúde na rede de atenção básica e a necessidade de criar novos projetos e linhas de combate à hanseníase não só no município de Icó-CE, mas no mundo todo.

Referências

ALENCAR, Carlos Henrique Moraes de; BARBOSA, Jaqueline Caracas; JUNIOR, Alberto Novaes Ramos;

ALENCAR, Maria de Jesus Freitas de; PONTES, Ricardo José Soares; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; HEUKELBACH, Jorg. Hanseníase no município de Fortaleza, CE, Brasil: aspectos epidemiológicos e operacionais em menores de 15 anos (1995-2006). Rev. bras. enferm. v.61, n.spe, p. 694-700, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000700007&script=sci_arttext>. Acesso em 11 de set. de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose / - 2. ed. rev. - 195 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 21). Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde/MS sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos**. Diário Oficial da União, 12 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde, Boletim Epidemiológico: Secretaria de Vigilância em Saúde, Volume 44. N° 11 – 2013. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Jul/23/2013_009_boletim_hanseniase.pdf>. Acesso em 09 de set. de 2013.

CEARÁ. Secretaria da Saúde, GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ, Informe Epidemiológico Hanseníase. Fevereiro/2013. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/boletins>>. Acesso em 11 set. de 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/D17>>. Acesso em 03 de Nov. de 2013.

MORHAN, Nacional. Declaração de Bangkok para um Mundo sem Hanseníase tem adesão dos 17 países com maior incidência da doença. Movimento de Reintegração das Pessoas Atingidas pela Hanseníase (Morhan) 2011. Disponível em:

<http://www.morhan.org.br/noticias/2027/brasil_assina_acordo_da_oms_para_%E2%80%9Cum_mundo_sem_hanseníase%E2%80%9D>. Acesso em 08 de set. de 2013.

SILVA, Clodovaldo Gomes de Carvalho; CAVALCANTI, Carmem Diana Torres Viana. Situação de Hanseníase no município de Cabrobó, PE, 2001 a 2007. 2008. 34 f. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz. Recife 2008. Disponível em: <<http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2008cavalcante-cdtv.pdf>>. Acesso em 10 de set. de 2013.

Agradecimentos

Agradeço a Deus por ter me dado condições de lutar e alcançar os objetivos pretendidos que tanto foi sonhado e desejado.

ASPECTOS FORTES E DE MELHORIA DA CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE NA PERSPECTIVA DE ENFERMEIROS ASSISTENCIAIS

Líllian de Queiroz Costa (Apresentador) – Mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Email: lillianqueiroz@hotmail.com

Ilse Maria Tigre de Arruda Leitão - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Daniela Cristina de Paula de Castro Silva - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Roberta Meneses Oliveira - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Jenifa Cavalcante dos Santos Santiago - Universidade Estadual do Ceará (UECE).

Marcelo Gurgel Carlos da Silva (Orientador) - Professor titular da Universidade Estadual do Ceará e Pós-doutor em Economia da Saúde pela Universidade de Barcelona.

Palavras-chave: Segurança do paciente. Cultura. Enfermagem.

Resumo

Este estudo tem como objetivo identificar as áreas de força, de melhoria na cultura de segurança do paciente em um hospital da rede privada de Fortaleza-CE. Trata-se de um trabalho que é recorte de um estudo multidimensional de maior abrangência. O estudo é descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, sobre a visão de enfermeiros acerca da cultura de segurança do paciente. A população foi calculada por meio de cálculo de amostra para população finita, estimada de 53 profissionais. A coleta de dados foi realizada de janeiro a março de 2014, mediante a aplicação do Questionário sobre cultura de segurança do paciente em Hospitais – HSPSC. Os resultados obtidos e registrados foram inseridos em planilha do software Excel 2007® e transportados para o programa SPSS. O estudo revelou que o domínio de maior pontuação estava relacionado ao trabalho em equipe, e o domínio mais crítico refere-se ao relacionamento com as lideranças o que torna favorável ao acometimento de eventos adversos que com certeza não deverão ser registrados. A instituição do estudo, na opinião dos enfermeiros, possui uma forte cultura de segurança do paciente, o que torna o atendimento mais seguro e de qualidade, mas constatou-se a necessidade de mudanças em alguns aspectos da cultura de segurança nas unidades estudadas.

Introdução

Conforme os dados da OMS (OMS, 2010), centenas de milhares de pessoas morrem todos os anos em hospitais pelo mundo, vítimas de erros e falhas na assistência à saúde. Erros na dispensação e administração de medicamentos, infecções relacionadas à assistência a saúde, atraso no tratamento de doenças graves, complicações e erros em procedimentos cirúrgicos são as causas mais frequentes, corroborando a WHO, 2008-2009, diz que anualmente milhões de pacientes no mundo são vítimas de lesões incapacitantes ou morrem em consequência de práticas de saúde inseguras. Schatkoski *et al.* (2009), relatam que um estudo realizado com 3719 pacientes de 0 a 20 anos de idade em hospitais americanos, mostrou que eventos adversos ocorrem em 1% das hospitalizações e que 0,6% desses, são preveníveis.

Algumas iniciativas globais propostas pela AMSP tem a perspectiva de apontar a segurança do paciente como objetivo crucial na garantia de cuidado de qualidade. Gomes (2010), sugere que um dos primeiros desafios a serem enfrentados mundialmente pelos membros desta AMSP é identificar os aspectos relacionados aos riscos que os pacientes estão sujeitos durante o processo de cuidado. Opinião também defendida por Leitão *et al.* (2013), o qual afirma que a segurança do paciente é o grande desafio do momento, sendo esta, a primeira, dos seis domínios da qualidade relacionados à assistência à saúde, que são: garantir uma assistência segura, efetiva, centrada no paciente, oportuna, eficiente e equitativa.

Embora vários países e instituições venham se preocupando com a questão, quando pensamos em segurança do paciente, consideramos um aspecto pragmático e de fácil detecção, análise e resolução. Todavia, as particularidades que norteiam a realidade acerca do tema, a complexidade dos serviços de saúde e o caráter multifatorial das situações relacionadas a falhas de segurança, tornam sua abordagem difícil (VENDRAMINI *et al.*, 2010).

No Brasil já existem alguns programas nacionais nessa direção, no entanto, só a partir de abril de 2013 ocorreu a criação de políticas nacionais específicas, que também promovem a pesquisa e promovam recomendações sobre a temática Segurança em saúde.

Rodrigues (2011) deixa claro em seu estudo que é necessário o fortalecimento de uma cultura de segurança a nível organizacional, apontada como medida fundamental ao processo de melhoria da segurança do paciente no contexto hospitalar. Essa cultura de segurança é definida por eles como o produto de valores, atitudes, competências e padrões de comportamento individuais e de grupo, os quais determinam o compromisso, o estilo e a proficiência da administração de uma organização saudável e segura.

Organizações com uma cultura de segurança positiva são caracterizadas pela comunicação fundamentada na confiança mútua, pela percepção comum da importância da segurança e da confiança na efetividade de medidas preventivas.

No estudo da AHRQ (2011), os indicadores de segurança do paciente (PSI) são definidos como indicadores de qualidade específicos que também refletem a qualidade do cuidado nos hospitais, mas focam em aspectos da segurança do paciente. Especificamente, estes indicadores rastreiam problemas que os pacientes vivenciam como resultado da exposição ao sistema de saúde, e que são susceptíveis à prevenção, através de mudanças ao nível do sistema ou do prestador. Os PSI são indicadores de qualidade que direta ou indiretamente monitoram eventos adversos evitáveis.

A segurança do paciente é um dos critérios básicos para a garantia da qualidade da assistência ao paciente, sendo fundamental adotar estratégias para reduzir os erros e eventos adversos nas instituições de saúde. Estes erros podem ser prevenidos através da implantação de medidas simples e seguras, que precisam serem divulgadas e adotadas (VENDRAMINI, *et al.*, 2010).

A enfermagem destaca-se em relação à segurança do paciente pelo seu contingente e a proximidade constante na assistência ao paciente. Sua atuação é norteadada por preceitos éticos que estabelecem o comprometimento com a saúde do ser humano e da coletividade e a atuação na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas. Além disso, deve assegurar ao paciente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência (COFEN, 2007).

Assim, mais que uma assistência consciente, promover a segurança do paciente representa um compromisso ético a ser seguido pelos profissionais de enfermagem.

Questiona-se: Que fatores e indicadores da cultura de segurança do paciente se revelam fortes ou necessitam de melhoria?

Este estudo tem como objetivo identificar as áreas de força, de melhoria na cultura de segurança do paciente em um hospital da rede

privada de Fortaleza-CE.

Metodologia

Este trabalho é recorte de um estudo multidimensional de maior abrangência (projeto guarda-chuva) intitulado: “Segurança no gerenciamento do cuidado de enfermagem: enfoque nos tipos de erros e eventos adversos relacionados à assistência à saúde”, que utiliza diferentes métodos de pesquisa, entre eles a pesquisa descritiva, com foco analítico. Trata-se de um estudo descritivo, transversal, com abordagem quantitativa, sobre as percepções de enfermeiros acerca da cultura de segurança do paciente, em um hospital da rede privada, realizado nas unidades de emergência, enfermaria clínica, centro cirúrgico e UTI de um hospital privado localizado em Fortaleza-CE.

Os enfermeiros participantes foram aqueles que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro assistencial; exercer suas atividades na instituição há, pelo menos, seis meses. Foram excluídos enfermeiros gerentes e supervisores, e os que se encontravam de licença médica ou gozando de férias no período da coleta. A população foi calculada por meio de cálculo de amostra para população finita, estimada de 53 profissionais, tendo sido obtido, adotando-se erro de 5% e nível de significância $p < 0,05$. Ao final, a amostra foi formada por 44 enfermeiros que atenderam aos critérios de inclusão definidos.

A coleta de dados foi realizada entre janeiro e março de 2014, mediante a aplicação do Questionário sobre cultura de segurança do paciente em Hospitais – HSPSC, o qual foi traduzido para o português e validado para uso no Brasil do original intitulado Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC). Este foi objeto de tese de doutorado, realizado na ENSP/Fiocruz (REIS; LAGUARDIA; MARTINS, 2012). Esse questionário, criado pela AHRQ em 2004, foi delineado com o objetivo de avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião de seus respondentes sobre pontos-chave relacionados à segurança – valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão.

Os resultados obtidos e registrados nos questionários foram inseridos em planilha do software Excel 2007® e transportados para o programa estatístico SPSS® (Statistical Package for Social Sciences) for Windows versão 17.0. No questionário buscou-se respostas dos profissionais em uma escala Likert de 5 pontos. Com base na AHRQ, para a análise de frequência foi utilizada uma escala Likert de 3 pontos, combinando as duas categorias negativas de respostas (discordo fortemente/discordo e raramente/nunca) e as duas categorias positivas de respostas (concordo fortemen-te/concordo e na maioria das vezes/sempre), sendo a pontuação média da escala (não concordo nem discordo) uma categoria a parte. As perguntas do questionário (variáveis) foram agrupadas de acordo com a dimensão da cultura de segurança que cada uma deseja medir. A AHRQ (2011) apresenta algumas definições para subsidiar o tratamento e análise dos dados que são apresentadas a seguir: Áreas de força são os itens onde acima de 75% dos participantes do estudo responderam concordo fortemente/concordo ou maior parte do tempo/sempre para os itens redigidos positivamente (ou de forma positiva) e discordo fortemente/discordo ou nunca/raramente para os itens redigidos negativamente (ou de forma negativa). O ponto de corte de 75% é arbitrário, e o hospital pode optar por destacar pontos fortes usando uma porcentagem de corte maior ou menor. Áreas de melhoria: caracterizam-se pelas perguntas em que 50% ou menos dos respondentes não responderam positivamente (usando “discordo fortemente” / “discordo” ou “nunca” / “raramente”) para questões afirmativas, ou usando concordo fortemente/concordo / sempre na maioria das vezes para questões de escore reverso. Áreas neutras: são as áreas onde a frequência de respostas positivas é inferior a 75%.

O projeto do referido estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará - UECE (protocolo nº181754/12) e recebeu anuência da instituição para realização do estudo.

Resultados

e

Discussão

Tabela 1: Áreas de força e melhoria percebidas por enfermeiros relativas a segurança do paciente. Fortaleza, Ceará, 2014.

Áreas de Força

Trabalho em equipe dentro das unidades	93,2%
A1. Nesta unidade as pessoas apoiam umas às outras.	100,0%
A3. Quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente.	100,0%
A4. Nesta unidade as pessoas se tratam com respeito	86,4%
A11. Quando uma área/unidade de trabalho fica sobrecarregada, as outras ajudam.	86,4%
Expectativas sobre o seu supervisor/chefe e ações promotoras da segurança do paciente	79,0%
B1. O meu supervisor/chefe elogia quando vê um trabalho realizado de acordo com os procedimentos estabelecidos de segurança do paciente.	40,9%
B2. O meu supervisor/chefe realmente leva em consideração as sugestões dos profissionais (independente do vínculo empregatício) para a melhoria da segurança do paciente	81,9%
B3R. Sempre que a pressão aumenta, o meu supervisor/chefe quer que trabalhem mais rápido, mesmo que isso signifique “pular etapas”.	95,4%
B4R. O meu supervisor/chefe não dá atenção suficiente aos problemas de segurança do paciente que acontecem repetidamente	97,7%
Aprendizado organizacional – melhoria contínua	83,3%
A6. Estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente	93,2%
A9. Erros, enganos ou falhas têm levado a mudanças positivas por aqui.	90,9%
A13. Após implementarmos mudanças para melhorar a segurança do paciente, avaliamos a efetividade.	65,9%
Apoio da gestão para a segurança do paciente	91,7%
F1. A direção do hospital propicia um clima de trabalho que promove a segurança do paciente.	84,1%
F8. As ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é a principal prioridade	97,7%

F9R. A direção do hospital só parece interessada na segurança do paciente quando ocorre algum evento adverso	93,2%
Percepção geral da segurança do paciente	75,6%
A10R. É apenas por acaso que erros, enganos ou falhas não acontecem por aqui.	90,9%
A15. A segurança do paciente jamais é comprometida em função de maior quantidade de trabalho a ser concluída	61,4%
A17R. Nesta unidade temos problemas de segurança do paciente	93,2%
A18. Os nossos procedimentos e sistemas são adequados para prevenir a ocorrência de erros	56,8%
Trabalho em equipe entre as unidades	85,8%
F2R. As unidades do hospital não estão bem coordenadas entre si	68,1%
F4. Há uma boa cooperação entre as unidades do hospital que precisam trabalhar em conjunto	86,4%
F6R. Muitas vezes é desagradável trabalhar com profissionais (independente do vínculo empregatício) de outras unidades do hospital	97,7%
F10. As unidades do hospital trabalham bem em conjunto para prestar o melhor cuidado aos pacientes	90,9%
Passagem de plantão ou de turno/ transferências	86,4%
F3R. O processo de cuidado é comprometido quando um paciente é transferido de uma unidade para outra	95,5%
F5R. É comum a perda de informações importantes sobre o cuidado do paciente durante as mudanças de plantão ou de turno	65,9%
F7R. Com frequência ocorrem problemas na troca de informações entre as unidades do hospital	86,4%
F11R. Neste hospital, as mudanças de plantão ou de turno são problemáticas para os pacientes.	97,8%

Áreas de Melhoria

Retorno da informação e comunicação sobre erro	61,3%
C1. Nós recebemos informação sobre mudanças implementadas a partir de relatórios de eventos	54,5%
C3. Nós somos informados sobre os erros que acontecem nesta unidade	36,3%
C5. Nesta unidade, discutimos meios de prevenir erros para que eles não aconteçam novamente.	93,2%
Adequação de profissionais	70,6%
A2. Temos profissionais (independente do vínculo empregatício) suficientes para dar conta da carga de trabalho	72,7%
A5R. Nesta unidade, os profissionais (independente do vínculo empregatício) trabalham mais horas do que seria o melhor para o cuidado do paciente.	68,2%
A7R. Utilizamos mais profissionais temporários/terceirizados do que seria desejável para o cuidado do paciente	50,4%
A14R. Nós trabalhamos em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito rápido.	90,9%

Na maioria das dimensões avaliadas em todas as unidades/áreas apresentaram resultados consistentes com uma cultura de segurança, conforme limite de 75% estabelecido pela AHRQ, que admite ser arbitrário podendo-se adotar outros parâmetros (AHRQ, 2011). Apesar disso, foram identificados alguns itens com percepções favoráveis dentre os demais, tais como trabalho em equipe, tendência também de outros estudos (SORRA *et al.*, 2011; PANOZZO, 2007).

Nesse estudo, das doze dimensões avaliadas, o fator forte foi evidenciado em sete dimensões. Destas sete dimensões duas se apresentam como mais forte e menos forte, respectivamente: a dimensão “o trabalho em equipe” aqui os itens que mais se destacaram ambos com 100% de respostas positivas foram (A1) “nesta unidade as pessoas se apoiam umas às outras” e (A3) “quando há muito trabalho a ser feito rapidamente, trabalhamos juntos em equipe para concluí-lo devidamente”; em seguida vem a dimensão “percepção geral da segurança do paciente”, esta dimensão merece ser ressaltada por evidenciar uma incongruência com a resposta geral dos enfermeiros sobre a cultura de segurança, que foi evidenciada como forte, mas no indicador A17R da dimensão acima citada, a quase totalidade dos enfermeiros dizem ter problemas com a cultura de segurança na unidade que trabalham, revelando aqui, uma clara discordância sobre a cultura de segurança, no hospital.

As áreas de melhoria se apresentaram em três dimensões, destas a mais forte com é a “adequação de profissionais”, onde a quase totalidade, item (A14R), reporta a ideia de trabalhar em “situação de crise”, tentando fazer muito e muito.

Conclusão

A instituição do estudo, na opinião dos enfermeiros, possui uma forte cultura de segurança do paciente, o que torna o atendimento mais seguro e de qualidade, mas constatou-se a necessidade de mudanças em alguns aspectos da cultura de segurança nas unidades estudadas. Estas mudanças devem ter amplo envolvimento da organização hospitalar como um todo, cabendo às lideranças o envolvimento e o impulso inicial de adotar a segurança do paciente como uma prioridade estratégica, viabilizando investimentos que promovam práticas seguras e estando sempre a frente desse processo.

O domínio de maior pontuação estava relacionado ao trabalho em equipe, resultado comum em vários estudos apresentados, e o domínio mais crítico refere-se ao relacionamento com as lideranças o que torna favorável ao acometimento de eventos adversos que com certeza não deverão ser registrados.

Referências

- AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY - AHRQ . At A Glance. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011a. Disponível em: <http://www.ahrq.gov/about/ataglance.htm>. Acesso em: 07 nov. 2013.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO –COREN-SP; REDE BRASILEIRA DE ENFERMAGEM E SEGURANÇA DO PACIENTE – REBRAENSP – POLO SÃO PAULO. SÃO PAULO – 2010. 10 Passos para Segurança do Paciente. Disponível em: http://inter.corensp.gov.br/sites/default/files/10_passos_seguranca_paciente.pdf
- GOMES, A.Q.F. Iniciativas Globais para Segurança do Paciente. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro: PROQUALIS, 2010.
- LEITÃO, I M T A. OLIVEIRA, R M.. LEITE, S S. SOBRAL, M C. FIGUEIREDO, S V. CADETE, MC . Análise da comunicação de eventos adversos na perspectiva de enfermeiros assistenciais. Rev Rene. N14 v6:p.1073-83. 2013.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Brasil. Segurança do paciente. 2010. Disponível em <http://www.new.paho.org/bra>. Acesso em: 10 jan. 2014.
- REIS, C.T.; MARTINS, M.; LAGUARDIA, J. A segurança do paciente como dimensão da qualidade do cuidado de saúde: um olhar sobre a literatura. Ciênc. saúde coletiva [online]. vol.18, n.7, pp. 2029-2036, 2013.
- RODRIGUES, R. Desafio da segurança: Investir em gestão de qualidade é o caminho mais curto para minimizar erros que podem custar vidas. Melhores práticas, jun. 2011. Disponível em: <http://revistamelhorespraticas.kubbix.com/qualidade-gestao/1/desafio-da-seguranca-investir-em-gestao-de-qualidade-e-219802-1.asp>. Acesso em: 07/11/ 2011.
- SCHATKOSKI, A.M *et al.* Segurança e Proteção à Criança hospitalizada: Revisão de Literatura. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 17, n. 3, mai./jun., 2009. Artigo de Revisão. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 08 mai. 2010.
- SORRA, J.S. *et al.* Hospital Survey on Patient Safety Culture: 2011 User Comparative Database Report. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2011. Disponível em: < <http://www.ahrq.gov/qual/hospsurvey11/>>. Acesso em 10 nov.2011.
- VENDRAMINI, R.C.R. *et al.* Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Rev Esc Enferm USP, v.44, n.3, p.827-32, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Alliance for Patient Safety: Forward Programme. World HEALTH ORGANIZATION (WHO). Geneva: 2008-2009. Disponível em: http://www.who.int/patientsafety/information_centre/reports/Alliance_Forward_Programme_2008.pdf. Acesso em: 25 fev. 2014.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTE COM EFEITO ADVERSO DA MEDICAÇÃO PARA HANSENÍASE: ESTUDO DE CASO

1. José Tadeu de Oliveira Filho- Acadêmico de Enfermagem do Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA - tadeuoliveira.jtof@gmail.com
2. Elaine Cristina Marques Sabóia - Enfermeira Graduada pelo Instituto Superior de Teologia Aplicada-INTA
3. Tágila Portela Arruda Magalhães- Enfermeira Graduada pela Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA Orientadora

Palavras-chave: Hanseníase. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Reações adversas.

Resumo

A hanseníase é doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Micobacterium leprae*. caracteriza-se por acometimento dermatoneurológico, podendo causar incapacidades físicas permanentes que podem comprometer a qualidade de vida dos pacientes. É doença que tem tratamento e é curável, mas representa relevante problema de saúde pública. Durante a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem é utilizado a metodologia científica para assistir o ser humano no atendimento de suas Necessidades Humanas Básicas em que respeita a individualidade de cada paciente através da aplicação do processo de enfermagem (COREN-RS, 2011). Através da sistematização do paciente devemos estar atento as reações adversas medicamentosa que ocorrer normalmente durante a utilização da quimioprofilaxia. O objetivo deste trabalho foi realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem a uma paciente com Hanseníase com efeitos adversos da medicação. Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso que teve como embasamento a Teoria do Autocuidado que tem como objetivo proporcionar que os indivíduos, família e comunidade tomem iniciativas e assumam responsabilidades empenhando-se efetivamente no desenvolvimento de sua própria qualidade de vida, saúde e bem-estar (DIÓGENES, 2003). Conclui-se que é de fundamental importância que a enfermagem realize a sistematização da assistência de enfermagem de maneira humanizada e holisticamente para que possa detectar algum tipo de problema que venha a prejudicar no tratamento dos pacientes e através de atividades de educação em saúde desmistificar o preconceito que ainda existe sobre essa patologia.

Introdução

A Hanseníase é uma doença infectocontagiosa crônica causada pelo *Mycobacterium leprae* em que o bacilo também conhecido como Bacilo de Hansen, tem a capacidade de infectar grande número de pessoas que se manifesta-se principalmente através de sinais e sintomas dermatoneurológicos. É realizada uma classificação desses pacientes em dois grupos distintos os paucibacilares (PB) que correspondem as formas clínicas que possuem imunidade celular preservada e os multibacilares (MB) que é a forma clínica com imunidade específica ao bacilo. De acordo com essa classificação, define-se o tratamento com a poliquimioterapia (PQT) estabelecida pela Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2010). O tratamento pode ocasionar algumas reações adversas como a síndrome de Stevens-Johnson, dermatite esfoliativa ou eritrodermia; hepáticos causando icterícia, náuseas e vômitos e os hemolíticos que causam tremores, febre, náuseas, cefaleia, às vezes choque, podendo também ocorrer icterícia leve, metaemoglobinemia, cianose, dispneia, taquicardia, fadiga, desmaios, anorexia e vômitos (BRASIL, 2006). Contudo, a reação adversa medicamentosa é definida como reação nociva e não-intencional, que ocorre em doses normalmente utilizadas para profilaxia. As reações adversas a medicamentos podem ser classificadas em três tipos sendo eles: tipo A previsíveis e comum, está relacionada com a farmacologia da droga, já a do tipo B, imprevisíveis e incomuns depende das características do paciente, as do tipo C, está relacionada com o aumento estatístico da ocorrência de uma doenças em pacientes expostos a um determinado medicamento (DIAS, et al, 2004). Essas reações são causas significativas de hospitalização e até mesmo, de óbito. Com isso podem influenciar negativamente no tratamento fazendo com que o paciente não tenha confiança nas medicações e que possam piorar o seu estado desencadeando outra patologia. A hanseníase ainda se configura como um problema de saúde pública no Brasil, aparecendo nas estatísticas da Organização Mundial de Saúde (OMS) como segundo país em número absoluto de casos detectados em 2009 (SILVA, et al 2009). A melhoria das condições de vida e o avanço do conhecimento científico modificaram significativamente o quadro da hanseníase, que atualmente tem tratamento e cura, apesar da população ainda desconhecer e ter preconceito com as pessoas que tem essa patologia que envolve questões sociais e culturais da população. Quando diagnosticada e tratada precocemente e realizando acompanhamento no serviço de saúde as pessoas afetadas pela hanseníase podem reduzir ou evitar as incapacidades físicas, ressaltando que na atenção primária é realizado o diagnóstico, tratamento e como consequência a cura. A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma atividade privativa do enfermeiro, regulamentada pela Lei do exercício Profissional nº 7489 de 25 de junho de 1986, que visa assistir ao ser humano na sua totalidade, por meio de ações específicas para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade (COREN-RS, 2011). A assistência de enfermagem é de suma importância para o atendimento ao paciente com hanseníase e prevenção das incapacidades realizando atividades que são definidas pelo Ministério da Saúde, faz-se relevante mostrar a importância da educação em saúde no sentido de obter uma participação consciente e constante do paciente durante ao tratamento. Portanto o enfermeiro deve realizar um atendimento individualizado e holístico para que possam ser detectadas as necessidades de cada paciente. A Sistematização de Enfermagem visa uma assistência humanizada com ações sistematizadas e inter-relacionadas, voltada para o cuidado dos pacientes através de um método sistemático que tem como objetivo resolver problemas sempre atendendo as necessidades de cada paciente. Tivemos como objetivo realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem com uma paciente com efeito adverso da medicação para tratamento para hanseníase.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, de caráter qualitativo, do tipo estudo de caso desenvolvido no estágio Supervisionado II no 10º semestre do curso de Enfermagem das Faculdades INTA – Instituto Superior de Teologia Aplicada, localizada no município de Sobral-CE. O estudo de caso teve como embasamento a Teoria do Autocuidado que tem como objetivo proporcionar que os indivíduos, família e comunidade tomem iniciativas e assumam responsabilidades empenhando-se efetivamente no desenvolvimento de sua própria qualidade de vida, saúde e bem-estar (DIÓGENES, 2003). O autocuidado é fundamental para a prevenção de incapacidades, estando diretamente relacionado com a paciente diagnosticada com Hanseníase, pois essa teoria vem estimular a participação ativa da mesma no seu tratamento. A enfermagem atende as necessidades dos pacientes de forma individualizada e holisticamente e de acordo com

OREM, estas necessidades estão relacionadas ao déficit de autocuidado, portanto o enfermeiro deve preconizar as orientações de enfermagem relacionadas ao autocuidado, estimulando a promoção, prevenção e recuperação desses pacientes levando em consideração suas crenças, hábitos e valores (BRANDÃO, 2000). A coleta das informações foi realizada nos dias 06/11 e 14/11 de 2012 em visita domiciliar e acompanhamento de algumas consultas de enfermagem. As informações foram coletadas através de uma entrevista e informações contidas no prontuário da paciente. Os aspectos éticos da pesquisa foram norteados pela Resolução Nº. 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: beneficência, em relação à percepção dos enfermeiros sobre sua qualidade de vida; não-maleficência, enfocando a coleta de dados; autonomia, com o direito de desistência de participar da pesquisa a qualquer momento e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado BRASIL, 1996).

Resultados e Discussão

A Sistematização de Enfermagem iniciou-se com o histórico de enfermagem e exame físico da paciente, no qual obtivemos as seguintes informações: L.F.S, 64 anos, sexo feminino, parda, viúva, pensionista, católica, analfabeta, tem 2 filhos sendo uma mulher e um homem. Residente na cidade de Sobral/CE. Mora com um filho em residência simples, mas com boas condições hidro-sanitárias. Foi diagnosticada com Hanseníase e Hemólise devido ao efeito adverso da medicação no qual é fornecida pelo programa de tratamento para Hanseníase Dapsona. Sinais Vitais: PA:120x80 mmHg, T: 35,5°C, FR:20 rpm, FC: 110 bpm. Apresentava lesão de pele avermelhada no joelho levemente prejudicada. Ao iniciar o tratamento com Dapsona e Rifampicina aconteceu tudo dentro da normalidade, mas no segundo mês de ela começou a sentir tontura, cefaleia, astenia nos MMII, então ela foi ao CSF e em uma consulta pediram alguns exames e suspenderam a medicação, mas quando ela melhorava dos sintomas voltava a tomar novamente a medicação. Então a paciente foi diagnosticada com Hemólise devido à medicação Dapsona, no qual foi substituído pelo Ofloxacino para realização do tratamento para hanseníase. De acordo com os dados foram formulados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem: Disposição para religiosidade aumentada; Ansiedade, Déficit de conhecimento relacionado às reações hanseníacas e adversas a medicação. Risco de integridade da pele prejudicada relacionada à lesão de pele no MMII. Intervenções de Enfermagem: Orientar a paciente quanto o seu estado de saúde, esclarecendo sobre sua patologia com explicações claras e concisas sobre o tratamento realizado. Apoio às práticas espirituais da paciente. Esclarecer sobre as reações hanseníacas que podem ocorrer, durante e após o tratamento, orientar como deve fazer uso da medicações e as reações adversas da medicação que foi utilizada no início do seu tratamento. Orientar quanto à necessidade de inspecionar a pele diariamente; Orientar para manter higiene pessoal adequada. Espera-se que através das orientações a paciente consiga compreender melhor sua patologia, diminuindo sua ansiedade para o término do tratamento e através de sua religiosidade lhe traga um melhor bem estar.

Conclusão

Através desse estudo nos permitiu conhecer ainda mais sobre a Hanseníase e os efeitos adversos que as medicações podem causar no paciente durante o tratamento, ressaltando ainda mais a importância da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a melhoria do cuidado a ser prestado. Salientamos que a Sistematização da Assistência de Enfermagem ajuda na melhoria do cuidado a ser prestado, pois a enfermagem deve planejar uma assistência individualizada, hostística com acompanhamento contínuo para recuperar, manter e promover à saúde desses pacientes. O enfermeiro exerce uma função muito importante, pois ele deve realizar educação continuada como os outros profissionais de sua equipe (agentes comunitários de saúde, auxiliares e técnicos de enfermagem) para debater e explanar alguns aspectos sobre a patologia, identificação dos casos, realização do tratamento e outras dúvidas que possam surgir, pois esses profissionais também prestam assistência aos pacientes com hanseníase. Devem ser realizadas ações educativas nas comunidades para que a população conheça e saiba que a hanseníase tem cura desmistificando o preconceito ainda existente, possibilitando o aumento da detecção de casos novos fazendo que as pessoas procurem tratamento nas unidades básicas, sem esquecer que o acolhimento realizado de forma humanizada e holística muitas vezes é decisivo para adesão do tratamento proporcionando uma melhor qualidade de vida a essas pessoas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de procedimentos técnicos Baciloscopia em Hanseníase. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Programa Nacional de Eliminação da Hanseníase. Plano Nacional de Eliminação da Hanseníase em nível municipal 2006-2010. Brasília: 2006.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm>. Acesso em 15 novem 2012.
- BRANDÃO, V.Z. Diagnósticos de enfermagem do paciente portador de fixador externo tipo Ilizarov segundo a taxonomia da Nanda e a teoriado autocuidado de OREM [dissertação]. Ribeirão Preto: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ EERP; 2000.
- DIAS, A.T.N.D; NUNES, P.B; COELHO, H.L.L; SOLÉ, D. Reações alérgicas a medicamentos. Jornal de Pediatria - v. 80,n.4, 2004.
- DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DA NANDA: definições e classificação/2003 – 2004. Organizado por North American Nursing Association; trad Cristina Correia. Porto Alegre: ARTMED, 2005. 300p.
- JUALI, J. CARPENITO – MOYET. Diagnósticos de Enfermagem: Aplicação à prática clínica. 10. ed. Porto Aegre: Artmed, 2004.
- SILVA, F. R. F; COSTA, A. L.R. C; ARAUJO, L. F. S; BELLATO, R. Prática de enfermagem na condição crônica decorrente de hanseníase. *Texto contexto* . vol.18, n.2, pp. 290-297. 2009.
- COREN. Conselho Regional de Enfermagem http://www.portalcoren_rs.gov.br/index.php?categoria=profissional&pagina=codigo-etica. Acesso em 16/11/2012.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os envolvidos na elaboração desse trabalho científico pelo empenho e esmerada dedicação, aos gestores do Centro de Saúde da Família onde foi realizada o estudo de caso e ao Instituto Superior de Teologia Aplicada- INTA pelo incentivo e apoio a iniciação a pesquisa.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM MIXOMA MANDIBULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Amanda Correia Lima¹; Karine Moreira de Melo²; Vanessa da Frota Santos³; Samyla Citó Pedrosa⁴; Nathália Lima Pedrosa⁵; Izaildo Tavares Luna⁶.

Autor 1 – Acadêmica do curso de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. amandalima2015.1@hotmail.com

Autor 2 – Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 3 – Enfermeira e Mestranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 4 – Enfermeira e Mestranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 5 – Enfermeira e Mestranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 6 - Enfermeiro pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Enfermagem.Mixoma.Cuidados.

Resumo

Introdução: A busca de novas técnicas cirúrgicas pós-ressecção de tumor de mandíbula, tem sido uma constante, buscando, assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. Consta-se que o tratamento cirúrgico de tumores avançados de mandíbula determina grandes sequelas funcionais e estéticas ao paciente. O Mixoma é uma neoplasia benigna com crescimento lento, entretanto localmente agressivo. Pode acometer tecidos duros e moles (coração, subcutâneo, pele, entre outros). **Objetivo:** Relatar os cuidados de assistência de enfermagem a paciente com mixoma mandibular. **Método:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em Hospital Universitário (HU) do município de Fortaleza- CE, durante o período de estágio da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II, ocorrido em dezembro de 2012. O público alvo do estudo foi caso clínico de uma criança de 07 anos que havia realizado uma hemimandibulectomia. Acadêmica do curso de enfermagem acompanhou as intervenções de enfermagem que eram realizadas no paciente. **Resultados:** Durante o desenvolvimento do estudo realizou-se atividades práticas como: entrevista com a responsável pelo paciente, acompanhamento do seu estado clínico e evolução dos sinais e sintomas da cirurgia. **Conclusão:** Conclui-se que o trabalho conseguiu atingir seu objetivo inicial de relatar os cuidados de assistência de enfermagem a paciente com mixoma mandibular. Tal cuidado possibilitará a reintegração do paciente à sociedade, o mais breve possível, com seu aparelho estomatognático funcionalmente recuperado, gerando assim, menor trauma psicológico a criança.

Introdução

Acredita-se que o Mixoma mandibular seja uma lesão ectomesenquimal, com característica indolor, embora há relatos de casos raros de dor (BRITES, 2012). É um tumor benigno raro, que não sofre metástase, com crescimento lento e agressivo, acometendo o complexo maxilo-mandibular. Pode acometer tecidos duros e moles (coração, subcutâneo, pele, entre outros). É mais frequente em adultos jovens, em torno de 30 anos de idade, sendo raro em pessoas com menos de 10 anos ou acima de 50, sem ter predileção local (mandíbula ou maxila), sexual (feminino ou masculino) nem racial (MELLO *et al*, 2008; BRITES, 2012) A mandíbula é o local mais afetado, em torno de 66% do total de casos. Dentre os sintomas têm-se: dor, invasão de tecidos moles, ulceração, mobilidade dentária, dentre outras. O diagnóstico é feito por meio de radiografia com imagem radiolúcida, de aspecto semelhante a "favo de mel, bolhas de sabão, ou de raquete de tênis". O tratamento de escolha é a cirurgia radical, em virtude do grande potencial de recidiva, mas ainda há cirurgiões que optam pela curetagem (BRITES, 2012). A busca de novas técnicas cirúrgicas pós-ressecção de tumor de mandíbula, tem sido uma constante, buscando, assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. Consta-se que tratamento cirúrgico de tumores avançados de mandíbula determina grandes sequelas funcionais e estéticas ao paciente. Diante desses problemas, a enfermagem encontra um campo de atuação para a promoção da saúde, visto que a pessoa diagnosticada com tal doença necessita de cuidados específicos de enfermagem. Assim, a promoção da saúde atua com estratégias que são voltadas para profissionais com o objetivo de desenvolver habilidades individuais da população buscando sua autonomia em seu processo saúde-doença, visando à melhoria da qualidade de vida (HEIDEMANN *et al*, 2012). Diante disso objetivou-se relatar os cuidados de assistência de enfermagem a paciente com mixoma mandibular.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência realizado em HU no município de Fortaleza- CE. O relato aborda caso clínico de uma criança portadora de tumor mandibular benigno, submetido à hemimandibulectomia e posterior reconstrução bem como as intervenções de enfermagem prestadas ao paciente. O mesmo foi realizado por acadêmica do 7º semestre da Universidade Federal do Ceará (UFC) durante o período de estágio da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II, ocorrido em dezembro de 2012. Os dados foram obtidos através de uma entrevista com a responsável pelo paciente, já que o mesmo comunicava-se apenas de forma não verbal, devido estar traqueostomizado; do acompanhamento do seu estado clínico e pela evolução dos sinais e sintomas da cirurgia. A análise dos dados foi obtida a partir dos dados coletados; planejamento dos cuidados de enfermagem e implementação dos cuidados de enfermagem a partir de experiências já vivenciadas durante a prática hospitalar. O trabalho obedeceu às normas éticas estabelecidas pelas diretrizes da resolução nº 466/12 do CNS-MS, que preconiza que as pesquisas envolvendo seres humanos atendam as exigências éticas e científicas fundamentais (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

ENTREVISTA- Paciente, M.V., sexo masculino, 07 anos de idade, natural de Fortaleza- CE. Encontrava-se no sétimo DIH (dias de internação hospitalar) por mixoma de mandíbula. Apresenta-se acamado, orientado, cooperativo, não comunicativo e higienizado. Mãe relatou que observou surgimento de nodulação e aumento de volume em região de mandíbula do lado esquerdo do filho, associada à queixa de dor dentária relatada pelo paciente há cerca de quatro anos. Informou que depois de observar o surgimento de tais sinais no filho procurou o serviço odontológico. O paciente compareceu a uma clínica odontológica queixando-se de discreto aumento de volume

na região descrita, de consistência dura e sem muitas manifestações. O dentista realizou uma avaliação e iniciou a antibioticoterapia. Após alguns dias, o paciente retornou a clínica queixando-se de não ter havido melhora. Pôde-se observar que houve rápida evolução do quadro clínico, com visível assimetria facial. O paciente foi então encaminhado por um cirurgião bulbo maxilar ao serviço do HU, onde foi elucidado diagnóstico de mixoma por biopsia incisiva por acesso intrabucal. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) do seio da face do paciente que evidenciou lesão isodensa, expansiva e invasiva e destruição da cortical lingual e da basilar se estendendo do dente canino esquerdo ao segundo molar esquerdo. Região basilar no ramo mandibular esquerdo, endurecida a palpação e sem sintomatologia dolorosa. No exame extra oral observou-se assimetria facial, erupção dentária normal, rebordo alveolar sem sinais de expansão óssea. Durante a entrevista, a mãe referia alteração na conformação dentária e aumento progressivo da nodulação. Negou doenças sistêmicas, comorbidades, alergia e internações anteriores do filho e ausência de histórias familiares de problemas sistêmicos. Para melhor planejamento do acesso à lesão e da reconstrução da mandíbula houve exérese do tumor. Assim, o tratamento de escolha foi hemimandibulectomia. O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Para o trabalho utilizou-se o protocolo do paciente devidamente registrado no HU. Foram levadas em consideração as informações encontradas no exame clínico e no acompanhamento do paciente. Após estudar a doença que o paciente apresentava percebeu-se a necessidade de desenvolver cuidados de enfermagem ao paciente submetido à hemimandibulectomia. Entre os cuidados realizou-se: aspiração, sempre que necessário, da traqueostomia e as vias aéreas superiores; verificação dos sons respiratórios; realização da higiene oral; auxílio e ensino das técnicas de comunicação; troca de curativo de fixação diariamente, sempre após o banho ou quando necessário a fim de evitar infecção e avaliação da qualidade de vida do paciente submetido à cirurgia de cabeça e pescoço. A integridade da mandíbula é fundamental para o desempenho das funções fisiológicas da deglutição, mastigação e fonação, além de conservar o contorno facial e a estética. A necessidade da microcirurgia e o papel relevante dos enxertos ósseos na reconstrução mandibular é uma temática bastante comentada na literatura (JUNIOR; KEIM, 2011). O Mixoma é uma neoplasia benigna de origem mesenquimal com crescimento lento, entretanto localmente agressivo. Pode acometer tecidos duros e moles (coração, subcutâneo, pele, entre outros). Geralmente, ao acometer tecido ósseo atinge os ossos da face. Na região da cabeça e do pescoço, mixomas ocorrem geralmente na mandíbula, maxilar e tecidos moles da face. O tratamento recomendado deve ser a excisão cirúrgica com margens livres, evitando-se dessa maneira recidivas (MELO et al, 2008). Neste estudo, o paciente também realizou uma exérese do tumor. Em outro estudo paciente, ao exame físico extrabucal, apresentou sintomas semelhantes como presença de massa firme dolorosa à palpação e assimetria facial. À inspeção intrabucal, foi notado discreto aumento de volume, recoberto por mucosa íntegra e de coloração normal (ALVES et al., 2004). Sinais clínicos observados no presente estudo.

Conclusão

Conclui-se que o trabalho conseguiu atingir seu objetivo inicial que era relatar a importância da prestação de cuidados de enfermagem a pacientes submetidos hemimandibulectomia parcial e posterior reconstrução. Percebeu-se que tal assistência de enfermagem possibilitará a reintegração do paciente submetido à cirurgia de hemimandibulectomia a seu regresso à sociedade, o mais rápido possível, com seu aparelho estomatognático recuperado, gerando assim, menor trauma psicológico a criança. A presença do acompanhante, além do apoio emocional, ajuda o enfermeiro a obter mais informações sobre a criança, que muitas vezes não consegue se expressar, de modo que o acompanhante, especialmente a mãe, oferece informações necessárias para o planejamento do cuidado de enfermagem e para a avaliação da criança.

Referências

ALVES, Adriana Terezinha N. N. et al . Carcinoma adenóide cístico: revisão da literatura e relato de caso clínico. J. Bras. Patol. Med. Lab., Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, 2004.

BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico – tratamento cirúrgico radical. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. Camaragibe, v.12, n.4, 2012.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. Cienc Cuid Saude. v.11, n.3, 2012.

JUNIOR, José Carlos Martins, KEIM, Frederico Santos. Uso de prototipagem no planejamento de reconstrução microcirúrgica da mandíbula. Rev Bras Cir Craniomaxilofac; v.14, n. 4, 2011.

MELO, Allan Ulisses Carvalho de et al. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. Rev. Bras. Otorrinolaringol., São Paulo, v. 74, n. 3, 2008.

Agradecimentos

Agradecemos a instituição pela disponibilidade do espaço para a realização do referido estudo e ao Departamento de Enfermagem da Universidade federal do Ceará (UFC) pelo incentivo aos estudantes para o desenvolvimento de pesquisas.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA CRIANÇA COM HÉRNIA INCISIONAL – UM ESTUDO DE CASO.

Flávio Silva Rodrigues (Apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – flavio-enfermagem@hotmail.com

Germana Maria da Silveira (Apresentadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Camila Bezerra de Lima Mendonça - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Samy Loraynn Oliveira Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Marcelo dos Santos Feitoza – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Maria Adelane Monteiro (Orientadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: *Cuidados de enfermagem. Hérnia incisional. Criança.*

Resumo

O presente estudo tem como objetivo prestar assistência de enfermagem à uma criança hospitalizada com hérnia incisional, bem como orientar sobre os cuidados a tomar no estado pós-operatório, com enfoque na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Trata-se de um estudo de caso, realizado na pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE. O sujeito da pesquisa foi uma criança de 4 anos internada na Pediatria com diagnóstico de abdômen distendido e hérnia incisional ocasionados por deiscência na primeira cirurgia de apendicite feita há três anos (2009). A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista semi-estruturada com a mãe da criança e registro fotográfico. A análise dos dados deu-se através do embasamento teórico nos diagnósticos de enfermagem da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda 2009/2011). A realização deste proporcionou maior conhecimento, melhorando a nossa qualificação para uma melhor abordagem as orientações pré-operatória e assistência de enfermagem mais adequada com base científica e visão holística junto a esses pacientes.

Introdução

A apendicite aguda é a doença mais frequente do apêndice vermiforme e a principal causa de cirurgia abdominal de urgência, sendo a apendicectomia a primeira escolha para seu tratamento. Sua incidência é maior em jovens em idade escolar e adolescência, predominando o sexo masculino e a raça branca (FISCHER CA, *et al*, 2005).

A apendicite aguda constitui uma das principais afecções de abdômen agudo cirúrgico na criança. A prática clínica demonstra que, apesar do surgimento de diferentes métodos de imagem nos últimos anos, o diagnóstico desta afecção na criança ainda se baseia no quadro clínico: dor de início insidioso, no epigástrio ou região peri-umbilical, com posterior localização na fossa ilíaca ou flanco direito, vômitos ou náuseas e febre de baixa intensidade. (TANNURI, 2003).

A recuperação pós-cirúrgica é de fundamental importância, pois a má cicatrização, ou uma evolução com deiscência poder trazer complicações como a hérnia. Para MUNOZ *et. al.* (2010) define hérnia incisional como a saliência de peritôneu parietal, que pode ser acompanhada por vísceras abdominal através de um defeito ou anel da parede abdominal produzido por uma cicatriz cirúrgica ou traumática. Esta é uma complicação potencial de qualquer cirurgia laparoscópica ou laparotomia.

As hérnias incisionais são uma complicação comum, ocorrendo em 11% dos pacientes, em geral, e pode alcançar até 23% naqueles que evoluem para infecção de sítio operatório. O tratamento da hérnia incisional é a cirurgia, sem tratamento, eles estão associados com morbidade significativa, principalmente pela ligação de um saco, que pode se manifestar como obstrução intestinal, com ou sem estrangulamento da alça intestinal comprometida (MUNOZ *et. al.*, 2010).

Observando um caso, durante um estágio, na Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE, percebemos que esse assunto era pouco conhecido pela comunidade em geral e até mesmo por muitos acadêmicos e profissionais, sendo assim resolvemos aprofundar nossos conhecimentos no assunto.

Portanto, com maior ciência sobre o caso e suas complicações, seria possível compreender melhor o estado, não só de uma criança com hérnia incisional, mas também os de sua família e a partir disso, intervir de forma mais adequada na recuperação da criança, juntamente com a instituição e os profissionais desta, bem como orientar a família sobre os cuidados específicos nesse período de pós-operatório.

Frente a essas assertivas o objetivo prestar assistência de enfermagem à uma criança hospitalizada com hérnia incisional, bem como orientar sobre os cuidados a tomar no estado pós-operatório, com enfoque na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva do tipo estudo de caso com abordagem qualitativa. A ideia de se trabalhar com essa perspectiva metodológica surgiu da intenção de buscar compreender, o mais próximo possível do objeto em estudo, a dimensão do problema identificado e, conseqüentemente, a tentativa de se obter resultados satisfatórios. O estudo de caso foi realizado em agosto à setembro de 2013, na Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Sobral – CE.

O sujeito da pesquisa foi uma criança de 4 anos internada na Pediatria com diagnóstico de abdômen distendido e hérnia incisional ocasionados por deiscência na primeira cirurgia de apendicite feita há três anos (2009). Para a coleta de dados, foram realizadas 08 visitas hospitalares. As informações foram coletadas a partir de consultas ao prontuário clínico, entrevista semi-estruturada com a mãe da paciente, registro fotográfico com a permissão da mãe da criança, realização do exame físico da pessoa, diagnósticos de enfermagem, a partir do levantamento de problemas identificados, foi realizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base nos diagnósticos de enfermagem da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (Nanda 2009/2011) e nas Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta. Os dados foram apresentados na forma de histórico de Enfermagem e em para melhor visualização dos resultados optamos em apresentá-los em um quadro onde estão destacados os diagnósticos de enfermagem, plano de cuidado e resultados esperados.

Seguimos os aspectos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente à pesquisa envolvendo seres humanos, sendo também respeitados os referenciais básicos da bioética, que inclui a beneficência, não maleficência, autonomia, justiça e equidade e usamos o termo Consentimento livre e esclarecido.

Resultados e Discussão

Durante as observações e a entrevista semiestruturada seguidas de registros podemos averiguar que a mãe (acompanhante) M.L.S.B de 24 anos encontrava-se muito aflita e receosa com o processo cirúrgico que sua filha de 4 anos iria ser submetida.

Diante desses dados encontrados, realizamos orientações acerca da cirurgia e os cuidados pós-operatórios, com a finalidade de minimizar as angústias e o medo frente a um procedimento até então desconhecido. As orientações foram passadas de maneira objetiva, utilizando uma linguagem simples de fácil entendimento para a acompanhante.

Após o levantamento de dados, elaborou-se o histórico de enfermagem da paciente. Em seguida, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem pré-operatório e pós-operatório e os resultados esperados utilizando o Diagnóstico de Enfermagem da NANDA. Após foi elaborado as intervenções de enfermagem de acordo com as necessidades observadas.

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

M.L.S., 4 anos, feminino, residente em Camocim-CE, filha de pais separados, mora atualmente com a mãe (M.L.S.B., 24 anos), uma irmã biológica e um filho do padrasto. A renda familiar é proveniente de trabalhos informais realizados pelo padrasto e benefício do governo (bolsa família) das três crianças. Aos nove meses de idade, a criança apresentou quadro de irritabilidade, dor abdominal, apatia, que levou a mãe a procurar a Unidade Básica de Saúde de seu município, após avaliação na Unidade de Saúde, foi encaminhada ao hospital da cidade, permanecendo quatro dias internada sem diagnóstico. Foi então referida para o atendimento terciário na Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE, com acompanhamento da equipe de pediatria da referida instituição, sendo assim diagnosticada com apendicite aguda, onde foi realizada cirurgia de urgência no dia 12 de outubro de 2009. No pós-operatório a criança evoluiu com deiscência, prolongando o tempo de recuperação e apresentando complicações como abdome distendido e cicatrização de segunda intenção. Durante acompanhamento foi diagnosticada hérnia incisional, sendo indicado tratamento cirúrgico. Foi encaminhada para a cirurgia por diversas vezes, mas motivos que a mãe não soube relatar, impediram que a cirurgia fosse realizada. Após mais de três anos de espera, a criança foi admitida no dia 16 de abril de 2012 com a finalidade de executar a cirurgia, após sua admissão na pediatria foi realizado o exame físico, o abdômen apresentava-se globoso, normotenso, indolor à palpação, sem sinais de irritação peritoneal, com ruídos hidroaéreos normais, paciente abaixo de peso, e através dos exames laboratoriais veio o diagnóstico de anemia. A cirurgia ocorreu no dia 19 de abril de 2012. No 1º dia de internação pós-operatório, apresentou vômito, febre, dor abdominal e dificuldade para dormir à noite, no 2º dia, apresentou estado geral estável, consciente, orientada, deambulando com a ajuda da mãe. A paciente encontrava-se com dreno intracavitário que permaneceu até o terceiro dia do pós-operatório, quando não mais se verificou saída de secreções. A acompanhante (genitora) da paciente é bastante comunicativa e demonstra satisfação com o tratamento que sua filha vem recebendo, porém está muito ansiosa pela alta hospitalar devido a saudade que sente da sua outra filha que é lactente e do marido, além de demonstrar preocupações com seus afazeres domésticos. No dia 23 de abril recebeu alta com guia de retorno pra revisão pro dia 08 de maio de 2012.

PLANEJAMENTO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A visita Pré-operatória foi um recurso utilizado por nós, para além das orientações a fim de amenizar o impacto deste procedimento, levantar dados sobre o histórico do paciente cirúrgico e assim planejar a assistência de enfermagem a ser prestada no período pós-operatório, para proporcionar sua rápida evolução para alcançar a qualidade de vida. A comunicação em enfermagem se dá através de orientações e fatos relevantes para a assistência ocorridos com o cliente, que ajudem na resolução dos problemas, bem como orientações ao cliente e à família acerca do tratamento, condutas ou procedimentos, além de palavras que demonstrem calor humano e apoio (CUNHA et al., 2007, p.156).

Neste estudo, os diagnósticos de enfermagem identificados foram: No pré-operatório: Distúrbio na imagem corporal (abdômen globoso), baixo peso, proteção ineficaz e ansiedade moderada (Quadro 1) e no pós-operatório: nutrição desequilibrada, hipertermia, conforto prejudicado, deambulação prejudicada, percepção dolorosa (dor abdominal) e dreno intracavitário (Quadro 2). Observa-se que os diagnósticos de enfermagem pós-operatório estão relacionados, principalmente, às alterações orgânicas acarretadas pelo processo cirúrgico. O diagnóstico de ansiedade moderada da genitora da paciente aparece como um aspecto peculiar da permanência no hospital e pela experiência passada.

Algumas intervenções de enfermagem foram realizadas junto a paciente e sua genitora, que no momento da coleta de dados, encontrava-se com necessidade visível de verbalizar seus sentimentos.

Quadro 1: Planejamento da assistência de enfermagem a uma paciente com diagnóstico

de hérnia incisional no pré-operatório. Sobral-CE, 2012.

Problema de enfermagem	Diagnóstico de enfermagem	Intervenções de enfermagem	Resultados esperados
Abdômen globoso	Distúrbio na imagem corporal, caracterizado por doença, evidenciado por verbalização de percepções que refletem uma visão alterada do próprio corpo na aparência.	Esclarecer que este é um resultado da hérnia e que será resolvido após a cirurgia;	Processo cirúrgico eficaz; Alta estima;
Baixo peso	Nutrição desequilibrada: menos do que as necessidades corporais relacionada a fatores econômicos, definida por informações incorretas.	Orientações sobre uma nutrição balanceada;	Peso adequado de acordo com altura e a idade;

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Anemia	Proteção ineficaz, caracterizada por nutrição inadequada (anemia), evidenciado por fraqueza.	Orientar quanto à necessidade de ingestão protéica, ferro, líquidos e de carboidratos adequados;	Processo anêmico reduzido;
Ansiedade moderada	Ansiedade moderada, relacionada à ameaça no estado de saúde, definida por incerteza e receio.	Oferecer informações sobre a doença e o tratamento; Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; Ouvir atentamente a genitora;	Ansiedade reduzida

Quadro 2: Planejamento da assistência de enfermagem a uma paciente com diagnóstico operatório. Sobral-CE, 2012.

de hérnia incisional no pós-

PROBLEMA DE ENFERMAGEM	DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS ESPERADOS
Vômitos	Motilidade gastrointestinal disfuncional, relacionada a cirurgia, evidenciado por vômito;	Orientar a mãe sobre a possibilidade do vômito após uma cirurgia.	Melhor aceitação do problema.
Febre	Hipertermia, relacionado a anestesia, evidenciada por aumento da temperatura corporal acima dos parâmetros normais;	Orientação sobre a importância de um banho frio na diminuição da temperatura corporal.	Redução do quadro febril;
Dificuldade para dormir à noite	Conforto prejudicado, evidenciado por relatos de sentir-se desconfortável;	Dicas acerca da posição mais confortável no pré-cirúrgico.	Integridade do sono melhorado;
Precisa da ajuda da mãe para ir ao banheiro	Deambulação prejudicada, relacionada a desconforto, evidenciada por dificuldade de locomoção, necessitando da ajuda de outros	Orientar acerca da importância da deambulação pós-cirúrgica.	Sistema locomotor menos prejudicado;
Percepção dolorosa	Dor aguda, caracterizada por fatores biológicos, evidenciada por relato verbal de dor;	Orientações à mãe para deixar a filha na posição que esta julgar mais confortável.	Diminuição do desconforto doloroso.

Conclusão

A partir do presente estudo foi possível a nós, acadêmicos, observar como de fato se dá a assistência de enfermagem a pacientes com hérnia, em especial crianças. Pudemos perceber como é complicado para um indivíduo, logo tão jovem apresentar esse tipo de complicação. Identificamos ainda as repercussões que algo dessa natureza traz, não só ao paciente, mas da família que se envolve plenamente quando se trata de uma hospitalização na infância.

Pode-se assim, observar as principais dificuldades enfrentadas por pacientes com hérnia incisional, para então, poder intervir da maneira mais adequada na recuperação, seja esta física ou emocional de uma criança, pois a internação, bem como o problema da hérnia podem trazer sérios traumas a esta.

É de extrema importância a presença do enfermeiro neste período pré-operatório pois tranquiliza os pacientes, assim como os seus familiares, as orientações pré-operatórias podem sanar as dúvidas favorecendo o encorajamento dos pacientes a aceitar os fatos, contribuindo para a recuperação pós-operatória.

Referências

BERTONE, T. B.; RIBEIRO, A. P.S.; GUIMARÃES, J. Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente Revista

Fafibe, n.3, ago. 2007 Bebedouro – SP p. 1-5

CUNHA, Aparecida Irian Guidugli *et al.* *A Enfermagem na Cardiologia Invasiva*. São Paulo: Atheneu, 2007.

FISCHER CA, Pinho MSL, Ferreira S, Milani CAC, van Santen CR, Marquardt RA. Apendicite aguda: existe relação entre o grau evolutivo, idade e o tempo de internação? *Rev Col Bras Cir*. 2005;32(3):136-8.

HORTA, Wanda de Aguiar. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979. Lima DU de, Garcia APRF, Toledo VP. Olhares da enfermagem para o paciente esquizofrênico: implicações do processo saúde doença para o cuidado. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(5):4325-31, jun., 2013

MUNOZ C, CÉSAR y RODRIGUEZ R, ROBERTO. Hernioplastía incisional con Prolene Hernia System®: Reporte de casos. *Rev Chil Cir* [online]. 2010, vol.62, n.1, pp. 37-41. ISSN 0718-4026.

NANDA International. *Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011*, organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliâne Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p

TANNURI, Uenis. O surgimento dos métodos de imagem permitiu o diagnóstico mais precoce da apendicite aguda na criança?. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [online]. 2003, vol.49, n.4, pp. 356-357. ISSN 0104-4230.

Agradecimentos

Agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú e a professora Maria Adelane Monteiro pelo incentivo a pesquisa e aos co-orientadores pela contribuição na construção dessa pesquisa.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PACIENTE COM CANDIDÍASE NA GESTAÇÃO: ESTUDO DE CASO.

Andressa da Rocha Evangelista – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA; andressarochaevangelista@hotmail.com
Cryslany Portela de Aguiar – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Maria Júlia Alexandrino de Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Monalisa Maria do Nascimento Sousa – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Laura Paiva Bonfim – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA
Maria da Conceição Coelho Brito (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA

Palavras-chave: Candidíase; Cuidados de Enfermagem; Gestante.

Resumo

Este estudo teve como objetivo relatar a experiência da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE a uma gestante com candidíase. O relato de caso foi realizado no Centro de Saúde da Família dos Terrenos Novos, no período de 24 e 25 de setembro e 1 a 4 de outubro de 2013. Os dados foram coletados meio da consulta do prontuário e entrevista aberta com a paciente, e avaliados para elaboração de diagnóstico (NANDA), intervenção (NIC) e objetivo esperado (NOC). Os diagnósticos de enfermagem encontrados foram: Diarreia, Dor aguda, Náuseas, e Risco de infecção. Dessa forma, percebemos a importância do enfermeiro no processo de cuidar, com a visão humanizada de oferecer o melhor tratamento para que a paciente consiga ter uma gravidez saudável e qualidade de vida após o parto.

Introdução

Denomina-se de Candida os fungos do tipo levedura que fazem parte da microbiota humana normal, que podem desencadear doenças em indivíduos normais e pacientes imunodeprimidos. Cerca de 30% da população mundial de mulheres aparentemente saudáveis apresentam leveduras no canal vaginal, sendo que a concentração e a frequência destas está intimamente relacionada à altas concentrações de progesterona, estradiol e glicogênio e à alterações do pH vaginal (KURTZMAN, 1998).

A infecção vaginal causada por espécies de Candida é conhecida como candidíase ou candidose, e é a causa mais frequente de vaginite entre mulheres de todas as faixas etárias. Os fatores mais frequentes estão associados ao estilo de vida destas mulheres, tais como o uso de roupa íntima de tecido sintético, uso excessivo de ducha vaginal, contraceptivo oral, gravidez e terapia de reposição hormonal. Mais raramente foram relatados casos de diabetes, HIV positivo e uso de corticosteroide (CORSELLO, SPINILLO, OSNENGO, PENNA, GUASCHINO, BELTRAME, BLASI, FESTA, 2003). Várias espécies de Candida fazem parte da microbiota normal de pessoas saudáveis, sendo a *C. albicans* a espécie de maior frequência nos tratos genitourinário e gastrointestinal, além da cavidade bucal. Espécies desse gênero têm coloração branca a creme, de aspecto que varia desde cremosas e lisas a rugosa e sulcadas (KONEMAN, ALLEN, SCHRECKENBERGER, JANDA, WINN, 2001).

Mais de 50% das mulheres são acometidas por candidíase vulvovaginal pelo menos uma vez na vida. Os sinais e sintomas mais comuns são prurido e presença de um corrimento esbranquiçado, além de vermelhidão e edema da área afetada (CORSELLO, SPINILLO, OSNENGO, PENNA, GUASCHINO, BELTRAME, BLASI, FESTA, 2003).

A Candidíase é bastante comum na gravidez, porém não há estudos que comprovem que a infecção por Candida traga algum dano aos bebês. Nenhum estudo demonstrou que a Candidíase nesse período cause qualquer anomalia fetal, porém, caso a mãe tenha o filho pelo parto normal, há chances de que o bebê contraia a infecção por esse meio. Mas, mesmo em bebês que não tiveram mães com Candidíase na gravidez, é bastante comum a infecção aparecer nos primeiros anos de vida devido à baixa imunidade das crianças nessa fase, podendo a doença ser adquirida no próprio hospital. Com isso, o risco para os bebês não está no momento da gravidez e sim no parto. O maior problema está em bebês prematuros: quanto menor o peso e menor o tempo da gestação, mais chances tem de a Candidíase se tornar sistêmica, podendo inclusive prejudicar o desenvolvimento neurológico. O tipo de Candidíase que mais preocupa as mulheres grávidas é a Candidíase Vaginal. Os sintomas em grávidas são os mesmos dessa Candidíase em qualquer outro período da vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O principal cuidado no tratamento da doença em grávidas está no uso de medicamentos em forma de supositórios ou óvulos. É necessário, principalmente nos estágios mais avançados da gravidez, cuidado na hora do uso do supositório, evitando causar danos e ferimentos no colo do útero. Nesses casos é preferível apenas o creme ou uma alternativa via oral, devendo ser orientada pelo médico (WAGGONER-FOUNTAIN, LINDA, ET AL., 1996).

Para prevenir a Candidíase na gravidez e evitar que ela surja novamente, é importante não apenas tomar os medicamentos prescritos no prazo correto, mas também manter um estilo de vida saudável, para evitar uma queda ainda maior da imunidade, o que pode facilitar o desenvolvimento da Candida e gerar infecção vulvovaginal. É importante manter uma dieta balanceada e com quantidade adequada de vitaminas e sais minerais. O uso de probióticos também pode auxiliar na melhora da imunidade e na manutenção de uma flora bacteriana normal, como a prática de exercícios adequada para o momento da gravidez também deve ser considerada.

Os cuidados de enfermagem consistem no conjunto de orientações que o profissional de enfermagem presta às pessoas com a finalidade profilática ou à pacientes portadores desta patologia. Sabendo que a prevenção da infecção é sempre melhor que a cura de um processo infeccioso, dentre as recomendações que podem ser feitas às mulheres, com o intuito de prevenir o aparecimento de vulvovaginites causadas por Candida são evitar usar vestimentas muito justas; procurar usar lingerie de algodão; evitar o uso de meia-calça, pois aumenta significativamente o aparecimento de candidíases; ter uma alimentação saudável com pouca ingestão de açúcar, carboidratos e consumo frequente de iogurtes acidófilos; usar camisinha para evitar todos os tipos de vaginites; fazer uma higienização apropriada regularmente da região vaginal; durante a gravidez a mulher deve evitar açúcar, álcool e alimentos fermentados. Uma vez constatada a doença a mulher deve seguir a risca o tratamento com antifúngicos e manter hábitos saudáveis como a alimentação balanceada, repor a microflora vaginal com lactobacilos; evitar ter relações sexuais neste período ou fazer com uso de preservativo; deve ainda fazer uma higienização adequada sem nunca fazer uso de ducha íntima, pois pode destruir os microrganismos comensais da vagina e propiciar o aumento da colonização de microrganismos patogênicos; e seguir as orientações quanto ao uso das vestimentas apertadas.

Metodologia

A pesquisa é do tipo exploratório segundo seus objetivos e estudo de caso intrínseco com abordagem qualitativa de acordo com os

procedimentos técnicos. O estudo de caso foi realizado no Centro de Saúde da Família Terrenos Novos de Sobral, que abrange uma população de 14.096 pessoas, 3.650 famílias, e quatro equipes de saúde, comportando assim os profissionais: cinco Enfermeiros na Assistência, uma Enfermeira Tutora e uma Enfermeira na Gerência, duas Técnicas de Enfermagem, vinte e três Agentes Comunitários de Saúde (ACS's), quatro Médicos, dois Auxiliares Administrativos e dois Auxiliares de Farmácia. A unidade comporta um SAME, uma Farmácia, nove consultórios de Enfermagem, incluindo uma sala de Saúde da Mulher, um Auditório, uma sala de Aerosol juntamente com a sala de coleta, uma sala de vacina, uma sala para procedimentos, uma sala de observação, uma copa, uma lavanderia e uma sala de autoclave.

A pesquisa foi realizada no período de 24 e 25 de setembro e 1 a 4 de outubro de 2013, momento em que estivemos em estágio referente ao módulo de Gravidez, Nascimento e Desenvolvimento Infantil.

A coleta de dados foi feita por meio da consulta do prontuário e entrevista aberta com a paciente; e a análise desses dados foi feita segundo o Processo de Enfermagem de Wanda Horta de Aguiar. O diagnóstico de enfermagem foi realizado através da consulta por associação dos dados coletados e com os diagnósticos pré-estabelecidos pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA, 2012). Então, de acordo com os diagnósticos encontrados, os resultados foram analisados com base no *Nursing Outcomes Classification*, (NOC, 2012), e as intervenções consultadas a partir das propostas da *Nursing Interventions Classifications* (NIC, 2012) e avaliadas as que mais se encaixavam para melhor recuperação do paciente.

Neste estudo, os aspectos éticos utilizados foram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) do Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA, segundo a resolução nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

De acordo com o histórico de enfermagem identificamos o Paciente F.G.D.D. prontuário: 1982, 24 anos, gestante, G03/A01/P01, IG: 24 semanas e cinco dias, procurou a unidade com queixa de cefaléia, dor em baixo ventre, vômitos, náuseas, diarreia 3x ao dia. Nega perda de líquidos e disúria. PA: 110x70; AU: 35 cm, BCF: 144bpm. Suspeita de aborto retido com 13 semanas. Faz uso de ácido fólico e sulfato ferroso. Reside no bairro Terrenos Novos desde que nasceu; mora com os pais e o filho de cinco anos. Casa de alvenaria com água encanada, porém sem saneamento básico. Relata alimentação rica em frutas e legumes com presença de cereais e carnes. Antecedentes familiares de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Não apresenta edemas e possui diagnóstico de candidíase com presença de leucorréia característica. Os diagnósticos de enfermagem encontrados com a análise de dados foram: Hidratação; Eliminação 2. Eliminação e troca 2. Função gastrointestinal Diarreia: eliminação de fezes soltas e não formadas. Percepção: dolorosa 12. Conforto 1. Conforto físico Dor aguda: experiência sensorial e emocional desagradável, que surge de lesão tissular real ou potencial, ou é descrita em termos de tal lesão; início súbito, de intensidade de leve a intensa, com término antecipado ou previsível e duração de menos de seis meses Conforto 12. Conforto 1. Conforto físico Náuseas: uma sensação subjetiva desagradável, semelhante a uma onda, na parte posterior da garganta, no epigástrico ou no abdome, que pode levar ao impulso ou necessidade de vomitar. Ambiente Cuidado corporal 11. Segurança /proteção 1. Infecção Risco de infecção: risco aumentado de ser invadido por organismos patogênicos. Com isso propomos as seguintes intervenções de enfermagem: Controle intestinal e Controle hídrico; Controle da dor Administração de analgésicos; Controle da náusea; Controle de doenças transmissíveis; Cuidado durante o parto: parto e Controle da infecção. Na evolução de enfermagem, a paciente fez reforço de Antitetânica (dT) e vacinada contra Influenza, aguarda resultado dos exames laboratoriais, foi encaminhada para fazer exames ginecológicos, orientada quanto aos cuidados de higiene corporal e quanto à alimentação saudável. Encontra-se em tratamento para Candidíase, sendo prescrito Miconazol creme a 2%, via vaginal, uma aplicação à noite antes de deitar, por 7 (sete) dias; e medicada para náuseas e vômitos. Retorno previsto para dia oito de outubro para consultas de pré-natal e acompanhamento do controle da infecção. É esperado que a paciente siga as orientações, comparecendo a todas as consultas de pré-natal, não interrompa o tratamento da infecção e fique atenta aos sinais de risco da gestação.

Conclusão

A candidíase na gravidez é uma situação bastante comum entre as grávidas, pois durante este período, os níveis de estrogênio ficam mais elevados, favorecendo a proliferação da *Candida Albicans* que habita naturalmente a região íntima da mulher. O tratamento para candidíase na gravidez pode ser feito com o uso de cremes vaginais ou pomadas antifúngicas receitadas pelo médico. A candidíase precisa ser tratada, pelo fato de que infecções vaginais podem propiciar parto prematuro.

A candidíase na gravidez não prejudica o bebê, mas se o bebê nascer de parto normal e se neste dia a mulher estiver com candidíase, o bebê poderá ser contaminado e apresentar a candidíase oral nos seus primeiros dias de vida e ao mamar, ele poderá transmitir o fungo novamente para a mãe e esta irá apresentar um quadro de candidíase mamária que pode vir a dificultar a amamentação.

Portanto, a assistência de enfermagem prestada a essa paciente deve ser realizada com atenção para garantir sua melhora. Desse modo, deve-se acompanhá-la além das consultas pré-natais e monitorar o bebê garantindo uma qualidade de vida tanto para a mãe como para o filho. Para isso, é necessário um interesse não só da equipe de enfermagem, mas também por parte da mãe.

Referências

- Coordenação Nacional de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. "Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis". 4ª Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
- Corsello S, Spinillo A, Osnengo G, Penna C, Guaschino S, Beltrame A, Blasi N, Festa A, and other collaborators. An epidemiological survey of vulvovaginal candidiasis in Italy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, v.110, p.66, 2003.
- GIL, Antônio C. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2002.
- HORTA, Wanda de A. Processo de Enfermagem. São Paulo: EPU, 1979.
- JOHNSON, Marion; et al. Ligações entre NANDA, NIC E NOC: diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. 2.ed. Artmed Editora.
- Koneman EW, Allen SD, Schreckenberger PC, Janda WM, Winn WC. Diagnóstico Microbiológico. 5ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2001, p. 1051-1059.
- Kurtzman CP, Fell JW. The yeasts. A taxonomic Study. Netherlands, Ed. Elsevier Science, BV, 1998.
- NANDA INTERNATIONAL. Diagnósticos de Enfermagem da NANDA: definições e classificação. Artmed Editora, 2009-2011.
- Waggoner-Fountain, Linda A., et al. "Vertical and horizontal transmission of unique *Candida* species to premature newborns." *Clinical infectious diseases* 22.5 (1996): 803-808.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

Agradecemos a realização desse trabalho primeiramente a Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA, por nos proporcionar a integração com a comunidade. Agradecemos também a nossa professora orientadora que nos proporcionou diversas bibliografias para concluirmos nosso trabalho.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A UMA PESSOA COM TRANSTORNO ESQUIZOFRÊNICO: UM ESTUDO DE CASO

Samy Loraynn Oliveira Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – loraynn_25@hotmail.com
Germana Maria da Silveira - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Camila Bezerra de Lima Mendonça - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Taciane Correia dos Santos - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – Universidade de Fortaleza (UNIFOR)
Eliany Nazare Oliveira - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: *Esquizofrenia. Assistência de enfermagem. Saúde mental.*

Resumo

O Estudo de caso teve como objetivo implementar a assistência de enfermagem a uma pessoa com transtorno esquizofrênico, com enfoque na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. O cliente foi avaliado durante a anamnese e em seguida foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, e elaborado as intervenções de enfermagem tendo como base os diagnósticos detectados: Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais/ Necessidades psicobiológicas de nutrição; Comunicação verbal prejudicada/ Necessidade psicossociais de comunicação; Controle familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado à automedicação/ Necessidade psicobiologia de terapêutica; Interação social prejudicada/ Necessidade psicossocial de participação; Religiosidade prejudicada/ Necessidades psicoespirituais. A partir da aplicação do processo de enfermagem ao cliente esquizofrênico, considerou-se que o mesmo apresenta um prognóstico positivo, com boas perspectivas quanto a uma melhora no seu estado clínico, sendo que para o alcance de resultados satisfatórios é imprescindível que seja efetuado a continuidade da assistência.

Introdução

A esquizofrenia é um transtorno psiquiátrico de evolução lenta e progressiva, que acomete mundialmente um grande quantitativo de pessoas, sendo considerada como um dos principais problemas de saúde pública da atualidade. É um transtorno de longa duração, com períodos de crise e remissão que causam uma deterioração do funcionamento e perdas nas habilidades para o doente e sua família, onde apenas 5% dos pacientes apresentam um único surto durante toda vida, a maioria apresenta vários surtos, grande parte nos primeiros anos da doença (OLIVEIRA *et al*, 2012).

Trata-se de uma doença bastante prevalente dentre as condições psiquiátricas, com estimativa de que 1% da população desenvolva algum tipo de esquizofrenia no decorrer da vida, geralmente no final da adolescência ou no início da fase adulta, quando existe intensa produtividade laborativa e social (MARY & LEITÃO, 2000). No Brasil aparecem cerca de 75.000 novos casos desse transtorno por ano, o que representa 50 casos para cada 100.000 habitantes. Atualmente, os pacientes com esquizofrenia são maioria nos leitos de hospitais psiquiátricos (LIMA DU *et al*, 2013).

A prática em enfermagem psiquiátrica se baseia em ações que visam a melhorar a condição da qualidade de vida do paciente e de sua família, a contribuir no controle do surto da doença, torná-la estabilizada, a ajudar na integração social após o aparecimento da doença, e a cooperar na adesão ao tratamento e à adaptação de sua nova condição (GIACON; GALERA, 2006). Nessa perspectiva, se faz necessário conhecer as ações de enfermagem direcionadas as pessoas em sofrimento psíquico, neste caso, as pessoas com esquizofrenia inseridas no seu contexto familiar e social.

A enfermagem acompanha as mudanças ocorridas na sociedade ao longo de sua história como profissão. Isto exige dos profissionais reflexões sobre o processo de cuidar de modo sistematizado, passando ser hoje o instrumento de trabalho do enfermeiro, permitindo-lhe sistematizar a assistência e aplicar o conhecimento teórico que direciona e embasa as suas ações (OLIVEIRA; ALESSI, 2003).

Portanto o cuidado torna-se mais adequado quando o enfermeiro com sua experiência, habilidade técnica e cognitiva, percebe a importância de elaborar uma assistência sistematizada, individualizada e, principalmente, articulada com as necessidades do paciente e da família (FARIA; CHICARELLI, 2009). Partindo desse pressuposto salienta-se que a assistência de enfermagem deve ser feita de modo singular lembrando que o paciente portador de esquizofrenia é um ser humano que apresenta alterações emocionais e comportamentais. Assim o enfermeiro poderá ajudar o esquizofrênico nas dificuldades e nos desafios que enfrentaram ao longo do tempo, aceitando assim suas limitações.

Assim o objetivo do estudo objetiva desenvolver a assistência de enfermagem a uma pessoa com transtorno esquizofrênico, com enfoque na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta.

Metodologia

O presente estudo utilizou como estratégia metodológica o estudo de caso como fundamentos da pesquisa que, Trata-se de um estudo descritivo-exploratório com abordagem qualitativa, oriundo de uma pesquisa maior denominada “A Sobrecarga da Família que Vivencia o Cuidado de Pessoas com Transtorno Mental”. Foi realizado no período de 20 de agosto a 12 de setembro de 2013, com uma pessoa com transtorno esquizofrênico, que está sendo acompanhado pelos serviços do Centro de Saúde da Família da Coelce Dr. Grijalba Mendes Carneiro, localizado no município de Sobral, CE.

Para o desenvolvimento da coleta de informações, foram realizadas 06 visitas domiciliares, sendo que as informações foram coletadas a partir de consultas ao prontuário clínico, realização do exame físico da pessoa, observação participante e aplicação do instrumento Avaliação da Sobrecarga do Cuidador. Concluída a fase de coleta de informações foi realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), com base nos diagnósticos de enfermagem da NANDA 2009-2011 e nas Necessidades Humanas Básicas de Wanda de Aguiar Horta, que nos conduziu na assistência de enfermagem. Os dados foram apresentados na forma de histórico de Enfermagem e, em uma figura, os diagnósticos, resultados e prescrições de enfermagem que se constituiu no plano de assistência de enfermagem. Os dados foram analisados e discutidos com base na literatura disponível.

É importante ressaltar que o presente estudo observou a preservação da privacidade e individualidade do sujeito investigado na pesquisa, requisito esse preconizado pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do qual regula as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), simbolizando a garantia do anonimato das respostas e autorização para a divulgação e publicação dos resultados.

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A sistematização da assistência de enfermagem (SAE) é uma prática ou uma implantação usada para um planejamento, uma execução e avaliação do cuidado, de fundamental importância do trabalho do enfermeiro (CHAVES, 2009). É o método que possibilita o enfermeiro de exercer a arte do cuidar, através de um cuidado integral e individualizado a cada ser humano. (BARROS & CHIESA, 2007).

De acordo com Horta (1979), a assistência deve ocorrer de maneira individualizada e sistematizada, garantindo assim, um cuidado eficaz, que possa contribuir para satisfazer a promoção das necessidades humanas básicas e dessa forma prover uma assistência de qualidade.

O Processo de Enfermagem é baseado num suporte teórico que orienta a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, que fornecem a base para a avaliação dos resultados de enfermagem alcançados (COFEN, 2009). Nessa perspectiva segue a sistematização da assistência estabelecida a um cliente esquizofrênico:

Histórico de Enfermagem

CMS, 36 anos, sexo masculino, solteiro, analfabeto, não trabalha, não adere a nenhuma religião, reside como pais e um irmão, no bairro Padre Palhano, no município de Sobral, em acompanhamento psiquiátrico há vinte e quatro anos por transtorno mental – F20 Esquizofrenia; nunca foi internado em hospitais psiquiátricos; faz uso contínuo de medicações psiquiátricas e uso prejudicial de tabaco, cuidado pelos pais, sendo a mãe a principal cuidadora. Esta relata que desde os 4 anos de idade percebeu que o filho apresentava um comportamento diferenciado, demonstrava-se agressivo, sendo que aos 10 anos o quadro se agravou, com piora da agressividade, além de embotamento afetivo e solilóquios, no entanto só procurou ajuda médica no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Sobral, quando o filho tinha 12 anos de idade, o que foi confirmado pelo psiquiatra, que o CMS realmente apresentava transtornos psiquiátricos severo e persistente. Após o estabelecimento do diagnóstico, o tratamento com fármacos foi iniciado, no entanto os pais perceberam que as medicações não faziam efeito, motivo que os fizeram consultá-lo com outro profissional, sendo que o mesmo acertou na medicação prescrita. De acordo com pais antes de realizar o tratamento farmacológico o filho era bastante agressivo, inclusive já havia se auto-agrido e tentado agredir os outros; agitado; apresentava solilóquios, embotamento afetivo; tinha o padrão de sono prejudicado, não se alimentava e nem realizava higienização adequadamente; não os reconheciam como os pais, e se comportava como um “louco”, no entanto após o tratamento houve uma melhora e estabilidade do quadro, principalmente no referente ao padrão de sono e repouso, higienização e o comportamento, apesar de ainda apresentar persistências dos episódios agressivos. Segundo a mãe o filho não pode ser contrariado e não tolera conversas prolongadas, que logo se torna agitado e agressivo. Esta também menciona que ele esta se alimentado em excesso. É um paciente totalmente independente na satisfação das seguintes necessidades básicas: respirar, comer e beber, eliminar, movimentar-se, vestir-se e despir-se. Ao exame do estado mental: apresenta aparência higienizada; consciente; orientado; calmo, hipotenaz; déficit de cognição; pouco colaborativo, com atitudes algumas vezes reservadas, com dificuldade para compreender; escassez de fala, passividade e falta de iniciativa; comunicação verbal pobre; desempenho social (não possui vida social ativa). Durante conversa com o cliente e os seus cuidadores foi possível evidenciar o desconhecimento quanto ao diagnóstico da doença e ausência de supervisão no uso das medicações. Ao exame físico geral não se identificou nenhuma alteração. O cliente encontra-se fazendo uso das seguintes medicações: Haldol decanoato 5mg/ml (2amp/mês); Haldol gotas 2mg/ml (50 gotas/noite) e Prometazina 25mg (1cp noite).

Diagnósticos de Enfermagem/Plano de cuidados/ Evolução

Partindo da análise das informações obtidas no histórico do cliente foi possível identificar alguns diagnósticos de enfermagem, com base nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA 2009-2011 e na teoria das Necessidades Básicas Humanas Afetadas (NBHA) segundo Wanda Horta, os quais subsidiaram o desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem. (Figura 1).

Diagnósticos de Enfermagem	Plano de Cuidados	Evolução de Enfermagem
Nutrição desequilibrada: mais do que as necessidades corporais, relacionada à ingestão excessiva de alimento / Necessidades psicobiológicas de nutrição	Instruir os como deve ser a realização de uma dieta saudável; Orientar e incentivar a realização de uma dieta balanceada e equilibrada; Realizar atividade educativa que promova a compressão sobre a importância da alimentação saudável.	Embora ainda permaneça com os mesmos hábitos alimentares, reconhece a importância da realização de uma alimentação saudável e refere que ira esforça se para se alimentar adequadamente.
Comunicação verbal prejudicada, relacionadas a barreiras psicológica (psicoses), caracterizada por dificuldade para compreender e manter o padrão usual da comunicação./ Necessidade psicossociais de comunicação.	Oportunizar que a pessoa expresse os seus pensamentos, sentimentos, frustrações, e as expectativas não satisfeitas, se ele for capaz; Incentivar os familiares a manter diálogo constante com o cliente.	Embora a pessoa apresente dificuldades para se comunicar, o mesmo demonstra interesse em falar sobre sua vida. Evidenciou-se que os familiares passaram a manter maior dialogo com a pessoa.
Controle familiar ineficaz do regime terapêutico relacionado à automedicação do cliente evidenciado por relatos dos cuidadores /Necessidade psicobiologia de terapêutica	Orientar os familiares sobre a importância de supervisionar o uso da medicação; Orientar os familiares e a pessoa sobre a importância de tomar a medicação nas doses e horários prescritos; entregar uma tabela de medicação para promover o controle das medicações.	Os familiares compreendem a importância de supervisionar o uso das medicações, inclusive refere fazer regularmente esta supervisão.

Conhecimento deficiente relacionada ao desconhecimento com relação à patologia, evidenciado por verbalização do problema. / Necessidade psicossociais de aprendizagem.	Proporcionar aos membros da família informações relativa às características da doença, ao tratamento, sua evolução e sobre os recursos disponíveis; Orientar quanto aos primeiros sinais de reaparecimento dos sintomas e o que deve ser feito.	Os familiares demonstram conhecimento quanto ao transtorno mental do cliente e compreendem qual a conduta a ser realizada em caso de reaparecimento dos sintomas.
Interação social prejudicada relacionada à falta de vontade de relacionar-se socialmente, evidenciado por isolamento/ Necessidade psicossocial de participação	Estabelecer uma relação empática, com vínculo de confiança, fazendo uma aproximação direta e individual, aumentando gradualmente o tempo de permanência juntos; Incentivar a pessoa a interagir socialmente.	Apesar da dificuldade em dialogar com a pessoa, o mesmo apresenta maior disponibilidade para interagir, demonstrando – se mais colaborativa.
Isolamento social relacionado a alterações no estado mental, caracterizado por evidências de deficiência mental./ Necessidade psicossocial de participação.	Encorajar a pessoa a participar aos poucos de pequenos contatos sociais; incentivar a socialização; orientar e estimular os familiares a leva o cliente a ambientes que propiciem o contato social.	A pessoa ainda nega-se a participar de contatos sociais. Portanto espera-se que a mesma possa se adaptar a situações do convívio social.
Religiosidade prejudicada relacionada à falta de integração social, evidenciadas por relatos de não praticar crenças religiosas/ Necessidades psicoespirituais.	Apoiar as práticas espirituais; estimular a pessoa a orar, meditar, conversar, participar das atividades religiosas desejadas; discutir a importância e o valor da oração para a vida diária do indivíduo.	A pessoa apresenta-se estimulado a praticar a religiosidade, sendo que mesmo relata que fala com Deus antes de dormir.

Figura 1. Diagnósticos de Enfermagem, Planejamento e Avaliação de Enfermagem a portador de squizofrenia

Avaliação de Enfermagem

O processo de enfermagem é um método de trabalho que possibilita que a enfermagem exerça sua função de forma planejada, fundamentada e científica no atendimento às necessidades do paciente. Neste estudo pode-se observar que o cliente foi avaliado durante a anamnese e após um processo de raciocínio foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem, ou seja, as necessidades de cuidados de enfermagem que o cliente precisava e posteriormente foram prescritas as intervenções de enfermagem para os respectivos diagnósticos.

O planejamento da assistência de enfermagem possibilitou estabelecer as condutas a serem adotadas em relação ao cliente de acordo com suas necessidades básicas afetas fomentando nessa contexto o desenvolvimento de um a assistência integral, individualizada e humanizada.

A partir da aplicação do processo de enfermagem ao cliente esquizofrênico, considerou-se que o mesmo apresenta um prognostico positivo, com boas perspectivas quanto a uma melhora no seu estado clínico, sendo que para o alcance de resultados satisfatórios haja a imprescindível necessidade da continuidade da assistência.

Conclusão

Através deste estudo de caso podemos perceber que é possível realizar uma assistência diferenciada e comprometida para o paciente, independente de sua patologia. A identificação dos diagnósticos de enfermagem permitiu o conhecimento das necessidades de cuidados de enfermagem e o direcionamento da assistência, possibilitando o estabelecimento do plano de cuidados individual e também reconhecimento da equipe de enfermagem. Cabe ressaltar que o desenvolvimento de instrumentos de fácil preenchimento viabiliza a aplicação desta metodologia. É necessário ressaltar que para o sucesso desta metodologia de cuidado é necessário não somente o envolvimento dos profissionais, mas principalmente, das instituições de saúde no sentido de promover as condições necessárias para que a metodologia de trabalho obtenha sucesso.

Portanto ressalta-se que a sistematização da assistência em enfermagem psiquiátrica funciona como uma ferramenta útil e importante na tentativa de construir uma práxis mais eficaz na enfermagem psiquiátrica brasileira, no que se refere à reabilitação psicossocial. É constatada a viabilidade de participação concreta do enfermeiro psiquiátrico na busca de tecnologias que gerem resultados positivos e inovadores em sua prática cotidiana, não deixando de lado a essência de sua profissão, que é o cuidado ao doente mental.

Referências

BARROS, D.G.; CHIESA, A.M. Autonomia e necessidades de saúde na sistematização da assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. Rev. esc. enferm. USP. V.41, ISSN 0080-6234. 2007.

CHAVES, L. D. SAE – Considerações Teóricas e Aplicabilidade. Editora: Martinari, 2009

Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN nº 358/2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado

profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília (Brasil): Conselho Federal de Enfermagem (COFEN); 2009

FARIA, E.F.; CHICARELLI, A.M. Assistência de enfermagem ao paciente portador de esquizofrenia: o desafio do cuidado em saúde mental. *Revista Tecer - Belo Horizonte* – vol. 3, nº 2, novembro 2009

GIACON, B.C.C.; GALERA, S.A.F. Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem. *Rev. Escola Enfermagem USP*. v. 40, n. 2, São Paulo. 2006.

HORTA, W.A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EPU, 1979.

Lima DU de, Garcia APRF, Toledo VP. Olhares da enfermagem para o paciente esquizofrênico: implicações do processo saúde doença para o cuidado. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 7(5):4325-31, jun., 2013

MARI, J.J.; LEITAO, R.J. **A epidemiologia da esquizofrenia**. *Rev. Bras. Psiquiatr.* [online]. vol.22, suppl.1, pp. 15-17. ISSN 1516-4446. 2000.

OLIVEIRA, AB.; ALESSI, NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*. vol.11, n 3. pág. 333-340. Maio/Junho, 2003.

OLIVEIRA, R.M.; FACINA, P.C.B.R.; SIQUEIRA JUNIOR, A.C. A realidade do viver com esquizofrenia. *Rev. bras. enferm.* [online]. vol.65, n.2, pp. 309-316. ISSN 0034-7167.2012.

Agradecimentos

Agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú e ao corpo docente pelo incentivo a pesquisa e aos co-orientadores pela contribuição na construção dessa pesquisa.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO ADOLESCENTE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria da Conceição dos Santos Oliveira Cunha (Apresentadora)- Universidade Federal do Ceará(UFC) – Email: cecinhy@gmail.com
Ana Gesselena da Silva Farias - Universidade Federal do Ceará (UFC)
Samyla Citó Pedrosa – Universidade Federal do Ceará(UFC)
Nathália Lima Pedrosa – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: Enfermagem; Adolescente; Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Resumo

A adolescência é um período caracterizado por dúvidas e sentimentos conflituosos em relação à vivência da sexualidade. Nessa fase, a maioria dos adolescentes ainda não se encontram preparados para o início da vida sexual ativa, devido à imaturidade, inexperiência e falta de acesso a informações, seja no ambiente escolar ou familiar. Entretanto, tem-se observado que relações sexuais estão ocorrendo cada vez mais precocemente, o que tem contribuído para o aumento de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). Tem-se como objetivo relatar a assistência de enfermagem prestada ao adolescente que busca o serviço de saúde. Adolescente compareceu ao serviço de saúde para buscar tratamento odontológico, entretanto, após participar de uma educação em saúde, mostrou-se interessado em realizar os testes rápidos que eram oferecidos pela enfermeira do serviço, tendo o resultado do teste reagente para sífilis. Conclui-se que a busca ativa de novos casos de DST em populações vulneráveis é de extrema relevância, visto que a maioria das doenças são de fácil tratamento e podem em algumas fases da infecção não apresentar sinais ou sintomas.

Introdução

A adolescência é um período caracterizado por dúvidas e sentimentos conflituosos em relação à vivência da sexualidade. Nessa fase, a maioria dos adolescentes ainda não se encontram preparados para o início da vida sexual ativa, devido à imaturidade, inexperiência e falta de acesso a informações, seja no ambiente escolar ou familiar. Entretanto, tem-se observado que relações sexuais estão ocorrendo cada vez mais precocemente, o que tem contribuído para o aumento de casos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (JARDIM, et al., 2013).

As chamadas DST compreendem um conjunto de infecções distintas que têm em comum o fato de serem transmitidas predominantemente pelo contato sexual. Em diversos contextos em todo o mundo, e de forma especialmente relevante nos países em desenvolvimento, as DST constituem um dos principais determinantes da carga de doença das populações. Cada uma das diferentes entidades clínicas que compõe o grupo das DST apresenta sintomatologia, prognóstico e curso próprio, requerendo estratégias específicas de prevenção, diagnóstico e tratamento (BASTOS; CUNHA; HACKER, 2008).

A sífilis é doença infecciosa crônica, que desafia há séculos a humanidade. Acomete praticamente todos os órgãos e sistemas, e, apesar de ter tratamento eficaz e de baixo custo, vem-se mantendo como problema de saúde pública até os dias atuais (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2010), a Sífilis é uma doença infecciosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. Podem se manifestar em três estágios. Os maiores sintomas ocorrem nas duas primeiras fases, período em que a doença é mais contagiosa. O terceiro estágio pode não apresentar sintoma e, por isso, dá a falsa impressão de cura da doença. Todas as pessoas sexualmente ativas devem realizar o teste para diagnosticar a sífilis, principalmente as gestantes, pois a sífilis congênita pode causar aborto, má formação do feto e/ou morte ao nascer.

A transmissão da sífilis se faz por contato direto com lesões abertas, por transfusão de sangue contaminado na sífilis adquirida e por via transplacentária na sífilis congênita. O *treponema* é capaz de penetrar via pele e mucosas íntegras, porém sua penetração é muito facilitada quando há soluções de continuidade. Multiplica-se rapidamente no epitélio infectado e, por via linfática, atinge os gânglios regionais, onde igualmente se multiplica com rapidez. (BELDA; SHIRATSU; PINTO, 2009).

O cancro duro é o melhor e mais fácil momento clínico para o diagnóstico e tratamento da doença dentro da cronologia de sua história natural. No entanto, tal fato não constitui rotina quando do atendimento de pacientes portadores de sífilis. As justificativas por parte dos pacientes em não procurarem um médico nesta fase inicial baseiam-se na falta de sintomatologia dolorosa da lesão, localizações imperceptíveis, regressões espontâneas da lesão, auto-percepção de que são meros traumatismos decorrentes da prática de sexo e especialmente por desinformação quanto ao valor dos preservativos como regra para a prática sexual segura. Por outro lado, em algumas situações, mesmo quando os pacientes na fase inicial da doença procuram atendimento médico, ocorrem falhas de diagnóstico (MOLERI, et al., 2012).

Segundo Regezi, Sciubba, Jordan (2008) a sífilis segue um curso semiológico regido por períodos cronológicos em que aparece, desaparece e ressurgue com uma miríade de sinais e sintomas que tornam a doença comparável a um caleidoscópio de mil e uma imagens, exigindo dos examinadores conhecimentos, habilidades e práticas clínicas e laboratoriais que os conduzam ao seu diagnóstico.

É justamente na fase secundária da doença, quando o microrganismo se dissemina de forma sistêmica, que ocorre uma explosão diversificada de sinais e sintomas que envolvem órgãos internos e áreas mucocutâneas, justificando plenamente a histórica consagração de que a doença mimetiza inúmeros e diversos quadros clínicos como uma “grande simuladora”(MOLERI, et al., 2012).

Mesmo com o desenvolvimento de novos métodos diagnósticos e de tratamento, as DST continuam atingindo um grande número de pessoas, especialmente as mulheres, pelo fato de que muitas das DST não apresentam sintomas na população feminina. Além disso, as mulheres experimentam diferentes constrangimentos para o exercício da sua sexualidade, o que lhes dificulta incorporar práticas de proteção, e os serviços de atenção à saúde nem sempre estão aptos para lidar com a questão (WHO, 2004).

Tendo em vista o aumento do número de casos de DST e a importância da abordagem de assuntos relacionados a sexualidade dos adolescentes, faz-se relevante o relato do atendimento prestado ao adolescente no serviço de saúde, afim de que esse caso possa estimular outros enfermeiros a realizarem uma consulta holística e desenvolverem intervenções individualizadas. O estudo tem como objetivo relatar a assistência de enfermagem prestada ao adolescente que busca o serviço de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, do tipo relato de experiência. O estudo foi realizado em uma Unidade de Referência localizado na cidade de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2014, durante estágio curricular,

no qual alunos de graduação acompanhavam as consultas de enfermagem. Foi utilizado um instrumento com perguntas abertas e fechadas, objetivando levantar dados relevantes para a sistematização da assistência da paciente. Além de informações contidas no prontuário da paciente.

A operacionalização da coleta de dados seguiu os seguintes passos: realização do levantamento de dados através da entrevista; planejamento das ações de enfermagem, execução e avaliação das ações. A fase posterior da pesquisa envolveu análise das informações coletadas. Para se chegar aos diagnósticos, foram utilizadas, como base, as características definidoras e os fatores de risco determinados pela taxonomia NANDA, como também a experiência e o conhecimento dos autores na sistematização da assistência de enfermagem. Este processo culminou nas propostas das intervenções de Enfermagem e posterior implementação, observando a aceitação e adesão do paciente às recomendações. Os aspectos éticos e legais foram respeitados.

Resultados e Discussão

S.S.T, 18 anos, sexo feminino, solteira, estudante do 1º ano do ensino médio; trabalha como assistente administrativo, reside em Fortaleza-CE com os pais, avó e dois primos. Compareceu a unidade de saúde em novembro de 2013 para solicitar encaminhamento para o serviço de odontologia, entretanto, participou de uma sessão educativa sobre doenças sexualmente transmissíveis ministrada pela enfermeira do serviço. Após sessão educativa, expressou desejo de realizar o teste rápido de HIV, hepatite B e sífilis por curiosidade. Nega alguma doença crônica. Afirma conciliar bem o sono e repouso. Relata não praticar nenhuma atividade física. Confirma tabagismo e consumo de álcool. Jovem introspectiva. Relatou rinite alérgica. Aspecto físico de bom estado e higienizada. Apresentou do cartão de vacina atualizado. Menarca aos 15 anos. Relatou nunca ter utilizado preservativo nas relações sexuais, sendo a primeira relação sexual aos 16 anos. Informou ter tido apenas um parceiro e apresentar corrimento vaginal com frequência. Após solicitado o comparecimento do parceiro no serviço, paciente informou que o ex-parceiro não poderia comparecer ao serviço, pois havia falecido recentemente em um acidente de moto. O teste rápido para Anti-HIV e Hepatite B apresentaram resultado não-reagente. Entretanto, o teste rápido para sífilis apresentou resultado reagente. Paciente foi orientada a iniciar o tratamento para sífilis e encaminhada para realizar o VDRL para saber a titulação. A primeira dose foi realizada no dia 28.11.13, sendo agendado a segunda dose sete dias após a primeira. No retorno para a segunda dose, paciente apresentou o resultado do exame do VDRL, sendo a titulação 1:64. Foram fornecidas informações a paciente e ela foi orientada a retornar com 30 dias e realizar outra coleta para o teste de VDRL. Na consulta seguinte, paciente compareceu à unidade com resultado do VDRL com titulação 1:32. Foi ainda agendado retornar para três meses para verificação diminuição da titulação e possível reinfecção.

Baseado nos dados coletados foram elencados os seguintes Diagnósticos de Enfermagem (DE) e Intervenções de Enfermagem (IE):

1. DE: Disposição para autocontrole da saúde melhorado evidenciado por expressar desejo de controlar a doença (p. ex., tratamento, prevenção de sequelas).

IE: Orientar sobre a importância do tratamento farmacológico; Oferecer apoio psicológico; Orientar quanto ao uso de preservativo nas relações sexuais durante o uso da medicação.

2. DE: Disfunção sexual relacionada a vulnerabilidade, evidenciada por limitações percebidas impostas pela doença e mudanças do interesse por outras pessoas.

IE: Informar a paciente quanto ao tratamento e a cura da doença, ressaltando que após o uso da medicação a mesma poderá ter relação sexual com a pessoa de interesse.

3. DE: Disposição para melhora da tomada de decisão evidenciada por expressar desejo de fortalecer o uso de evidências confiáveis para as decisões.

IE: Orientar quanto às alterações que podem ser sugestivas de uma DST's; Informar a paciente como deve ser feito o uso do preservativo e a sua importância nas relações sexuais, afim de prevenir DST.

O diagnóstico laboratorial da sífilis e a escolha dos exames laboratoriais mais adequados deverão considerar a fase evolutiva da doença. Na sífilis primária e em algumas lesões da fase secundária, o diagnóstico poderá ser direto, isto é, feito pela demonstração do treponema. A utilização da sorologia poderá ser feita a partir da segunda ou terceira semana após o aparecimento do cancro, quando os anticorpos começam a ser detectados (AVELLEIRA; BOTTINO, 2006).

As estratégias adotadas para indivíduo que tem o diagnóstico confirmativo para sífilis, o tratamento deve ser farmacológico. Na qual, o *Treponema pallidum* é um dos micro-organismos mais sensíveis à penicilina, desaparecendo das lesões em 12-18 horas após sua administração sistêmica. Dessa forma, a dose recomendada para o tratamento da sífilis recente (primária, secundária e latente com menos de um ano de evolução) é penicilina benzatina 2.400.000UI, intramuscular, dose única. Na sífilis tardia, latente, cutânea e cardiovascular, recomenda-se a penicilina benzatina 7.200.000UI, intramuscular, administrada em três doses semanais de 2.400.000UI. Em casos de alergia à penicilina, são recomendados esquemas alternativos. Alguns autores sugerem o uso de azitromicina para o tratamento da sífilis, porém há relatos de falhas terapêuticas (BELDA; SHIRATSU; PINTO, 2009).

Os exames sorológicos deverão ser realizados aos três, seis e 12 meses após o tratamento. Admite-se que, se a titulação da sorologia não diminuir em quatro vezes na sífilis recente após três meses de tratamento ou aos seis meses na sífilis latente recente, ou ainda se persistirem os sinais e sintomas clínicos da enfermidade, deve-se aceitar o fracasso terapêutico ou a possibilidade de reinfecção. Nesse caso, antes de se instituir novo tratamento, deverão ser realizados a punção lombar e o exame do LCR. O exame do LCR também deverá ser efetuado sempre que ocorrer aumento de quatro vezes na titulação dos exames sorológicos (BELDA; SHIRATSU; PINTO, 2009).

Conclusão

A busca ativa de novos casos de DST em populações vulneráveis é de extrema relevante, visto que a maioria das doenças são de fácil tratamento e podem em algumas fases da infecção não apresentarem sinais ou sintomas. Tendo em vista a vulnerabilidade dos adolescentes as DST, faz-se necessário fornecer uma atenção diferenciada a essa clientela. Assim, a enfermagem tem um papel primordial no processo de orientar, sensibilizar e buscar estabelecer condutas adequadas, como o uso de preservativos nas relações sexuais.

Deve-se ressaltar ainda a importância de ser oferecida aos adolescentes a realização dos testes rápidos de anti-Hiv, Hepatite B e Sífilis, com o intuito de possibilitar a oferta de tratamento imediato aos adolescentes e seus parceiros, bem como impedir a progressão das doenças, quebrando a cadeia de transmissão.

Referências

AVELLEIRA, J.C.R.; BOTTINO, Giuliana. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. Educação Médica Continuada. An Bras Dermatol., v.81, n. 2, pag. 111-126, 2006.

JARDIM, F.A.; CAMPOS, T.S.; MATA, R.N.; FIRMES, M.P.R. Doenças sexualmente transmissíveis: a percepção dos adolescentes de uma escola pública. Cogitare Enferm., v.18, n.4, p.663-668,2013.

BELDA J.R.W.; SHIRATSU, R.; PINTO, V. Abordagem nas doenças sexualmente transmissíveis. An Bras Dermatol., v.84, n.2, p.151-159, 2009

BASTOS, F.; CUNHA, C.B.; HACKER, M.A.; Sinais e sintomas associados às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil, 2005. Rev Saúde Pública v. 42, n. Supl, p.98-108, 2008.

MOLERI, A.B.; LOBO, C.B.;SANTOS, F.R.; SILVA, E.J.S.; GOUVÊA, C.V.D.; MOREIRA, L.C. M. Diagnóstico Diferencial das Manifestações da Sífilis e da Aids com Líquen Plano na Boca: relato De caso. DST - J bras Doenças Sex Transm., v.24, n.2,p.113-117, 2012.

Brasil, ministério da saúde. doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso. 8ª ed., 2010.

REGEZI, JA, SCIUBBA, JJ, JORDAN, RCK. Patologia oral: correlações clinico-patológicas. 5ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. WHO/Departament of Reproductive Health and Research, 04.B, Geneve, 2004.

Agradecimentos

Agradecemos ao Diretores e Coordenadores do serviço de saúde por permitirem a realização da prática e em especial, a enfermeira do serviço pelo conhecimento repassado aos alunos ao longo do estágio.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE ACOMETIDO POR ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO – RELATO DE EXPERIÊNCIA

Lorena Santos Bezerra^{1*}, Raymari Dias Almeida², Sandra Maria de Jesus Gomes³, Maria Augusta⁴, Ana Paula Dias⁵, Angela Maria Uchôa Rodrigues⁶.

1. Universidade de Fortaleza - Acadêmica do Curso de Enfermagem (E) – Email: contatolorenas@gmail.com
2. Universidade de Fortaleza – Acadêmica do Curso de Enfermagem (E)
3. Universidade de Fortaleza – Acadêmica do Curso de Enfermagem (E)
4. Universidade de Fortaleza – Acadêmica do Curso de Enfermagem (E)
5. Docente da Universidade de Fortaleza – Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem da UECe (PQ)
6. Docente da Universidade de Fortaleza – Mestre em Saúde Coletiva na UNIFOR (Orientadora)

Palavras chaves: Enfermagem. Assistência. Acidente Vascular.

Resumo

Trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo e exploratório, que teve como objetivos descrever a sistematização da assistência de enfermagem a um paciente hospitalizado por acidente vascular encefálico e contribuir no aprendizado de alguns aspectos observados na implementação da assistência ao paciente com AVE. Utilizaram-se os Diagnósticos de Enfermagem da NANDA, Intervenções de Enfermagem da NIC e Resultados de Enfermagem da NOC. O estudo foi desenvolvido em um hospital público do Ceará, em Março de 2014, na unidade de Internação. Entre os diagnósticos de enfermagem identificados incluíram-se comunicação verbal prejudicada, mobilidade física prejudicada e risco de baixo auto-estima. Destacaram-se ainda as intervenções de enfermagem assistenciais, seguidas das educacionais e gerenciais.

Introdução

Este artigo é parte de uma vivência na disciplina de Clínica I do curso de Enfermagem da Universidade de Fortaleza, no qual está sendo descrito a assistência de enfermagem prestada, em âmbito intra-hospitalar à um paciente acometido por Acidente Vascular Encefálico (AVE), visando ampliar o conhecimento como aluno sobre esta patologia, os procedimentos e condutas adequados adotados pela equipe de enfermagem e fatores que levem à melhoria do cuidado prestado ao cliente, principalmente no caso do cuidar domiciliar com a família. Considera-se relevante este relato, visto que o AVE vem sendo apresentado, na população brasileira, desde 1960, como causa principal de internações, mortalidade e disfuncionalidade, acometendo a faixa etária acima de 50 anos, superando, até mesmo, as doenças cardíacas e o câncer. No Brasil, ocorreram importantes transformações no seu padrão de morbidade e mortalidade, relacionadas, principalmente, às seguintes condições: a redução da mortalidade precoce, especialmente aquela relacionada a doenças infecciosas e parasitárias; o aumento da expectativa de vida ao nascer, com o conseqüente incremento da população idosa e das causas de adoecimento e morte mais prevalentes nesse grupo etário; e o processo acelerado de urbanização e de mudanças socioculturais que respondem, em grande parte, pelo aumento dos acidentes e das violências, bem como por determinadas mudanças no perfil epidemiológico de algumas doenças transmissíveis (SOARES, 2007).

O impacto das doenças crônicas sobre as sociedades humanas é crescente, especialmente, quando evolui para graus variados de incapacidade ou morte. Na sociedade atual encontra-se um grande número de indivíduos com alguma disfunção e esse número cresce diariamente no mundo. As causas e conseqüências da limitação são diversas e, especialmente, as conseqüências do viver com algum tipo de deficiência são influenciadas pelas condições gerais de vida e pelas políticas sociais e econômicas que são adotadas pelos Estados com vistas ao bem-estar de seus cidadãos. Ao adquirir uma lesão, a pessoa sofre limitações para exercer o controle sobre suas condições de vida (acesso à escola, ao trabalho, ao lazer, à satisfação de suas necessidades básicas, entre outros) (BESERRA, 2011). Diante da série de disfunções apresentadas pelos pacientes com acidente vascular encefálico, surgiu o seguinte questionamento: Quais intervenções têm sido utilizadas por enfermeiros no cenário hospitalar para o cuidado de adultos e idosos com acidente vascular encefálico? Frente às colocações citadas e com o intuito de contribuir e somar esforços para a melhoria da assistência em enfermagem à esta clientela, propôs-se a presente investigação com o objetivo de identificar o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem aos pacientes com acidente vascular encefálico no âmbito hospitalar, facilitando a implementação da assistência.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, do tipo descritivo e exploratório, desenvolvido no Hospital Público de média complexidade, da Secretaria de Municipal do Estado do Ceará, em Março de 2014, junto a portador de Acidente Vascular Encefálico (AVE) internado na unidade clínica-cirúrgica. Esta vivência permitiu a aplicabilidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem nas seguintes etapas: Coleta de Dados; Diagnósticos de Enfermagem; Planejamento de Enfermagem; Implementação e Avaliação da Assistência dispensada. Para a primeira fase do processo utilizou-se o instrumento de coleta de dados da Universidade de Fortaleza – Coordenação de Enfermagem, que consta da entrevista, exame físico, da observação e do registro das informações. Já de posse dos dados compilados, processou-se a análise dos mesmos, a construção dos diagnósticos de enfermagem (de acordo com a taxionomia II da NANDA), o planejamento, a implementação (de acordo com a NIC) e, por fim, a avaliação, chegando aos resultados (NOC).

Resultados e Discussão

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) - isquêmico ou hemorrágico transitório ou definitivo – é a doença cerebrovascular que apresenta maior incidência, tem maior morbidade, co-morbidade e resulta em incapacidades. Quando um membro da família adoece todos os outros ficam sob tensão e geralmente o paciente e a família consideram a doença a causa do estresse, podendo provocar um desequilíbrio familiar. É importante ressaltar que o cuidado com o paciente com sequelas neurológicas impõe novas exigências emocionais e materiais, e na maioria dos casos a família não está preparada ou possui condições para dar continuidade aos cuidados que deverão ser aplicadas no domicílio. De acordo com Marcelino (2010) um agravante para o cuidado domiciliar no Brasil é o fato de poucos convênios diferenciados completam esse serviço no seus planos assistenciais. O próprio sistema único de saúde- SUS interessado em desocupar leitos hospitalares prevê essa modalidade de assistência de baixíssima cobertura dos custos não atingindo o seu custo real. Os serviços da rede básica de saúde quando procurados informam aos usuários sobre as dificuldades que enfrentam em

relação a fornecimento de medicamentos e materiais de consumo. O portador de sequelas do AVE dependendo da gravidade do problema requer cuidados constantes, não podendo ficar sozinho e com isso sobrecarregando seus familiares. A continuidade dos cuidados de Enfermagem pressupõe um continuum entre o meio hospitalar e a família/comunidade. Mesmo que o planejamento de volta ao domicílio seja abrangente e completo não significa que a pessoa e os prestadores de cuidados informais se sintam preparados para cuidarem em ambiente domiciliar, frente a todas as contingências que o meio pode apresentar e que consigam desenvolver mecanismos eficazes perante o novo papel a desempenhar. Os cuidados continuados domiciliares encerram em si especificidades, pois a prestação de cuidados ocorre no contexto familiar da pessoa, podendo a pessoa e família participar de uma forma ativa na determinação das suas necessidades, no planejamento, nas intervenções e na avaliação das mesmas. No seu meio, com as suas redes de suporte, a pessoa está inserida num contexto familiar e social com o qual interage continuamente. Para além disso, é feita uma avaliação dos focos de atenção/diagnósticos de Enfermagem de Reabilitação, tendo em consideração os estilos de vida, a dinâmica familiar, os padrões de comunicação, as estratégias e os recursos sócio-econômicos. O Enfermeiro de Reabilitação tem um papel determinante no acompanhamento da pessoa com AVC e da sua família, bem como na adaptação do meio/pessoa, no apoio ao ajuste psicológico, na procura e na adoção de mecanismos de cuidado. É base para qualquer abordagem em cuidados domiciliares, a autenticidade e a relação de confiança que o prestador de cuidados introduz no processo, que inclui criar e manter cuidados centrados nos relacionamentos – a base para tudo o que sucede. Desta forma, prestam-se cuidados personalizados, olhando-se para a pessoa idosa com AVC, com humanidade, como pessoa singular, indo ao encontro das suas necessidades reais peculiares (CHAGAS;MONTEIRO, 2004). O planejamento de retorno ao domicílio é um conjunto de atividades que têm o “propósito de ajudar os membros cuidadores da família a incorporarem no seu dia-a-dia comportamentos adequados, permitindo, deste modo, adaptação aos novos desafios de saúde”. Reforçamos que a identificação precoce dos problemas da pessoa de risco, desde a admissão na unidade hospitalar, facilita o planejamento da alta clínica, com implicações na melhoria da qualidade de vida. O planejamento de retorno a casa nunca se conclui em meio hospitalar, pelo que a data deste é irrelevante, uma vez que é um processo contínuo e interdisciplinar, que não termina com a alta hospitalar. Deve-se ter consciência que o processo de transição é da pessoa e o caminho a ser traçado é aquele que a pessoa quiser. Seria desejado que no âmbito da Enfermagem, e em particular da Enfermagem de Reabilitação, o processo de preparação do regresso a casa fosse profissionalizado, o que implicaria uma mudança de comportamentos, onde teria que haver uma maior disponibilidade e maior acompanhamento das pessoas dependentes e suas famílias. Nas novas situações, passaria também por “dar tempo à família para identificar o membro que iria desempenhar o referido papel. A equipe dos cuidados de saúde primários é um recurso comunitário de forma a assegurar uma adequada continuidade de cuidados em contexto familiar. A intervenção da Enfermagem de Reabilitação poderá assim desenvolver-se junto de diversos sistemas em interação, designadamente da pessoa, a sua rede de suporte social, os serviços e as instituições capazes de contribuir para a sua reabilitação e seu bem-estar (MENOITA; MESQUITA, 2012).

Identificou-se neste relato que há um maior número de intervenções de enfermagem assistenciais, seguidas das educacionais e gerenciais. Às do domínio assistencial estão mais relacionadas aos aspectos biológicos dos pacientes, como avaliação das funções fisiológicas, administração de medicamentos e reabilitação motora e funcional. Destaca-se que foram observados também cuidados de enfermagem preventivos. Em relação às intervenções de enfermagem educativas para os pacientes com acidente vascular encefálico, apontamos o papel fundamental do enfermeiro para a realização destas intervenções, bem como o enfoque educativo para com os familiares e cuidadores. A principal intervenção de enfermagem gerencial foi a coordenação dos cuidados aos pacientes com acidente vascular encefálico, a qual inclui liderança clínica, defesa do paciente e organização dos serviços prestados com vistas a atingir um grau de qualidade satisfatório.

Conclusão

Com base na temática exposta se faz necessário uma maior inserção da participação das esferas políticas no que diz respeito à liberação de verbas que venham a suprir as demandas dos usuários de serviços de saúde pública afetados pelo acidente vascular encefálico em nossa sociedade, visto que as mesmas contribuem contundentemente nas estatísticas de óbitos em todo o mundo. Concluímos, portanto, que a atuação do enfermeiro capacitado e bem treinado é de fundamental importância para este atendimento intra-hospitalar, frente ao pacientes com Acidente Vascular Encefálico, uma vez que é o enfermeiro quem dá o atendimento inicial até a recuperação deste paciente. Enfim, este profissional trabalha de forma incondicional, para a superação dos serviços prestados, superando obstáculos intransponíveis. Esperamos com este trabalho contribuir com estes profissionais que trabalham no atendimento hospitalar, a serviço da humanidade.

Referências

- SOARES, H.Q. Atuação do enfermeiro ao paciente com acidente vascular cerebral, 2007. Disponível em: www.webartigos.com
- BESERRA, C. R. J. Assistência do enfermeiro no setor de emergência ao paciente com AVC_ graduando em Enfermagem pela Universidade Regional do Cariri-Urca Ceará, 2011.
- BIANCHINI SM; Galvão CM, Arcuri EAM. Cuidado de enfermagem ao paciente com acidente vascular encefálico: revisão integrativa. 2010. Disponível em: www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.
- NARA, M. O. G. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar*Rev Esc Enferm USP 2005;
- ELSEN I, Marcon SS, Santos MRS, organizadores. O viver em família e sua interface com a saúde e a doença. Maringá: UEM; 2009
- BRAGA C, O CUIDADO DOMICILIAR DE IDOSOS ACOMETIDOS POR ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: CUIDADORES FAMILIARES, Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar;
- CHAGAS, N.; MONTEIRO, A. Educação em saúde e família: o cuidado ao paciente, vítima de acidente vascular cerebral. Fortaleza: Maringá. 2004.
- MENOITA, E.; MESQUITA, C. Reabilitar a pessoa idosa com AVC. Lisboa, 2012.

Agradecimento

A Universidade de Fortaleza, por promover espaços de prática que permitem a mudança de um olhar sobre a nossa futura profissão, aos profissionais enfermeiros do Hospital Frotinha da Parangaba, que nos recepcionaram com atenção e compartilharam o seu conhecimento, e à professora, Angela Uchôa, pelo incentivo.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM NEOPLASIA DE ESÔFAGO EM FASE TERMINAL.

1. Maria Alana Ferreira de Abreu – UNIFOR lanynha06@hotmail.com
2. Camila Caroline Rodrigues Batista – UNIFOR
3. Ingryd Nascimento da Silva Franklim de Mesquita Sobreira - UNIFOR
4. Cleidiana França de Sousa – UNIFOR
5. Antonia Graziela Dantas Bezerra – UNIFOR
6. Débora de Araújo Moreira Varella (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: . câncer de esôfago em fase terminal, cuidados paliativos, plano de cuidados

Resumo

O câncer de esôfago representa a 3ª malignidade mais comum do trato gastrointestinal nos Estados Unidos, no Brasil, ele está entre os 10 cânceres mais incidentes e acomete mais homens que mulheres (três homens para cada mulher). O objetivo foi traçar o plano de cuidados paliativos e aplicar assistência de Enfermagem ao paciente com Câncer de Esôfago em fase terminal. Como resultado tivemos dados de um paciente do sexo masculino, qual foram colhidos no mês de março de 2014, por meio de entrevista e exame físico, análise de prontuário. O estudo seguiu os aspectos éticos da pesquisa em saúde. O trabalho permitiu aplicar a sistematização da assistência de enfermagem e ainda contribuiu para conhecimento de um cuidado diferenciado ao paciente em fase terminal.

Introdução

O esôfago é um tubo muscular membranoso e oco que impulsiona, através de contrações involuntárias (peristaltismo), alimentos e líquidos presentes na garganta para o estômago. A parede do esôfago é composta de várias camadas de tecido, incluindo as mucosas, músculo e tecido conjuntivo. Ele é constituído em três partes: uma proximal, uma média e outra distal.

O câncer no esôfago é uma doença na qual células malignas começam a desenvolver-se no revestimento interno do músculo e, dependendo de sua evolução, podem atingir suas outras camadas. É uma neoplasia com uma incidência crescente, com taxas de mortalidade próximas às taxas de incidência. Sua etiologia está associada ao tipo histológico da doença, sendo o carcinoma de células escamosas o mais comum e fortemente relacionado ao tabagismo e etilismo, e o adenocarcinoma associado ao esôfago de Barrett. Além desses fatores sabidamente conhecidos, o risco de desenvolver este tumor está aumentado em pessoas que ingerem alimentos e bebidas quentes (mate) e que possuem nutrição deficiente (hipovitaminose A, C e E); há também uma predisposição genética que ainda é pouco definida.

O câncer de esôfago representa a 3ª malignidade mais comum do trato gastrointestinal nos Estados Unidos da América, apresentando uma alta taxa de incidência em países como China, Japão, Cingapura e Porto Rico. No Brasil, ele está entre os 10 cânceres mais incidentes e acomete mais homens que mulheres (três homens para cada mulher).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) conceitua cuidados paliativos como uma abordagem que visa a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças, que põem em risco a vida. Essas ações podem ser realizadas em hospital ou sob assistência domiciliar, proporcionando suporte aos familiares para os cuidados ao paciente durante o processo de adoecimento e morte, e apoio à família após o óbito (ANCP, 2009).

O atendimento paliativo deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, que visa a assegurar a resposta mais eficaz às necessidades do paciente e da família, com ênfase na assistência integral. O paciente em cuidados paliativos tem necessidades especiais, assim como sua família e cuidadores. Portanto a abordagem interdisciplinar é imprescindível para o manejo adequado dos sintomas que causam desconforto ao paciente (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

A enfermagem para promover os cuidados paliativos, é necessário exercer a habilidade de educar para a saúde, de maneira clara e objetiva, e ser resolutivo em suas ações. É preciso que tanto o paciente quanto seu cuidador compreendam todas as ações e a importância de sua realização para a continuidade do plano terapêutico, que melhor se adapte ao paciente, de acordo com suas necessidades e capacidade funcional. O enfermeiro ainda fortalecer o trabalho interdisciplinar, contribuindo para uma integração da equipe, através de avaliação global do paciente, cada profissional da equipe deve exercer suas funções através de atenção integral e ativa aos pacientes e suas famílias, dando ênfase aos problemas pertinentes à sua especialidade (SILVA; AMARAL; MALAGUTTI, 2013).

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva do tipo estudo de caso. Segundo Minayo (2009), as abordagens qualitativas se conformam melhor a investigações de grupos e segmentos delimitados e focalizados de histórias sociais sob a ótica dos autores, de relações e para discursos e de documentos.

Os dados foram coletados de forma primária por meio de entrevista aos familiares e exame físico do paciente seguindo um roteiro estruturado, e de forma secundária com consulta ao prontuário, onde se encontravam as informações referentes ao internamento do paciente, atuando com uma ordem cronológica de fatos.

O estudo foi realizado no período de março a abril de 2014 durante o estágio da disciplina de Enfermagem Clínica Geral e Cirúrgica-I. O local de coleta de dados foi em uma unidade hospitalar de Atenção Secundária da rede municipal de saúde, na cidade de Fortaleza-CE. Tratando-se de um cliente do sexo masculino, 65 anos, internado na Unidade de Terapia de Urgência – UTU com diagnóstico médico Câncer de Esôfago e Insuficiência Respiratória Aguda DE

Foi realizada a Sistematização da Assistência de Enfermagem, através dos resultados da consulta de enfermagem, ao histórico e exame físico. Após a identificação dos problemas de enfermagem, foram realizados os Diagnósticos de Enfermagem sendo elaborados de acordo com a taxonomia da Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA). Em seguida, foi construído um plano de cuidados com as Intervenções de Enfermagem cabíveis para o paciente.

O estudo atende aos aspectos éticos, tais como estão especificados na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que normatiza as pesquisas desenvolvidas com seres humanos, respeitando a privacidade e integridade do paciente sem causar maleficência.

Resultados e Discussão

Como resultado utilizando o relacionamento terapêutico junto a família traçamos o histórico de Enfermagem J.P.F, 65 anos, casado, natural de Fortaleza –Ce, a acompanhante relatou que o cliente começou apresentar fortes dores do estômago, a qual dificultava a ingestão de alimentos, causando perda de peso. Procurou atendimento médico em um Hospital, onde foi passado o exame de endoscopia, e assim foi diagnosticado o C.A de Esôfago diagnosticado em setembro de 2013. Ex-tabagista, parou há 1 ano, quando descobriu a doença. Ao exame físico: paciente consciente, cooperativo, orientado no tempo, espaço e pessoa, afebril (T: 36°C), afásico, no momento nega queixas álgicas, emagrecido, alimenta-se por Gastrostomia (GTT). Cabeça sem alteração, olhos hipocorados, ausência de mandíbula, de uma parte da língua e da traqueia (Devido ao C.A de boca), PELE: ressecada, presença de equimose Membros Superiores e úlcera estágio II na região sacral. Tórax simétrico, com boa expansibilidade, sem presença de cicatrizes. Taquipneico FR: 24mpm. A ausculta pulmonar presença de sibilos e roncos. Apresentava secreções em vias aéreas superiores. Normocárdico. PA: 130 X 80 mmHg e FC: 98 bpm, monitorizado, ritmo cardíaco regular, extremidades perfundidas e pulsos periféricos palpáveis. Aparelho digestório apresentava abdome escavado, gastrostomia, flácido, indolor a palpação presença de sonda em flanco esquerdo para alimentação via GTT. Diurese presente em Sonda Vesical de Demora, urina com aspecto concentrada, apresentava constipação intestinal há quatro dias.

Foi traçado a partir da avaliação inicial o Planos de Cuidados após os Diagnósticos de Enfermagem (DE) e as seguintes metas: Dor Crônica relacionada a agentes lesivos biológicos - Controle da Dor; Fadiga relacionada a condição física debilitada - Controle de Energia; Risco para infecção relacionado a exposição ao ambiente, diminuição das defesas - minimizar o risco de infecção; Integridade da pele prejudicada relacionada a imobilidade no leito, as proeminências ósseas e umidade - Controle da Pressão sobre a Área do corpo; Risco para aspiração devido a alimentação por sonda - precauções contra aspiração.

Após estes DE e metas traçadas traçamos as Intervenções de Enfermagem: Controle do Humor ; Controle de Medicamentos; Controle eficaz da dor; Controle de Ambiente; Melhora do Sono; Manter as atividades da vida diária, a nutrição e a segurança pessoal; Cuidados com Lesões; Cuidados com Local da Incisão; Cuidados com Úlcera de Pressão; Supervisão da pele; Cuidados com ostomia; Integridade estrutural e função fisiológica normal da pele; Posicionamento da sonda; Passagem segura de líquidos; Controle Hídrico; Planejamento da Dieta; Controle das Vias Aéreas; Posicionamento em semi-Fowler; Passagem traqueobrônquica aberta e limpa para troca de ar com o ambiente.

Conclusão

Este trabalho permitiu aplicar a sistematização da assistência de enfermagem e ainda contribuiu para conhecimento de um cuidado diferenciado ao paciente em fase terminal. Nosso paciente esteve internado na UTU (Unidade de Terapia na Urgência) por insuficiência respiratória aguda e para controle da dor Crônica, relacionada ao Câncer. Com a melhora da dispneia, recebeu alta, continuando os cuidados em sua residência. Posteriormente, com menos de uma semana ele foi internado novamente, pois em casa não estava conseguindo realizar o controle eficaz da dor, gerando grande desconforto e episódios de dispneia súbita. Com o estado muito avançado do Câncer de Esôfago, passando – se três dias o paciente não resistiu e foi a óbito.

Referências

- J.MCC; Bulechek G. M. Classificação das intervenções enfermagem: tradução Regina Garcez – 4.ed.-Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Johnson, M. *et al.* Ligações entre NANDA, NOC E NIC: Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem: tradução Regina Machado Garcez. 2.ed. – Porto Alegre: Artmed, 2009.
- Silva, R. da S.; Amaral, J. do B.; Malagutti, W. Enfermagem em Cuidados Paliativos: cuidando para uma boa morte. São Paulo(SP): Martinari, 2013.
- ANCP – Academia Nacional de Cuidados Paliativos. 2009. Disponível em: <http://www.paliativo.org.br/anep.php?p=oqueecuidados> Acesso em: 18 maio de 2014.
- INCA – Instituto Nacional de Câncer. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/esofago/diagnostico1> Acesso em: 17 maio de 2014.
- Instituto Oncoguia. C2012. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/sinais-e-sintomas-do-cancer-de-esofago/695/222> Acesso em: 18 maio de 2014.

Agradecimentos

A Deus, a Universidade de Fortaleza por incentivar à pesquisa, a professora Débora de Araújo Moreira Varela por todo ensinamento repassado.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE EM USO DE CATETER

VENOSO CENTRAL: REVISÃO INTEGRATIVA

Annyelly Aires Leal Braga¹ - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos(annyellyaires@gmail.com)

Nayara Costa Lima² - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos

Allana Mirella Alves³ - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos

Patrícia Alencar Dutra⁴ - Acadêmica de Enfermagem do Hospital São Carlos

Carmen Rachel Alves de Paula Flôr⁵ – Enfermeira do Hospital São Carlos

Anna Paula Landim Pequeno⁶ – Orientadora; Coordenadora da Educação Permanente do Hospital São Carlos e Mestranda em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza-UNIFOR.

Descritores: Assistência de Enfermagem. Cateterismo Venoso Central

Resumo

A realização do curativo, a manutenção da permeabilidade através da lavagem com solução salina e o registro de todas as atividades realizadas são essenciais para a comunicação da equipe e a para a continuidade do serviço. (NASCIMENTO *et al*; 2009; MENEZES, V; BITTENCOURT, MENEZES, M, 2013). Selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura. Os critérios de inclusão foram: publicações sobre a atuação de enfermagem diante dos pacientes em uso do CVC e os principais motivos de complicações durante o uso deste dispositivo que estivessem disponibilizadas em artigos científicos online, na íntegra, no idioma português e no período de 2009 a 2013. Em todos os artigos analisados nessa temática, os autores são enfermeiros, o que demonstra a preocupação da categoria quanto ao CVC's. A infecção relacionada a cateter constitui em uma complicação de elevado impacto para a assistência de enfermagem, pois nos estudos analisados, as complicações mais prevalentes possuem alto grau de associação às infecções, sendo esta uma das principais causas de retirada do cateter (BITTENCOURT; MENEZES; MENEZES, 2013). Quando empregados apropriadamente, os Diagnósticos de Enfermagem são considerados ferramentas imprescindíveis na formulação das prescrições de enfermagem, delineando pontualmente as atribuições e responsabilidade da equipe. Da mesma forma, a inserção do PICC demanda diagnósticos bem suportados cientificamente para que as prescrições de enfermagem sejam efetivamente empregadas. Considera-se relevante a atuação do enfermeiro neste estudo, pois é o profissional que está diretamente ligado ao cuidado com os cateteres centrais e o responsável pela manipulação correta do mesmo.

Introdução

A Infecção Hospitalar é hoje uma das principais complicações relacionadas à pacientes internados, sendo que a incidência de infecção de cateteres centrais é inferior a 8% no decorrer de duas semanas. (SOUSA *et. al.*, 2013; SANTOS; VOLPATO; VITOR, 2014).

A realização do curativo de clientes com cateter venoso central é tão importante quanto sua própria inserção (SOUSA *et al*, 2013). Outro cuidado relevante para o perfeito funcionamento do cateteres é a manutenção da permeabilidade através da lavagem com solução salina após a infusão de qualquer substância e ao término da infusão (SOUSA *et al*, 2013). O registro de todas as atividades realizadas: identificar tipo de cateter, localização, presença de sinais flogísticos, antisséptico utilizado e tempo de permanência do cateter. Essas informações são essenciais para a comunicação da equipe e a para a continuidade do serviço. (NASCIMENTO *et al*; 2009; MENEZES, V; BITTENCOURT, MENEZES, M, 2013).

Diante do exposto torna-se evidente a importância dos cuidados de enfermagem mediante a assistência ao paciente dotado de um CVC como instrumento essencial para sua melhor recuperação em saúde. A idealização deste estudo surgiu da vivência como acadêmica de enfermagem no setor de internamento de pacientes clínicos de um hospital privado de Fortaleza, onde foi observada a Assistência de Enfermagem aos pacientes em uso de CVCs, surgindo assim o interesse em analisar a produção científica sobre o tema.

Metodologia

Selecionou-se como método de pesquisa a revisão integrativa da literatura. Para decorrer ao levantamento do material bibliográfico, foram utilizadas duas bases de dados: a Literatura Latino Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), a Bases de Dados em Enfermagem (BDENF) e a Base de dados Coleciona SUS. Utilizando-se os descritores — Assistência de Enfermagem *and* Cateterismo Venoso Central, foram encontradas 36 publicações.

Como critérios de inclusão determinou-se: publicações sobre a atuação de enfermagem diante dos pacientes em uso do CVC e os principais motivos de complicações durante o uso deste dispositivo que estivessem disponibilizadas em artigos científicos online, na íntegra, no idioma português e no período de 2009 a 2013. Foram excluídos os editoriais, cartas ao editor, estudos reflexivos, relatos de experiência, publicações duplicadas, bem como pesquisas que não abordassem a temática relevante aos objetivos desta revisão. A coleta de dados ocorreu durante o mês de junho de 2014.

Após a leitura minuciosa dos títulos e dos resumos, 15 estudos responderam aos critérios de inclusão estabelecidos. Os selecionados foram lidos na íntegra e analisados. No momento seguinte, os dados foram agrupados de acordo com os enfoques dos títulos das publicações elegidas para o estudo.

Resultados e Discussão

O método de análise da temática possibilitou categorizar, interpretar e agrupar os dados semelhantes. Desse agrupamento emergiram duas categorias temáticas: Tema I: Complicações quanto ao uso do CVC e principais motivos para sua retirada (Quadro 2); Tema II: Assistência de enfermagem ao paciente em uso de CVC (Quadro 3).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Tema I: Complicações quanto ao uso do CVC

Quadro 1: Distribuição dos artigos do Tema I, segundo o título e os objetivos das publicações selecionadas para o estudo.

Título do artigo	Objetivos
O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica	Descrever as variáveis relacionadas ao processo do cateterismo venoso central (tipo de cateter, motivo de indicação, número de lumens, sítio de inserção, profissional que realizou o procedimento, terapêutica medicamentosa infundida via cateter, motivo de retirada, tempo de permanência e as complicações mecânicas e infecciosas)
Fatores associados a infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal	Analisar os fatores associados à infecção pelo uso do cateter central de inserção periférica em recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva.
Práticas de manejo do cateter central de inserção periférica em uma unidade neonatal	Descrever o manejo dos Cateteres Centrais de Inserção Periférica instalados em neonatos internados em uma unidade de cuidado intensivo neonatal de um hospital privado, após a adoção de protocolo institucional.
Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI neonatal e pediátrica	Descrever a utilização do cateter central de inserção periférica (PICC) em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Pediátrica quanto à inserção, manutenção e remoção, e identificar o perfil das crianças que receberam PICC, por meio de análise descritiva e estatística de 176 instrumentos preenchidos por enfermeiros, em um período de dois anos.
Utilização de cateter venoso central em pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva	Descrever a utilização do cateter venoso central de curta permanência em UTI quanto à inserção, manutenção e remoção; Identificar o perfil dos pacientes que receberam o cateter de junho a dezembro/2012 em um hospital privado
Infecção relacionada a cateter venoso central: indicador de qualidade da assistência em oncologia	Fundamentar “infecção relacionada a CVC de longa-permanência” como indicador da qualidade da assistência de enfermagem em oncologia e identificar indicadores do processo correlacionados.
Utilização do cateter venoso central de inserção periférica (picc) em oncologia pediátrica	Descrever as práticas de inserção do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) realizadas em um serviço de oncologia pediátrica
O uso do cateter epicutâneo na clientela neonatal de um hospital público estadual: estudo retrospectivo	Apresentar características de utilização do cateter epicutâneo na UTI neonatal de um hospital público estadual.
Permanência do cateter de Hickman em pacientes submetidos a transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico: Estudo Retrospectivo	Analisar a permanência do cateter de Hickman em pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas alogênico

Complicações associadas ao uso de cateter totalmente implantável em crianças e adolescentes	Descrever as complicações associadas ao uso do cateter totalmente implantável do tipo Port a cath, em crianças e adolescentes em tratamento oncológico ou de doença hematológica

Em todos os artigos analisados nessa temática, os autores são enfermeiros, o que demonstra a preocupação da categoria quanto ao CVC's. Quanto as principais complicações durante a terapia intravenosa central tem-se complicações mecânicas, como obstruções, infecciosas, pneumotórax, hematomas e localização inadequada. Quanto aos motivos para retirada do cateter inclui-se as complicações já citadas, infecção de sítio de saída, febre persistente sem foco infeccioso, a própria alta hospitalar e o tempo de permanência do cateter (GOMES; NASCIMENTO, 2013; OLIVEIRA, et. al., 2013; BITTENCOURT; MENEZES; MENEZES, 2013).

A infecção relacionada a cateter constitui em uma complicação de elevado impacto para a assistência de enfermagem, pois nos estudos analisados, as complicações mais prevalentes possuem alto grau de associação às infecções, sendo esta uma das principais causas de retirada do cateter (BITTENCOURT; MENEZES; MENEZES, 2013).

Entende-se que a enfermagem possui, em seu campo de atuação, papel fundamental para prevenção de infecções relacionadas a esses dispositivos, bem como a adoção de medidas profiláticas para isso. (BITTENCOURT; MENEZES; MENEZES, 2013).

Tema II: Assistência de enfermagem ao paciente em uso de CVC

Quadro 2: Distribuição dos artigos do Tema II, segundo o título e os objetivos das publicações selecionadas para o estudo

Título do artigo	Objetivos
Conhecimento de enfermeiros de Neonatologia acerca do Cateter Venoso Central de Inserção Periférica	Descrever o conhecimento e prática dos enfermeiros das cinco unidades públicas de Terapia Intensiva Neonatal, de Recife-PE, sobre a utilização do PICC.
Aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem como subsídios para indicação do cateter central de inserção periférica	Verificar a propriedade na aplicabilidade dos Diagnósticos de Enfermagem pelos enfermeiros como subsídio para a indicação do Cateter Central de Inserção Periférica (PICC).
Manuseio de cateter venoso central de longa permanência em pacientes portadores de câncer	Identificar as condutas de manipulação de cateteres venosos centrais de longa permanência, assim como medidas de prevenção e tratamento das complicações relacionadas ao mesmo, empregadas por enfermeiros de Centros de Alta Complexidade em Oncologia da região Centro-Oeste
Avaliação das coberturas para sítio de inserção do cateter venoso central no TMO: análise de custos	Analisar a utilização e os custos de diferentes tipos de coberturas de CVC em relação à periodicidade de sua troca e, também, a frequência de infecção relacionadas ao dispositivo em um serviço de transplante de medula óssea.
Avaliação de um cuidado de enfermagem: o curativo de cateter central de inserção periférica no recém-nascido	Descrever o curativo de CCIP em recém-nascidos e compará-los a literatura disponível sobre o tema.

Quando empregados apropriadamente, os Diagnósticos de Enfermagem são considerados ferramentas imprescindíveis na formulação das prescrições de enfermagem, delineando pontualmente as atribuições e responsabilidade da equipe. Da mesma forma, a inserção do PICC demanda diagnósticos bem suportados cientificamente para que as prescrições de enfermagem sejam efetivamente empregadas. O “olhar” metódico do enfermeiro atento aos determinantes clínicos e científicos asseguram um bom diagnóstico, por conseguinte minimiza a possibilidade de riscos para a segurança e o conforto do cliente (COSTA; PAES, 2012).

No entanto, Costa e Paes (2012) em seu estudo com 10 enfermeiros habilitados para inserção do CCIP, relatam que os enfermeiros apresentaram certa dificuldade para empregar os diagnósticos de enfermagem como parâmetro para indicação do PICC. Isso demonstra que o enfermeiro deve empoderar-se acerca do cuidado de enfermagem ao paciente em uso do PICC, bem como avançar seus conhecimentos acerca do assunto e, para tal, é crucial o envolvimento da educação continuada e a implementação do processo de enfermagem.

Andrade, Borges e Lima (2011) analisaram a utilização e os custos de diferentes tipos de coberturas de CVC em relação à periodicidade de sua troca e a frequência de infecção relacionadas ao dispositivo. Constataram que o período de permanência do filme transparente como cobertura variou de quatro a sete dias, enquanto para o de gaze estéril foi de um a dois dias.

Conclusão

Este estudo possibilitou compreender a importância da necessidade dos cuidados relacionados aos CVC's e aos que utilizam este tipo de dispositivo. Considera-se relevante a atuação do enfermeiro neste estudo, pois é o profissional que está diretamente ligado ao cuidado com os cateteres centrais e o responsável pela manipulação correta do mesmo. Foi demonstrado que a infecção relacionada a cateteres centrais é algo preocupante, que demanda técnica adequada na inserção e realização de aplicação de cobertura nos mesmos. É notório que alguns estudos trazem técnicas que não são utilizadas comumente na realidade prática do ambiente hospitalar, desta forma tem-se a necessidade da realização de pesquisas que avaliem e uniformizem a técnica e principalmente o antisséptico a ser utilizado na realização do curativo de CVC.

Dessa forma, é iminente a necessidade de um maior investimento e visibilidade das pesquisas acerca da temática ora exposta. Isso porque o tema possibilita uma amplitude considerável de intervenções. Cabe, portanto, aos estudantes e profissionais da saúde, assumir o compromisso de realizar um maior número de pesquisas na área e divulgar os resultados das pesquisas relacionadas a esse cuidado, a fim de futuramente, utilizarem essa forma diferenciada de cuidar na sua prática clínica, dedicando-se à assistência qualificada e específica diante do paciente em uso de CVC.

Referências

ANDRADE, A. M.; BORGES, K. dos S.; LIMA, H. de O.. Avaliação das coberturas para sítio de inserção do cateter venoso central no TMO: análise de custos. Revista Mineira de Enfermagem, v. 15, n. 2, p. 233-241, 2011.

BAGGIO, M. A.; BAZZI, F. C. da S.; BILIBIO, C. A. C. Cateter central de inserção periférica: descrição da utilização em UTI Neonatal e Pediátrica. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 31, n. 1, 2010.

BERGAMI, C. M. C.; MONJARDIM, M. A. C; MACEDO, C. R. Utilização do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) em oncologia pediátrica. Revista Mineira de Enfermagem, v. 16, n. 4, p. 538-545, 2012.

COSTA, L. C. da; PAES, G. O. Aplicabilidade dos diagnósticos de enfermagem como subsídios para indicação do cateter central de inserção periférica. Esc. Anna Nery Rev. Enferm, v. 16, n. 4, p. 649-656, 2012.

GOMES, A. V. DE O.; NASCIMENTO, M. A. DE L. O processo do cateterismo venoso central em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

e Pediátrica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 4, p. 794-800, 2013.

JOHANN, D.A., et al. Avaliação de um cuidado de enfermagem: o curativo de cateter central de inserção periférica no recém nascido. Revista Mineira de Enfermagem, v. 14, n.1, p. 515-520, 2010.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., v. 17, n. 4, p.758-64, 2008.

MENEZES, V.; BITTENCOURT, A. ; MENEZES, M. de F. Infecção relacionada a cateter venoso central: indicador de qualidade da assistência em oncologia. Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online), v. 5, n. 3, p. 373-385, 2013.

SANTOS, M. A. M. dos; VITOR, C. de S.; VOLPATO, A. C. B. Enfermagem em Emergência. 2ª ed. São Paulo: Martinari, 2014. 400 p.

SOUZA, G. S. de, et. al. Manuseio de cateter venoso central de longa permanência em pacientes portadores de câncer. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, 2013.

Agradecimentos

Agradecimento especial ao Hospital São Carlos por favorecer a Educação Permanente em sua Instituição, subsidiando produções como o presente trabalho.

A ANTICONCEPÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Cecília Virgínia Araújo Paiva – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA. cecilia_virginiah@hotmail.com

Amanda Akemi Ribeiro Naka – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

Karollinne Giovannda de Sousa Viana – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

Emanuella Macêdo Silva – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

Maria da Conceição Coelho Brito – Universidade Estadual Vale do Acaraú-UVA.

Késia Marques Moraes (Orientador) – Instituto de Teologia Aplicada-INTA.

Palavras-chave:

Resumo

Com objetivo de conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres que vivenciam ou vivenciaram o período do climatério e elaborar com o grupo estratégias de enfrentamento e superação destas dificuldades, o estudo é do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa e foi desenvolvido em um Centro de Saúde da Família (CSF) de Sobral-CE. Os sujeitos da pesquisa são mulheres participantes do grupo de idosos do CSF. Ocorreram discussões em grupo, aplicação de questionário, atividades educativas, anotações de campo e avaliação final da mudança de conhecimento. Grande parte das mulheres descreve mudança de humor, ondas de calor e palpitações. Notou-se que são inúmeras as possibilidades de intervenção e para que sejam efetivas, devem ser precedidas de escuta qualificada identificando suas reais necessidades, o que requer dos profissionais a providência de um espaço para essa atenção. As formas de enfrentamento mais encontradas foram mudanças nas rotinas diárias e no estilo de vida. Os relatos demonstram de que apesar de já terem passado por este período, o ganho destas informações serviria para orientar as mulheres de sua família que estão passando ou que ainda vivenciarão. Convém à equipe de saúde desempenhar ações de orientações às mulheres, visando diminuir a falta de conhecimento no período do climatério e menopausa e proporcionar maior segurança pessoal. Requer diálogo entre os profissionais da unidade e usuários mediante o esclarecimento de dúvidas a respeito da temática, contribuindo para a efetivação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

Introdução

O climatério compreende o período entre 40 a 65 anos de idade, sendo definido como uma fase biológica da vida e não um processo patológico, que compreende a transição entre o período reprodutivo e o não reprodutivo da vida da mulher. A menopausa é um marco dessa fase, correspondendo ao último ciclo menstrual, somente reconhecida depois de passados 12 meses da sua ocorrência (BRASIL, 2008).

A implantação da atenção à saúde da mulher no climatério pressupõe a existência de profissionais de saúde devidamente capacitados e sensibilizados para as particularidades inerentes a este grupo populacional. A atenção básica é o nível de atenção adequado para atender a grande parte das necessidades de saúde das mulheres no climatério e é necessário que a rede esteja organizada para oferecer atendimento com especialistas quando indicado (BRASIL, 2008).

Na atuação das Equipes de Saúde da Família, percebe-se que é mínimo o enfoque direcionado às mulheres no climatério e, quando adotado, na maioria das vezes, são utilizadas através de medidas isoladas e metódicas e voltadas para resolução de queixas que não procuram entender os significados individuais atribuídos pelas pacientes em relação a esta fase da vida. Não havendo, portanto, ações de educação e prevenção a essa população.

Estudos realizados por De Lorenzi (2005), revelam que cerca de 50% a 70% das mulheres referem sintomas somáticos e dificuldades emocionais nos anos que seguem a menopausa, com destaque para ondas de calor ou fogachos, devido as suas implicações negativas para a sua qualidade de vida e que entre 25% e 33% das mulheres entre 35 e 59 anos apresentam disfunções sexuais, podendo chegar a 75% entre os 60 e 65 anos.

Tendo em vista o grande percentual de mulheres que sofrem problemas decorrentes da chegada ao climatério, a incipiência de ações que abordem a questão da promoção e prevenção da saúde, voltadas para essa temática na Unidade Básica de Saúde, devido às poucas pesquisas desenvolvidas com a mesma temática no Estado do Ceará e no município em que o estudo foi desenvolvido, acredita-se que esse estudo poderá servir como fonte de pesquisas posteriores e dará colaboração para o fortalecimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher na rede de Atenção Básica do município de Sobral, contribuindo para uma assistência mais qualificada e humanizada e poderá apoiar essas mulheres em busca de uma melhor qualidade de vida.

Desse modo, o estudo objetivou conhecer as dificuldades sentidas pelas mulheres que vivenciam ou vivenciaram o período do climatério e elaborar com o grupo estratégias de enfrentamento e superação destas dificuldades.

Metodologia

Estudo do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa, desenvolvido no Centro de Saúde da Família Maria Adeodato, localizado no Alto da Expectativa, no município de Sobral-Ce, realizado no período de maio de 2012 a novembro de 2013.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres participantes do grupo de idosos do CSF Maria Adeodato, que apresentarem ou apresentaram queixas referentes ao climatério.

A pesquisa foi desenvolvida seguindo as etapas descritas:

1. Fase exploratória (Diagnóstico da situação): Foi feito o levantamento do perfil das mulheres;
2. Tema da pesquisa: Foram definidos em conjunto com as mulheres e com base no diagnóstico inicial os temas abordados durante a pesquisa;
3. Colocação do problema: O desenvolvimento de estratégias educativas com o grupo de mulheres contribuirá para melhorar o enfrentamento do período do climatério e menopausa?
4. Lugar da teoria: Foi utilizado o referencial da pesquisa-ação (Thiollent, 2005) e o Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa (BRASIL, 2008);
5. Hipótese: O desenvolvimento de estratégias educativas com o grupo de mulheres pode contribuir para melhorar o enfrentamento do período do climatério e menopausa;
6. Campo de observação, sujeitos e representatividade qualitativa: Incluímos no estudo mulheres que participam do grupo de idosos do Centro de Saúde da Família Maria Adeodato, localizado no bairro Alto da Expectativa no município de Sobral-CE;

7. Coleta de dados: Foi aplicado o questionário para diagnóstico inicial do perfil e conhecimento sobre as queixas e os métodos de enfrentamento ao período do climatério e menopausa. Posteriormente foram feitas discussões em grupo, aplicação de questionário, atividades educativas, e anotações de campo e avaliação final da mudança de conhecimento;
8. Aprendizagem: Avaliamos o conhecimento adquirido entre as mulheres participantes do estudo;
9. Saber formal / informal: Articulamos o saber científico e senso comum entre as mulheres participantes do estudo, Pesquisadoras e Profissionais do CSF;
10. Plano de ação: Desenvolvemos ações educativas em grupo de mulheres no CSF;
11. Divulgação externa: Divulgamos os resultados finais da pesquisa no CSF e para as participantes do estudo.

Para análise dos dados foram organizadas as informações dos questionários, procurando reunir e destacar as tendências e padrões relevantes presentes no seu conteúdo. As informações coletadas foram agrupadas em categorias temáticas e posteriormente analisadas e discutidas. As categorias reúnem as principais falas que expressam as ideias do grupo quanto aos assuntos abordados.

A pesquisa foi autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde local e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UVA, obedecendo aos princípios estabelecidos pela Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sob o CAAE:20516213.1.0000.5053.

Resultados e Discussão

As mulheres participantes deste estudo pertencem ao grupo etário de 60 a 85 anos, sendo que todas as mulheres já vivenciaram o climatério e ainda apresentam queixas referentes a esse período. Quanto ao estado civil, a maioria das mulheres é casada e possui ensino médio completo. Sobre o desejo de acesso às informações, todas demonstraram interesse em receber mais informações por parte do serviço de saúde. Através das respostas obtidas pelo questionário, podemos iniciar o desenvolvimento da fase exploratória do nosso estudo através do levantamento do perfil das mulheres. Foram feitos cinco encontros nos quais pudemos conhecer o grupo, notar as dificuldades e desafios, intervir associando os saberes e avaliar os conhecimentos apreendidos pelas mulheres.

Posteriormente foram levados para o grupo, esclarecimentos de mitos e verdades sobre o período de climatério e menopausa, havendo o compartilhamento por parte das mulheres de crenças que elas possuíam. O compartilhamento destas informações foi importante para que as mulheres trouxessem outros mitos e tirassem dúvidas sobre mudanças que ocorrem nesse período. Além disso, como forma de organização do aprendizado adquirido e da estruturação de estratégias de enfrentamento para o período, o grupo expôs, a partir do que foi debatido nos encontros anteriores, modos de enfrentamento dos desafios impostos pelas mudanças ocorridas no período de climatério e menopausa. Foi montado um mural com estratégias sugeridas por cada uma das mulheres do grupo.

De acordo com os relatos encontrados, dividimos os resultados em quatro categorias discutidas assim: Sintomas do Climatério referidos pelas mulheres, Dificuldades das mulheres Frente ao Período, Formas de Enfrentamento e a Busca de informações, e Avaliação dos Sujeitos.

Sintomas do climatério referidos pelas mulheres

Podemos perceber que grande parte delas descreve mudança de humor, ondas de calor e palpitações. Porém, houve também relatos sobre o aparecimento de mudanças na genitália, diminuição da qualidade do sono e dificuldades na memória. Esses sintomas do climatério foram marcantes na vida das mulheres, devido tanto à dificuldade física, quanto aos aspectos culturais.

“Ainda sinto quentura, choro por tudo minha filha... Meu marido que dizia que quando a mulher não tem mais ‘as regras’ vira homem...” (Mulher 4)

A sintomatologia referida pelas mulheres se deve ao hipoestrogenismo ocorrente na fase climatérica, como é o caso das ondas de calor, palpitações, e mudanças na genitália. Quanto aos sintomas neuropsíquicos como a insônia, depressão e ansiedade, também se acredita que se deve à diminuição do estrogênio, entretanto, Brasil (2008) traz que tais sintomas são consequência do estilo de vida da mulher, seus relacionamentos, amadurecimento sexual e afetivo.

Costa (2007) afirma que o climatério é determinado não só pela cronologia e pela interrupção das menstruações, mas também pela condição social e cultural na qual a mulher está inserida. Trata-se de um processo que é afetado pelas singularidades individuais compartilhadas. Ou seja, o modo como a mulher vivenciará o climatério dependerá do ambiente em que vive, como vive e da própria cultura daquele local. Por isso, é importante que os profissionais da saúde estejam atentos a este aspecto.

Percebemos através dos relatos que o climatério é uma fase difícil na vida da mulher, onde esta está suscetível a desconfortos físicos e emocionais e que necessita realmente de apoio. No entanto, com a intervenção correta, a qualidade de vida dessas mulheres pode ser melhorada e essa fase bem vivenciada.

Dificuldades das mulheres frente ao período

As mulheres relataram vários tipos de dificuldades, ou seja, cada uma vivenciou de modo diferente o período do climatério. Destas, as mais citadas estão associadas à falta de apoio, tanto dos serviços de saúde quanto dos próprios familiares.

“Assim quando eu comecei a sentir os calores e o suor, eu nem sabia o que era e minha família ainda dizia que eu estava inventando doença. Ainda mais que naquele tempo não tinha o posto e nem visita de médico ou enfermeiro na minha casa.” (Mulher 3)

Além disso, as entrevistadas também referiram que os desconfortos físicos associados às obrigações diárias eram fatores estressantes e realmente uma dificuldade desse período. Ainda houve queixas sobre a relação sexual e muitas delas referiram dores e desconforto ao ato. Entretanto, houve ainda mulheres que relataram não sentir dificuldades nesse período, conseguindo ter uma vida normal e passar por tranquilidade por essa fase.

“Eu ia começar a arrumar a casa, mas ficava logo com um calor danado, suando muito e isso me deixava zangada. A vontade que eu tinha era de chorar.” (Mulher 2)

“Quando meu marido me procurava, eu imaginava logo a dor, porque minha vagina ficou muito seca depois que as regras acabaram.” (Mulher 4)

Podemos notar que inúmeras são as dificuldades que podem surgir durante a fase do climatério e, com essas, também são inúmeras as possibilidades de intervenção. E para que sejam efetivas, devem ser precedidas de uma escuta qualificada, identificando suas reais necessidades e para isto é preciso que os profissionais abram um espaço para esta atenção. O climatério precisa ser entendido como um período normal de transição, em que a prevenção de doenças e o alívio de possíveis desconfortos podem ser abordados de diferentes maneiras. (BERNI; LUZ; KOHLRAUSCH, 2007)

Formas de enfrentamento e a busca de informações

Conhecendo os meios mais utilizados pelas mulheres para a superação dos sintomas referidos, podemos perceber que, em sua maioria, as mulheres encaram o climatério como uma fase desconfortável, porém obrigatória à mulher e que esta pode ser apenas amenizada. Com isso, as formas de enfrentamento mais encontradas foram apenas mudanças nas rotinas diárias e no estilo de vida, como: usar roupas mais leves, aumentar o número de banhos, no caso do calor. No caso da depressão, os modos de superação encontrados foram: dançar, conversar, sair, praticar atividade física e para amenizar a insônia, fazer uso de chás. Apenas duas das mulheres referiram procurar um médico ou fazer uso de terapia medicamentosa para amenizar os sintomas.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

“Para o calor eu tomo bastante banho, e para essas tristezas que me dá eu ouço música romântica e desabafo chorando” (Mulher 2)

“Quando fico sem dormir, faço um chá de capim santo e tomo um remédio.” (Mulher 8)

Percebemos por meio das falas das mulheres que estas encaram o climatério como uma crise da idade, obrigatória a toda mulher. A falta de informação, o desconhecimento sobre o período que estão vivendo, faz com que estas vivam sem sentido, fazendo o uso de subsídios para amenizar seus desconfortos. Lorenzi *et al* (2009), traz em seu estudo que as formas como cada mulher enfrentará o período menopausal dependerá de recursos psíquicos, experiências pessoais e fatores culturais. Daí a importância de ações psicoeducativas e de grupos de convivências, pois por meio destes se pode trocar experiências, fornecer informações, proporcionando um melhor enfrentamento deste período.

A política pública de saúde e as redes sociais de apoio relacionadas à saúde da mulher nessa fase de vida devem ser incorporadas e compreendidas pela sociedade como um todo, enfocando o estímulo à capacidade da mulher de lidar com seus problemas. (CAVALCANTE, *et al*, 2006)

Ficou evidente durante todo o estudo, que era da vontade das mulheres receberem um maior apoio, uma maior atenção, porém estas se conformavam por acreditar ser uma fase normal, como já foi dito. A grande maioria também revelou não ter procurado se informar sobre as causas das alterações pelas quais estão passando. A falta de conhecimento sobre este assunto também dificulta a aproximação com o profissional de saúde, pois estas se sentem incapazes de expressar o que sentem e encaram como uma fase que tenham que passar sozinhas. Por isso a importância, de uma maior atenção à mulher também nesta fase, uma maior atenção dos profissionais e aplicação de maiores números de estratégias.

Avaliação dos sujeitos

Após as atividades educativas realizadas com o grupo de mulheres participantes do estudo, fizemos uma abordagem grupal para avaliar o conhecimento adquirido entre as mulheres, sendo analisado se houve as mudanças necessárias e oportunas para a melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

Durante os encontros realizados, o grupo de mulheres teve caráter participativo, onde tiveram liberdade para interromper a apresentação caso houvesse dúvida. Além disso, em todos os encontros foram abertos espaços para discussões, onde as participantes expunham suas opiniões e trocavam experiências.

Constatamos que as mulheres que participaram do estudo não possuíam conhecimento adequado sobre os temas abordados. De forma que por meio da avaliação podemos perceber que houve um aprendizado significativo. Lewin (1988) mostrou que a percepção e a aprendizagem ocorrem no contexto de um campo grupal que é, por sua vez, articulado a um campo social. A dinâmica dos grupos inclui os processos de formação de normas, comunicação, cooperação e competição, divisão de tarefas e distribuição de poder e liderança. Esses processos são relacionados à aprendizagem no e pelo grupo (LEWIN, 1988; MAILHIOT, 1991).

De modo geral, as mulheres que participavam do estudo mostraram-se satisfeitas, considerando os encontros importantes, pois estavam aprendendo sobre climatério e menopausa, conhecendo os seus sintomas, suas formas de enfrentamento e como amenizar os sintomas. Observamos que o aprendizado foi enriquecedor para essas mulheres e que muitas relataram que, apesar de não estarem mais neste período, o ganho destas informações serviria para as mulheres de sua família que estão passando ou que passarão por esta fase. Percebemos que podemos contribuir não só com o aprendizado dos sujeitos, mas de sua família em geral, devido à disposição advinda das mulheres do grupo de repassar os conhecimentos adquiridos a partir dos encontros e das informações adquiridas para mulheres próximas que estão ou vão passar pela fase do climatério e menopausa.

Conclusão

A partir da realização do estudo, pôde-se constatar que o grupo de mulheres idosas tem dúvidas e questionamentos sobre climatério e menopausa e que necessitam serem respondidos de maneira franca e simples, sendo importante a reflexão por parte dos profissionais sobre a temática e o olhar sobre a assistência prestada a esse público. A abordagem adotada facilitou e permitiu a apreensão e a troca de conhecimentos e também favoreceu o acesso a informações sobre suas dúvidas a respeito do assunto.

Faz-se necessário, portanto, que a equipe de saúde desempenhasse ações por meio de orientações às mulheres, visando diminuir a falta de conhecimento destas no período do climatério e menopausa, além de proporcionar, conseqüentemente, maior segurança pessoal. Para isso, é de suma importância que os encontros com o grupo estudado provoquem um amplo diálogo entre os profissionais da unidade e usuários, através do esclarecimento de possíveis dúvidas a respeito da temática, contribuindo, deste modo, para que se efetive a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, como preconiza o Ministério da Saúde.

Referências

ALDRIGHI, JM; ALDRIGHI, CMS; ALDRIGHI, APS. Alterações sistêmicas do climatério. Rev Bras Med, v. 4, n.59, p. 15-21, 2002.

BERNI, NIO; LUZ, MH; KOHLRAUSCH, SC. Conhecimento, percepções e assistência à saúde da mulher no climatério. Rev Bras Enferm. v.60, n.3, p.299-306, 2007

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAVALCANTE, SMBS; CATRIB, AMF; SILVA, RMS; FROTA, MA; O climatério e sua relação com a saúde e o ambiente de trabalho. Revista Brasileira de Promoção da Saúde, [v. 19, n. 3](#), 2006

COSTA, G. M. C. Deixar de ser mulher: conhecimento e significado cultural da menopausa. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

DE LORENZI, DRS *et al*. Fatores indicadores da sintomatologia climatérica. Rev Bras Ginecol Obstet, v.1, n.27, p. 12-19, 2005

LEWIN, K. Problemas de dinâmica de grupo. São Paulo: Cultrix, 1988.

LORENZI, DRS; *et al*. Caracterização da qualidade de vida segundo o estado menopausal entre mulheres da Região Sul do Brasil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. Recife, v.9, n.4, p.459-466, 2009

MAILHIOT, G. B. Dinâmica e gênese dos grupos. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1991

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. 14. Ed. aum. São Paulo: Cortez, 2005

Agradecimentos

Agradecemos à toda equipe do Centro de Saúde da Família Maria Adeodato que contribuiu para o desenvolvimento deste estudo e às participantes do grupo de idosos do referido Centro de Saúde da Família que se mostraram amplamente dispostas a aprender e contribuir com tal aprendizado.

ASSISTÊNCIA BÁSICA EM SAÚDE DAS TRAVESTIS E SEUS REFLEXOS SOCIAIS

Autor 1 - Antoniel dos Santos Gomes Filho – Docente da Faculdade Vale do Salgado, antonielsgf@gmail.com

Autor 2 – Janaina Batista Pereira – Docente da Faculdade Vale do Salgado, mestranda em saúde coletiva Faculdade de medicina do ABC Paulista, janaina@fvs.edu.br

Autor 3 – Katiana Bezerra Bastos – Docente da Faculdade Vale do Salgado, mestranda em saúde coletiva Faculdade de medicina do ABC Paulista kattybez@hotmail.com

Autor 4 – Marina Pessoa de Farias Rodrigues, – Docente da Faculdade Vale do Salgado, mestranda em saúde coletiva Faculdade de medicina do ABC Paulista; marinafarias@yahoo.com.br

Autor 5 – Lucas Amâncio de Lima, discente do curso de Serviço Social na Faculdade Vale do Salgado lucasamancio88@hotmail.com

Autor 6 (Orientador) – Luiz Carlos de Abreu Docente do Mestrando em Saúde Coletiva - Faculdade de medicina do ABC Paulista; www.fmabc.br

Palavras-chave: Assistência em saúde. Travestis. Estereótipos. Discriminação.

Resumo

Compreender como ocorre a dinâmica social constitui a base para analisar e refletir sobre as problemáticas sociais de forma crítica e plausível. Logo, observar a assistência básica em saúde no que se refere aos grupos sociais que estão à margem da sociedade, nessa ótica inclui-se as travestis, faz-se necessário para indagar se existe uma (re)produção de estereótipos, discriminação e preconceitos para com esses grupos no âmbito da assistência em saúde. Utilizando como metodologia a revisão de literatura, buscaram-se os temas: assistência básica em saúde, gênero e travestimos e exclusão social como pilares do estudo. Demo (2013), Ferrari e Caetano (2012), Foucault (1985), Bernardes (2003), Strey (1998), Campos et. al. (2009), Merhy et. al. (2007), constituem-se de leituras de fomentação e embasamento para o presente estudo. Assim diante do método utilizado chegou-se aos seguintes resultados: É perceptível que há incorporação de estereótipos negativos as travestis, estando estes ligados à prostituição, ao sexo e a promiscuidade, gerando assim uma marginalização social. Logo, muitos são os desafios para facilitar o acesso à assistência básica em saúde das travestis. No que diz respeito ao âmbito social, a desconstrução de uma imagem estereotipada como profissional do sexo, sujeito desprovido de respeito e confiabilidade, entre outros conceitos negativos correlacionados as travestis, constitui-se como premissa básica para melhoria da vida social.

Introdução

Compreender como ocorre a dinâmica social constitui a base para analisar e refletir sobre as problemáticas sociais de forma crítica e plausível. Logo, observar a assistência básica em saúde no que se refere aos grupos sociais que estão à margem da sociedade, nessa ótica inclui-se as travestis, faz-se necessário para indagar se existe uma (re)produção de estereótipos, discriminação e preconceitos para com esses grupos no âmbito da assistência em saúde. Ao passo que se coloca como eixo central a discussão gênero e saúde, diversas são as possibilidades de formação discursivas. Porém este trabalho tem como objetivo proporcionar aos leitores a reflexão sobre como ocorre às práticas de assistência básica em saúde das travestis, e quais são os reflexos sociais dessa prática.

ASSISTÊNCIA BÁSICA EM SAÚDE

Merhy et al. (2007) defende o ideal de que todos os modelos de atenção básica a saúde devem estar comprometidos com o ato de cuidar: individual, coletivo e social, visando a promoção da saúde. Campos et al. (2009) complementa salientando que a partir do momento que inicia-se um novo modo de pensar sobre saúde, que transcende a doença em si mesma, ocorre a ampliação das políticas de saúde objetivando assim a sua promoção. Nesse sentido Merhy et. al. (2007) afirma que, os encontros interindividuais entre usuário e trabalhador no da saúde geram e produzem relações de escuta e responsabilidades, que articulados com as constituições de vínculos e possibilidades de intervenções, que tem como objetivo atuar sobre uma determinada necessidade, buscando a representação da conquista do controle do sofrimento (no âmbito da doença) e na promoção a saúde, gerando assim um acolhimento do sujeito (usuário). De acordo com Brasil (2014) a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) resulta de um processo histórico de vários fatores que consolidaram o Sistema Único de Saúde (SUS), como movimentos sociais, usuários, trabalhadores e gestores das três esferas de governo. No Brasil a assistência básica em saúde está orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2014). Oliveira, Collet e Vieira (2006) afirmam a assistência de saúde, seja ela na instituição hospital ou não, ocorre um processo de desumanização no cuidado, desde as grandes filas até o agravamento do processo de adoecimento.

GÊNERO E TRAVESTIMOS

O conceito de gênero muitas vezes se confunde com o sexo, porém sexo não é gênero. O gênero esta relacionado às diferenças sexuais, que são construídas a partir das relações sociais que homens e mulheres estão inseridos, assim biologicamente uma mulher ou um homem, não implicar ser uma mulher ou um homem socialmente (STREY, 1998). É nesse contexto de gênero como uma construção social que Pelúcio (2006) define que as travestis são homens, mas exigem o tratamento na perspectiva do gênero feminino, modelando seus corpos com hormônios e cirurgias, além das roupas femininas, para parecerem mais mulher. Ramsey (1998) demonstra que a travesti diferencia-se da transexual, pois: quando os transexuais se travestem este não busca nenhuma gratificação sexual; o travesti normalmente veste-se de acordo com seu sexo biológico, enquanto que o transexual não muda seu papel; e travestis gostam de estimular-se sexualmente, enquanto que transexuais na maioria das vezes não tocam ou não expressa posse dos seus genitais. O processo de não entendimento dessa diferenciação pode gerar um pensamento errôneo sobre esses sujeitos na sociedade, o que gera uma exclusão social.

EXCLUSÃO SOCIAL

O processo de exclusão social ocorre a partir da dinâmica social, como afirma Demo (2013) a dinâmica social pode esta voltada para os aspectos biológicos, culturais, conhecimento, aprendizagem e desejo. Ao analisar a dinâmica social que envolve o conhecimento e aprendizagem, o autor afirma que a humanidade sempre foi marcada por esses aspectos. No que diz respeito ao tema gênero, esse

conhecimento e aprendizagem se dá muitas vezes de forma popular, empírica. Foucault (1985) mostra que no século XIX a medicina inicia com maior ênfase um discurso de patologia psíquica ligada as práticas sexuais não condizentes com o heterossexualíssimo. O que gerou um conhecimento e aprendizagem sobre as sexualidades como patologia, e que se difundiu socialmente, gerando assim uma exclusão dos sujeitos que não se adequam as normas de heterossexualidade, nesse caso inclui-se as travestis. Ferrari e Caetano (2012, p. 22) afirmam que “[...] muitas das representações que dominam o sensu comum mantém viva essa definição de doença [...]”, mesmo sabendo que tais modos de relacionamento não se constituem como patologias. Bernardes (2003) afirma que os estereótipos (re)produzidos através do conhecimento e aprendizagem social, podem facilitar os estudos sobre o mundo social, porém quando estes são carregados de negatividade, geram aos indivíduos um fator de exclusão.

Metodologia

Utilizando como metodologia a revisão de literatura, buscaram-se os temas: assistência básica em saúde, gênero e travestimos e exclusão social como pilares do estudo. Demo (2013), Ferrari e Caetano (2012), Foucault (1985), Bernardes (2003), Strey (1998), Campos et al. (2009), Merhy et al. (2007), constituem-se de leituras de fomentação e embasamento para o presente estudo.

Resultados e Discussão

Assim diante do método utilizado chegou-se aos seguintes resultados: É perceptível que há incorporação de estereótipos negativos as travestis, estando estes ligados à prostituição, ao sexo e a promiscuidade, gerando assim uma marginalização social. Nessa perspectiva possivelmente a travesti tende a não buscar os serviços de assistência em saúde. Foucault (1985) mostra que no século XIX a medicina inicia com maior ênfase um discurso de patologia psíquica ligada as práticas sexuais não condizentes com o heterossexualíssimo. Assim percebe-se que mesmo após a despatologização do travestismo como doença psíquica, esta ideia ainda paira na sociedade. Essa repressão da sexualidade pode gerar reflexos sociais em todas as áreas dos setores públicos e privados. Merhy et. al. (2007) afirma que, os encontros interindividuais entre usuário e trabalhador no da saúde geram e produzem relações de escuta e responsabilidades, que articulados com as constituições de vínculos e possibilidades de intervenções, que tem como objetivo atuar sobre uma determinada necessidade, buscando a representação da conquista do controle do sofrimento (no âmbito da doença) e na promoção a saúde, gerando assim um acolhimento do sujeito (usuário). Desse modo a constituinte, ideia de patologia, descriminação social, podem gerar grandes reflexos no momento em que a travesti busca o atendimento básico a saúde. Pois a simples procura um direito básico como a saúde pode ser um verdadeiro desafio social e individual para as travestis.

Conclusão

Desse modo conclui-se que muitos são os desafios para facilitar o acesso à assistência básica em saúde das travestis. No que diz respeito ao âmbito social, a desconstrução de uma imagem estereotipada como profissional do sexo, sujeito desprovido de respeito e confiabilidade, entre outros conceitos negativos correlacionados as travestis, constitui-se como premissa básica para melhoria da vida social. Essa desconstrução proporcionará as travestis serem antes de tudo visualizadas como seres humanos provida de direitos e deveres assim como qualquer outro cidadão, tendo assim direito a uma assistência básica em saúde humanizada.

Referências

- BERNARDES, Dora Luisa Geraldês. Dizer «não» aos estereótipos sociais: as ironias do controle mental. *Aná. Psicológica*, Lisboa, v. 21, n. 3, jul. 2003. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087082312003000300005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 Mar. 2014.
- BRASIL. PNAB - Política Nacional de Atenção Básica. 2014. Disponível em: < <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>>. Acesso em: 21 Fev. 2014.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo, Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009.
- DEMO, Pedro. Introdução à sociologia: complexidade, interdisciplinaridade e desigualdade social. São Paulo: Atlas, 2013.
- FERRARI, Anderson; CAETANO, Marcio. A produção das homossexualidades nas ciências sociais e humanas. *Revista Gênero*, v. 12, n. 2, 2013. Disponível em: < <http://www.revistagenero.uff.br/index.php/revistagenero/article/viewFile/411/306>> Acesso em: 20 Fev. 2014.
- FOUCAULT, Michel. História da sexualidade I: a vontade de saber. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- MERHY, Emerson Elias. et al. O trabalho em saúde: olhando e experimentando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
- OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de.; COLLET, Neusa.; VIERA, Cláudia Silveira. LA HUMANIZACIÓN, EN LA ATENCIÓN A.; SALUD, L. A. A humanização na assistência à saúde. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 14, n. 2, p. 277-84, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n2/v14n2a19.pdf>>. Acesso em: 05 Mar. 2014.
- PELÚCIO, Larissa. O GÊNERO NA CARNE: SEXUALIDADE, CORPORALIDADE E PESSOA – UMA ETNOGRAFIA ENTRE TRAVESTIS PAULISTA. In: GORSSI, Miriam Pilar.; SCHWABE, Elizete. (Org.). Política e cotidiano: estudos antropológicos sobre gênero, família e sexualidade. Blumenau: Nova Letra, 2006.
- RAMSEY, Gerald. Transexuais: perguntas e respostas. São Paulo: Summus, 1998.
- STREY, Marlene Neves. Gênero. In: Psicologia social e contemporânea. STREY, Marlene Neves (Org.) 10. ed. Petrópolis-RJ: Vozes, 2007.

Agradecimentos

A Faculdade Vale do Salgado – FVS por proporcionar o fomento a pesquisa para docentes e discentes da instituição.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PORTADOR DA DOENÇA DE PARKINSON NA INTERAÇÃO FAMÍLIA-PACIENTE: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.

Anthony Alisancharles Batista de Almeida – Universidade Federal de Campina Grande - Email: a.charlesdealmeida@hotmail.com

Alana Kelly Maia Macedo Nobre de Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Karolliny Abrantes de Sousa – Universidade Federal de Campina Grande

Maria Tibéria da Silva Carolino – Universidade Federal de Campina Grande

Maria Soraya Pereira Franco (Orientador) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Assistência. Enfermagem. Família. Parkinson. Vínculo.

Resumo

Introdução: A Doença de Parkinson (DP) é um agravo de caráter progressivo e degenerativo decorrente da diminuição da produção de dopamina. Tremores, bradicinesia e rigidez muscular são os principais sinais. Tais afecções desencadeiam uma série de outras complicações que necessitam de uma assistência holística. **Objetivo:** Conhecer a relevância do impacto exercido pela DP na vida de seus portadores e a assistência de enfermagem como uma otimizadora da relação família/paciente em busca de uma melhor qualidade de vida. **Metodologia:** Revisão de literatura com abordagem qualitativa. Levantamentos a partir de artigos científicos relacionados à DP. **Resultados e Discussão:** A DP é um distúrbio crônico, progressivo e neurodegenerativo. O agravo motor causado pela doença promove complicações secundárias que comprometem fisicamente, socialmente, emocionalmente e economicamente o paciente, gerando um agravamento na qualidade de vida do mesmo. Nesse contexto, é relevante frisar a importância da família como suporte para a continuidade e sucesso da assistência prestada ao paciente. Assim sendo, a Enfermagem, desempenha um papel de destaque como ferramenta para interação família-doente, proporcionando o vínculo entre esses dois elementos, estabelecendo estratégias de melhoria de qualidade de vida ressaltando o apoio familiar, educando seus membros para o cuidado do portador de DP e oferecendo suporte psicossocial não só ao doente, mas também àqueles que o rodeiam. **Conclusão:** A assistência de Enfermagem é uma ferramenta importante para a criação do vínculo família-paciente melhorando a qualidade de vida do portador da DP.

Introdução

A Doença de Parkinson (DP), segundo Camargos et al. (2004), é um agravo de caráter progressivo e degenerativo decorrente da diminuição da produção de dopamina pela degeneração dos neurônios da substância negra do cérebro. Essa síndrome evolui de forma crônica e sua prevalência aumenta com a idade, sendo mais comum a partir da sexta década de vida. Os prováveis fatores desencadeantes da doença são hereditariedade, estilo de vida e fatores ambientais como o uso de substâncias químicas.

Apesar das manifestações clínicas iniciarem apenas na senilidade, quando surgem geralmente 60% a 80% da substância negra já está comprometida. Tremores, bradicinesia e rigidez muscular são os principais sinais, sendo o primeiro o mais evidente, debilitante e que geralmente leva o indivíduo a procurar a assistência médica. (MENEZES ET AL., 1996).

A grande maioria das afecções atinge o desempenho motor do indivíduo e, neste contexto, O'Sullivan (2010) afirma que algumas mudanças associadas à DP podem fazer com que o indivíduo se isole por não conseguir deambular normalmente e se comunicar bem, enquanto outras mudanças são desgastantes e podem sofrer preconceitos no convívio social como a salivação excessiva, transpiração e decréscimo da função sexual.

A terapêutica medicamentosa reduz os sinais e sintomas da doença, no entanto o preconceito social, as limitações e as dificuldades para a realização das atividades simples de vida diária fazem com que o portador da síndrome passe a mudar sua visão sobre si próprio e entre num conflito psicológico e mental.

Nessa perspectiva, vê-se que o portador de Doença de Parkinson apresenta demandas que vão além do que se pode sanar apenas com a terapia medicamentosa. É partindo desse pressuposto que o papel da Enfermagem se faz importante para acolher as demandas psicossociais e também servir como elo entre o paciente e sua família, que é ferramenta de destaque para o sucesso e continuidade da assistência.

Mediante o exposto justifica-se essa pesquisa. Dessa forma o objetivo deste trabalho visa conhecer a otimização da assistência de enfermagem na relação paciente-família através do impacto que a Doença de Parkinson exerce na vida dos portadores.

Metodologia

Trata-se de um estudo com coleta de dados realizada a partir de fontes secundárias, por meio de levantamento bibliográfico.

A pesquisa bibliográfica é uma das melhores formas de iniciar um estudo, buscando-se semelhanças e diferenças entre os artigos levantados nos documentos de referência. A compilação de informações em meios eletrônicos é um grande avanço para os pesquisadores, democratizando o acesso e proporcionando atualização frequente (BREVIDELLI, 2008). O estudo realizado é de natureza explicativa com abordagem qualitativa. A metodologia utilizada está baseada em levantamentos a partir de dados bibliográficos e artigos científicos relacionados à temática. Realizou-se uma busca nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Pretende-se também aplicar os conhecimentos obtidos na pesquisa como aporte teórico para esse trabalho.

Resultados e Discussão

Os artigos de revisão, assim como outras categorias de artigos científicos, são uma forma de pesquisa que utiliza fontes de informações bibliográficas ou eletrônicas para obtenção de resultados de pesquisa de outros autores, com o objetivo de fundamentar teoricamente um determinado tema (ROTHER, 2007). Após pesquisar em bases de dados bibliográficos, foram encontrados 148 artigos com o descritor Doença de Parkinson. Destes subsidiaram para a introdução, bem como para o aporte teórico do tema, dos 148 artigos, 06 foram encontrados relacionados com os descritores assistência de enfermagem, família e paciente.

Quadro 1. Artigos levantados nas bases de dados LILACS, Scielo e Revistas Eletrônicas sobre DP

Procedência	Título do artigo	Autores	Periódico (vol, nº, ano, pág)	Considerações / Temática
LILACS	O impacto da Doença de Parkinson na qualidade de vida:	Camargos, A. C. R., Cóprio, F. C. Q., Sousa, T. R.	Rev. bras. fisioter. Vol. 8, No. 3 (2004),	Expõe e analisa fatores

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

	uma revisão de literatura.	R. Goulart, F.	267-272	encontrados na literatura que influenciam a QV dos portadores da Doença de Parkinson.
Scielo	Pacientes portadores da Doença de Parkinson: significado de suas vivências.	Gonçalves, L. H. T., Alvarez, A. M., Arruda, M. C.	Acta Paul Enferm 2007;20(1):62-8	Apresenta o impacto exercido pela doença de Parkinson na vida de seu portador, principalmente em condição de cronicidade.
Revista de Enfermagem da UFSM	Cuidados de enfermagem aos usuários com Doença de Parkinson na Atenção Básica de Saúde.	Kuster, B. J. K., Silva, L. A. A., Leite, M. T., Costa, M. C.	Rev. Enferm. UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):10-18	Examina as ações de cuidado realizadas por enfermeiros aos usuários com Doença de Parkinson que acessam a atenção básica de saúde.
Scielo	A convivência com a Doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares.	Navarro-Peternella, F. M., Marcon, S. S.	Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):415-22.	Averigua a convivência dos parkinsonianos e familiares com a Doença de Parkinson.
Scielo	Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39.	Silva, J. A. M. G., Filho, A. V. D., Faganello, F. R.	Fisioter Mov. 2011 jan/mar;24(1):141-6	Pesquisa os elementos associados à queda na noção da QV de indivíduos parkinsonianos.
Revista Eletrônica Integrativa Univar	Doença de Parkinson: atribuição de Enfermagem na interação família-doente.	Souza, J. M., Barbosa, A. C., Silva, A. L. F., Júnior, A. P. C.	Rev. Univar Vol. 1, No. 11 (2014), 96 -101	Percebe como a interação família-paciente contribui para a manutenção da qualidade de vida do parkinsoniano.

A Doença de Parkinson, segundo Camargos et al. (2004), é um distúrbio crônico, progressivo e neurodegenerativo, que geralmente acomete indivíduos acima de 65 anos. Devido seu início insinuosos, frequentemente são os familiares e pessoas próximas do portador que notam o surgimento dos sinais e sintomas clássicos da doença, decorrentes da depleção de dopamina na substância negra do cérebro. Os tremores em repouso, rigidez muscular, bradicinesia, e modificações na postura e no equilíbrio promovem complicações secundárias que comprometem fisicamente, socialmente, emocionalmente e economicamente o paciente, gerando um agravamento na qualidade de vida do mesmo.

Camargos et al. (2004) ainda aponta que, com o avanço da doença as implicações físicas surgem, gerando uma redução na força muscular e condicionamento físico, o que provoca uma limitação na execução das práticas comuns do dia-a-dia, bem como aumenta os riscos de quedas mesmo na fase inicial da doença. Sintomas como dor e fadiga também exercem influência no bem-estar do paciente e de seus familiares, isso implica dizer que a manutenção das atividades da vida diária, incluindo o lazer, autopercepção social, vivência

familiar e sexualidade são comprometidos.

Mudanças sociais podem ser justificadas pela inibição, comprometimento cognitivo e estágios da doença, gerando o isolamento social e consequentemente modificando emocionalmente o indivíduo. Depressão moderada ou severa é um dos principais sintomas de comprometimento emocional, que gera uma piora na qualidade de vida do paciente e de seus familiares. A sobrecarga financeira, devido o aumento gradativo da necessidade de cuidados diretos (hospitalização, medicação e reabilitação) e indiretos (cuidados informais) aliado às limitações e debilidades que impedem o paciente de executar um eventual exercício profissional, também são fatores que comprometem a qualidade de vida.

Geralmente o diagnóstico da DP é recebido pelo paciente com surpresa e preocupação, e tal impacto pode ser reduzido através de orientações profissionais precisas e promissoras a cerca da doença. O paciente necessita realizar mudanças em seus hábitos de vida, aceitar limitações, seguir orientações e se sentir amparado pelo ambiente familiar e social nos quais convive.

Nesse contexto, é relevante frisar a importância da família como suporte para a continuidade e sucesso da assistência prestada ao paciente. Não obstante, deve-se estar ciente de que a DP é uma doença que não restringe seus males apenas ao portador, mas também a toda a família, assim o profissional deve estabelecer estratégias de cuidado que englobem a família em geral. Ouvir, valorizar e estimular a participação em todo o processo de cuidar são ferramentas de extrema importância para que se consiga um feedback positivo no manejo do paciente, uma vez que a família pode manter-se unida, tornar os laços afetivos mais estáveis entre eles e criar novas prioridades em suas vidas.

O Enfermeiro no exercício do cuidado, segundo Sousa et al. (2014), deve agir informando sobre a importância da presença da família dentro desse processo estimulando o vínculo familiar, apontando os déficits motores do doente a fim de demonstrar que o auxílio se faz necessário, e encorajando para que em conjunto construa-se um ambiente saudável e estimulante para o portador de DP. O desconhecimento desses fatores e dessas estratégias de cuidado acaba gerando uma lacuna na assistência e ausência de ações efetivas.

Quando um familiar proporciona ao paciente uma atividade de lazer, práticas de exercícios e desenvolve uma relação afetiva, ele garante ao doente um sentimento de valor e importância, o que demonstra que a família funciona como multiplicador efetivo da manutenção de uma boa qualidade de vida.

A fim de garantir ações eficientes que previnam agravos posteriores para o paciente com DP e sua família, a enfermagem também deve fornecer suporte assistencial, englobando as modificações provenientes do estado da doença atual, de quadros somáticos já abordados e seguimento dos efeitos resultantes do uso de fármacos.

O enfermeiro deve orientar o paciente e a família sobre a terapêutica medicamentosa prescrita, deve educar sobre os cuidados que visem proporcionar o alívio da sobrecarga neuromuscular comum da doença apontando como manejo a realização de massagens de conforto, banhos mornos e o estímulo a realização de exercícios para soltar as estruturas articulares e para evitar deformação, conforme elenca Nettina (2012) como cuidados em enfermagem úteis no tratamento da DP.

Assim sendo, a Enfermagem, desempenha um papel de destaque como ferramenta para interação família-doente, proporcionando o vínculo entre esses dois elementos, estabelecendo estratégias de melhoria de qualidade de vida ressaltando o apoio familiar, educando seus membros para o cuidado do portador de DP e oferecendo suporte psicossocial não só ao doente, mas também àqueles que o rodeiam.

Conclusão

Essa revisão permitiu-nos conhecer a relevância do impacto exercido pela Doença de Parkinson na vida de seus portadores proporcionando visualizar diversas vertentes que influenciam direta e indiretamente na qualidade de vida dos mesmos, estando eles sujeitos a isolamento social, depressão, dentre outros agravos. Sendo assim torna-se importante um olhar diferenciado para o portador da doença na ótica da interação familiar como sendo um elemento essencial de promoção de qualidade de vida no que diz respeito ao apoio, cuidado, proteção, etc. e a assistência da enfermagem estando como um elo para o bom funcionamento desta interação. Este trabalho configura-se de grande importância para a contribuição da Educação e Promoção de Saúde para o binômio família-paciente. Dessa forma a revisão propicia aproximar-se da problemática que deseja apreciar traçando um panorama sobre a sua produção científica, de forma que possa conhecer a evolução do tema no conjunto e, com isso, visualizar possíveis oportunidades de pesquisa.

Referências

- ARAÚJO, T.D. Cuidados com o Paciente Portador da Doença de Parkinson. In: SALDANHA, A.L., CALDAS, C.P. (organizadores). Saúde do Idoso: A arte do cuidar. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 267-270.
- BARBOSA, M.T. Doença de Parkinson em Idosos. In: SALDANHA, A.L., CALDAS, C.P. (organizadores). Saúde do Idoso: A arte do cuidar. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 256-266.
- BREVIDELLI, M.M., DOMENICO, E.B. Trabalho de conclusão de curso: guia prático para docentes e alunos da área da saúde. 2a ed. São Paulo: Iátria; 2008.
- CAMARGOS, A. C. R., CÓPIO, F. C. Q., SOUSA, T. R. R. GOULART, F. O impacto da Doença de Parkinson na qualidade de vida: uma revisão de literatura. Rev. bras. fisioter. Vol. 8, No. 3 (2004), 267-272.
- GONÇALVES, L. H. T., ALVAREZ, A. M., ARRUDA, M. C. Pacientes portadores da Doença de Parkinson: significado de suas vivências. Acta Paul Enferm 2007;20(1):62-8.
- KUSTER, B. J. K., SILVA, L. A. A., LEITE, M. T., COSTA, M. C. Cuidados de enfermagem aos usuários com Doença de Parkinson na Atenção Básica de Saúde. Rev. Enferm. UFSM 2014 Jan/Mar;4(1):10-18
- MENESES, M.S., TEIVE, H.A.G. Doença de Parkinson: aspectos clínicos e cirúrgicos. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1996.
- NAVARRO-PETERNELLA, F. M., MARCON, S. S. A convivência com a Doença de Parkinson na perspectiva do parkinsoniano e seus familiares. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2010 set;31(3):415-22.
- NETTINA, SANDRA M. Brunner: Práticas de Enfermagem. V. 02. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- O' SULLIVAN, S. B. Doença de Parkinson. In. O'SULLIVAN, S B; SCHMITZ, T. J Fisioterapia: avaliação e tratamento. Barueri, SP: 2010. p. 929 –974.
- ROTHER, E. T. Revisão sistemática x revisão narrativa. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007.
- SILVA, J. A. M. G., FILHO, A. V. D., FAGANELLO, F. R. Mensuração da qualidade de vida de indivíduos com a doença de Parkinson por meio do questionário PDQ-39. Fisioter Mov. 2011 jan/mar;24(1):141-6.
- SOUZA, J. M., BARBOSA, A. C., SILVA, A. L. F., JÚNIOR, A. P. C. Doença de Parkinson: atribuição de Enfermagem na interação família-doente. Rev. Univar Vol. 1, No. 11 (2014), 96 -101.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

A Deus por nossas vidas, famílias e amigos, aos nossos pais e a nossa orientadora Maria Soraya Pereira Franco pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA DOENÇA HIPERTENSIVA DO ESTADO GESTACIONAL - ESTUDO DE CASO

Mara Luana Dias Pereira – Faculdade Leão Sampaio mara_luanna@hotmail.com
Elizabeth Amábile Calixto Costa – Faculdade Leão Sampaio
Francisco Diego da Silva Xavier – Faculdade Leão Sampaio
Ana Carolina Alves de Araujo – Faculdade Leão Sampaio
Samara Naiana Ferreira Das Chagas – Faculdade Leão Sampaio
Halana Cecília Vieira Pereira – Faculdade Leão Sampaio

Palavras-chave: Gravidez. Hipertensão.

Resumo

Introdução: O estado de gravidez na vida da mulher acarreta várias transformações, não apenas a presença de um filho, mas também mudança em seu corpo, seu estado psíquico e estado de vida. Nesse período além das transformações fisiológicas também podem surgir patologias como a Hipertensão Arterial Sistêmica que segundo autores abordados durante o estudo atingem até 10% das gestações e que consequentemente causa muitos problemas durante a gravidez até o óbito materno. Por conta disso uma gravidez desse tipo requer uma atenção maior e acompanhamento específico para que ocorra sem riscos a gestante e ao feto. **Metodologia:** O estudo consiste em um estudo de caso, o qual se apresenta do tipo exploratório, descritivo, documental, com abordagem qualitativa. Realizado no período de maio a junho de 2012, na maternidade do Hospital São Lucas localizado na cidade de Juazeiro do Norte CE, observando-se o prontuário, avaliação e conduta de enfermagem. **Resultados e discussão:** Os principais Diagnósticos de Enfermagem encontrados para a implementação da Assistência de Enfermagem foram: risco de perfusão tecidual alterada relacionado com a hipertensão; risco para lesão relacionada aos distúrbios visuais; padrão de sono perturbado relacionado à dor; ansiedade relacionada com a pré-eclâmpsia e seu efeito sobre a mulher e o recém-nascido, entre outros. **Conclusão:** Com este estudo foi possível perceber que a gestante com diagnóstico de Hipertensão Arterial, merece um olhar diferenciado, não apenas do profissional de enfermagem, mas de toda equipe multiprofissional, assegurando desta forma o bem estar da mulher e do feto. Em relação a assistência prestada pelo profissional de enfermagem, entende-se que a aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) garante uma assistência de qualidade.

Introdução

A gravidez é um fenômeno natural complexo, que traz consigo diversos eventos físicos, psíquicos e patológicos, dentre eles pode-se citar a hipertensão gestacional, a qual consiste em um sinal clínico secundário a outras doenças, sendo na atualidade a grande causa de morte materna e perinatal, denominada Doença Específica da Gestação (DHEG) (MONTENEGRO, 2008).

Segundo Freitas (2001), a hipertensão arterial sistêmica (HAS) incide em cerca de 10% das gestações, sendo uma das principais causa de morbimortalidade materna e perinatal. A síndrome hipertensiva está entre as causas mais frequentes de óbito materno.

Ainda para o autor, considera-se como hipertensão arterial na gravidez a constatação de uma pressão arterial de, no mínimo, 140x90 mmHg ou de um incremento de pelo menos 30 mmHg na pressão arterial sistólica ou no mínimo 15 mmHg na pressão diastólica. Em relação a perda de proteína através da urina, pode-se considerar como proteinúria significativa, a perda de 300mg ou mais em uma coleção de urina de 24 horas.

Segundo Rezende (2008) a DHEG está classificada em pré-eclâmpsia leve, que é identificada quando existe hipertensão arterial com valores maiores ou iguais a 140 x 90 mmHg associada a proteinúria e edema; e a grave apresenta hipertensão arterial com valores maiores ou iguais a 160 x 110 mmHg apresentando proteinúria, edema e em alguns casos náuseas, vômitos, cefaléia e escotomas.

Segundo Gonçalves, Fernandes e Sobral (2005), o edema é um sinal da tríade da DHEG, embora muito comum na gestação, é considerado o primeiro sinal de pré-eclâmpsia quando associado à proteinúria e hipertensão arterial. Em relação à proteinúria, os autores consideram sua ocorrência quando há uma excreção superior a 300 mg/litro em 24 horas ou pela a presença de 1g ou mais por litro em uma amostra de urina de 6 horas.

De acordo com Cunha, Oliveira e Nery (2007), a toxemia gravídica conceitua-se como doença multissistêmica, ocorrendo no final da prenhez e caracterizada por manifestações clínicas associadas e peculiares: hipertensão, edema e proteinúria. Nas suas formas graves, em virtude da irritabilidade do sistema nervoso central, instalam-se convulsões, e a doença é denominada eclâmpsia, ausentes às crises convulsivas, trata-se da pré-eclâmpsia.

No contexto das complicações do ciclo gravídico puerperal a toxemia gravídica é responsável pelas altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, principalmente nos países em desenvolvimento (MONTENEGRO, 2008).

Com base nesta realidade, torna-se relevante voltar-se para o conhecimento total da doença hipertensiva específica da gestação - DHEG, que compreende a pré-eclâmpsia e a eclâmpsia, em consequência da qual se observa a maior taxa de mortalidade materna e perinatal.

Em relato, Freitas (2001), ressalta que a cura da DHEG só ocorre após a retirada da placenta, por isso a conduta clínica depende basicamente de um balanço entre a gravidade da doença e a idade gestacional.

Segundo Freitas (2001), não há nenhuma razão que justifique a permanência intra-útero de um feto com maturidade pulmonar em gestantes com pré-eclâmpsia. Portanto, toda gestante com feto a termo e pré-eclâmpsia (leve ou grave) deve ser manejada de acordo com os seguintes parâmetros: Internar a paciente em centro obstétrico; Tratar os episódios, de hipertensão arterial aguda (> 160/110 mmHg) com hidralazina ou nifedipina; Prevenir as convulsões com sulfato de magnésio; Avaliar o grau de comprometimento materno e fetal; Interromper a gestação, se possível por indução do trabalho de parto.

Dentro deste contexto este trabalho consiste em um estudo de caso que objetivou descrever a Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado ao paciente com DHEG.

Metodologia

2.1 Tipo de estudo

O presente trabalho consiste em um estudo de caso, o qual se apresenta do tipo exploratório, descritivo, documental, com abordagem qualitativa.

A pesquisa exploratória proporciona maior informação a respeito do assunto que será investigado, formulando hipótese e orientando a

fixação dos objetivos. Na qual é possível avaliar o desenvolvimento do trabalho de forma satisfatória, estabelecendo os critérios a serem adotados, métodos e técnicas adequadas (PRESTES, 2003).

Segundo Gil (2002), um estudo descritivo é aquele que tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, estabelecimento de variáveis. São incluídas neste grupo as pesquisas que tem por objetivo levantar opiniões, atitudes. Portanto, o trajeto metodológico definido guarda coerência com os objetivos do presente estudo.

De acordo com Minayo (1993 apud LAKATOS; MARCONI, 2004), a abordagem qualitativa responde as questões particulares, trabalhando com o universo de significados, crenças valores, motivos, aspirações e atitudes, correspondendo a um espaço profundo das relações, fenômenos e processos que não podem ser reduzidos a variáveis.

2.2 Local / período

O estudo em questão foi realizado no período de maio a junho de 2012, na maternidade do Hospital São Lucas localizado na cidade de Juazeiro do Norte CE.

2.3 Instrumento para coleta de dados

Este estudo foi realizado através da observação de dados no prontuário, avaliação e conduta de enfermagem a uma paciente que teve diagnóstico da doença hipertensiva específica da gestação (DHEG).

2.4 Aspectos éticos e legais da pesquisa

Segundo Polit e Hungler (1995), quando são utilizadas pessoas para investigações científica é necessário ter bastante cuidados para assegurar que os direitos serão protegidos. Assim, nesta pesquisa foram levados em consideração os aspectos éticos que preconiza a resolução 466/2012 que regulamenta a pesquisa com seres humanos. Foi garantida a privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros; além do emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa, através da aplicação do Termo de Fiel Depositário.

Ficou claro também que o fiel depositário poderá, a qualquer momento, retirar sua AUTORIZAÇÃO e ciente de que todas as informações prestadas torna-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional do pesquisador responsável.

2.5 Análise e Discussão dos Dados

Os dados encontrados foram alisados segundo a taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA 2010).

Resultados e Discussão

3.1 Histórico da Gestante

J. F. M, sexo feminino, 22 anos de idade, casada, com uma gestação de 36sem e 3dias, primigesta (G1, P1, A0), admitida no dia 29/05/2012 às 11:15 na clínica médica materna do Hospital São Lucas. A paciente é residente na cidade de Juazeiro do Norte CE, na zona rural deste município. Recorreu aos serviços de urgência obstétricas e ginecológicas por apresentar escotomas, cefaleias intensas, PA 150x120mmHg e dor no baixo ventre que não cediam com o paracetamol e repouso. No momento da admissão, referiu está com os pés inchados (edema), dificultando o uso da sandália.

Em relato, a mesma ressalta que a gravidez é muito deseja por ela e o esposo, e que realizava as consultas de pré-natal corretamente, e seguia as recomendações do profissional que lhe assistia.

Diante tais informações pronunciadas pela a gestante e queixas. Foi realizado o exame físico e obstétrico, analisando e observando o estado geral (EG) da paciente. Com os dados obtidos e concluídos pelo médico, foi diagnosticado pré-eclâmpsia grave, sendo de imediato prescrito as seguintes medicações: MgSO₄ 5mg (anticonvulsivante), hidralazina, dipirona VO S/N, plasil, captopril de 25mg se PAS> 160mmHG ou PAD, e sonda vesical de demora.

A conduta médica foi interromper a gestação em consequência do diagnóstico de pré-eclâmpsia grave.

Implementação da Assistência de Enfermagem/Diagnóstico e Intervenções de Enfermagem

Os principais Diagnósticos de Enfermagem encontrados para a implementação da Assistência de Enfermagem foram: risco de perfusão tecidual alterada relacionado com a hipertensão; risco para lesão relacionada aos distúrbios visuais; padrão de sono perturbado relacionado à dor; ansiedade relacionada com a pré-eclâmpsia e seu efeito sobre a mulher e o recém-nascido; risco para infecção relacionada a procedimentos invasivos; irritabilidade relacionada à cefaleia e a visão nebulosa; desinformação da gestante relacionado a DHEG; ansiedade relacionada ao prognóstico da gestação. Para estes diagnósticos foram realizadas as seguintes intervenções de enfermagem, a fim de promover o restabelecimento da saúde da paciente em questão, promover conforto no leito; eliminar barulhos, luzes brilhantes e outros estímulos desagradáveis; explicar todas as condutas de maneira simples e sucinta; administrar drogas sedativas conforme prescrição médica; explicar a importância das medidas terapêuticas; informar as implicações da DHEG para a mãe e o feto; explicar que em geral os sintomas melhoram com o tratamento; explicar a necessidade da avaliação cuidadosa da equipe.

Conclusão

É importante ressaltar, que nos dias atuais a assistência de enfermagem está voltada para a sistematização do cuidado, com a preocupação de atender as necessidades humanas básicas do indivíduo, visando uma assistência de qualidade.

Portanto a gestante com DHEG merece um olhar diferenciado, não apenas do profissional de enfermagem, mas de outros profissionais que fazem parte da equipe multiprofissional, assegurando desta forma o seu bem estar do binômio mãe/filho.

Diante do exposto, é possível concluir com segurança, que está atento, significa manter diálogos abertos e sinceros. Pois são atitudes indispensável e eficazes para a prevenção do problema, tendo em vista que este é a principal causa de morte em gestantes.

Considerando tal fato, é possível afirmar que a responsabilidade deste problema perpassa por todos os profissionais de saúde que atendem a gestante desde o pré-natal a maternidade. Estes profissionais devem ser preparados a assistir de forma integral os indivíduos envolvidos (mãe/filho) dentro desta problemática.

Conclui-se que a aplicação da SAE é de grande relevância, uma vez que permite a elaboração de um plano de cuidados individualizado,

garantindo uma assistência de qualidade.

Referências

- GIL, A. C. Como elaborar projeto e pesquisa. 4. ED. São Paulo: atlas, 2002. FEITAS F. Rotinas obstétricas. 4. Ed. Artemed editora, 2001. Porto Alegre.
- LAKATOS, Eva Maria. MARCONI, Mrina de Andrade. Fundamentos de Metodologia Científica, 7º edição- São Paulo, PP.151-152, 2010.
- LEAL P. V. M. Conhecimento e sentimentos de mulheres portadoras de DHEG. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. 2005. <http://www.scielo.br/scielo.php>
- LENK O. M. O conhecimento da gestante acerca do desenvolvimento da DHEG. Baixo Guandú, 2010. Monografia. <http://www.scielo.br/scielo.php>
- MONTENEGRO, C. A. B. R. Obstetrícia fundamental. Rio de Janeiro: 11. Ed. Guanabara koogan, 2008.
- NERY S. I. CUNHA B. J. K. OLIVEIRA O. J. Assistência de enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. Es. Anna Nery R. Enferm. 2007. <http://www.scielo.br/scielo.php>
- PERACOLI C. J. PARPINELLI A. M. Síndromes hipertensivas da gestação: identificação de casos graves. Rev. Bras. ginecol. Obstet. 2005. <http://www.scielo.br/scielo.php>
- POLATO A. ANGONESI J. Doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), incidência à evolução para a síndrome de hellp. RBAC, 2007. <http://www.scielo.br/scielo.php>
- PRESTES, M. L. M. A pesquisa e a construção do conhecimento científico: Do planejamento e dos textos, da escola á academia. 2. ed. São Paulo: rêspel, 2003.
- REIMBERG C. S. TOCCI A. H. Assistência à gestante com hipertensão arterial. Rev. Enferm. UNISA, 2002. <http://www.scielo.br/scielo.php>
- ZANOTI C. D. ZAMBOM A. CRUZ F. C. H. Orientação de enfermagem na educação em saúde a gestantes com doença hipertensiva específica da gestação. Lins, S. Paulo, 2009. . <http://www.scielo.br/scielo.php>

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO INTEGRAL AOS PORTADORES DE LESÕES CRÔNICAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Jane Carla Maurício – Universidade Federal de Alagoas- ic192008@hotmail.com

Lisiane Vital de Oliveira - Universidade Federal de Alagoas

Gustavo Phillipe Rocha de Lima - Universidade Federal de Alagoas

Lucas Barros dos Santos - Universidade Federal de Alagoas

Joelma Alves da Silva Araújo – Secretaria de Saúde de Arapiraca, AL

Josineide Soares da Silva - Universidade Federal de Alagoas

Palavras-chave: Cuidados de enfermagem. Cicatrização de feridas. Promoção à saúde.

Resumo

Atualmente no Brasil, as feridas crônicas, constitui um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas com essas alterações e os diversos problemas que causam a seus portadores e familiares, como, dor, sofrimento, perda da autoestima, alterações psicológicas, sociais e econômicas. Requerendo cada vez mais dos profissionais de saúde um atendimento integral voltado não somente para a lesão, mas, para tudo que contribua para seu surgimento e agravamento. Diante disso, o presente estudo tem como objetivo relatar a assistência de enfermagem no cuidado integral aos portadores de lesão crônica durante o projeto de extensão “Feridas têm alma” no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca. Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido através do projeto “Feridas têm Alma”, no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca-AL, desde fevereiro de 2014 a agosto de 2014. Por três acadêmicos do 8º período de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas. A assistência de enfermagem ao portador de lesão crônica, busca compreender e conhecer o cliente como um todo, desde as possíveis patologias, até os aspectos psicológicos, socioeconômico e cultural, permitindo desta maneira que o cuidado seja ofertado da melhor forma possível para a otimização de sua recuperação. Todos os pacientes que assumiram o compromisso juntamente com os profissionais do ambulatório na realização do cuidado com seus ferimentos, tiveram suas lesões cicatrizadas. Isso só foi possível, devido à efetiva comunicação entre usuários e profissionais, e uma assistência que olha o ser humano no seu contexto biopsicossocial.

Introdução

Atualmente no Brasil, as feridas crônicas, constitui um sério problema de saúde pública, devido ao grande número de pessoas com essas alterações e os diversos problemas que causam a seus portadores e familiares, como, sofrimento, perda da autoestima, alterações psicológicas, sociais e econômicas. Sendo geralmente associadas a várias doenças crônicas, como Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial sistêmica, as quais ocupam um lugar de destaque no perfil de morbimortalidade brasileira (MELO, 2011).

As feridas crônicas são rompimentos da integridade física da pele, com tempo de reparação prolongado, que podem causar dor, depressão, redução da movimentação, incapacidade para o trabalho, isolamento social e elevados custos financeiros tanto para os indivíduos como para as instituições de saúde. Uma vez que, o tratamento é de longa duração e com grande chance de recidivas das lesões. Requerendo cada vez mais dos profissionais de saúde um atendimento integral voltado não somente para a lesão, mas, para tudo que contribua para seu surgimento e agravamento (DEALEY, 2008).

Cuidar de forma integral implica em oferecer uma assistência humanizada, voltada não somente para a realização de curativos, mas também para prevenção e a promoção da saúde, buscando eliminar ações intervencionistas desnecessárias ao estimular práticas acolhedoras e resolutivas na recuperação dos indivíduos. Entendendo, promoção da saúde como um processo de capacitação que contemplam ações que visam modificar os maus hábitos dos indivíduos, através do desenvolvimento de habilidades individuais que permitam a tomada de decisões favoráveis à qualidade de vida e à saúde. Sendo a prevenção, às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco da doença, cujo foco é a redução da incidência e prevalência (BUSS, 2000).

Dentre os profissionais de saúde, o enfermeiro possui um papel essencial no tratamento de feridas, no que se refere ao cuidado integral do paciente, uma vez que, ele tem um maior contato com o mesmo, acompanha, orienta e executa o curativo e detém um maior domínio desta técnica, em virtude de desenvolvê-la como uma de suas atribuições e ser componente de sua formação acadêmica (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008).

Diante disso, nasceu o projeto de extensão “Feridas têm alma” com intuito de aliar acadêmicos de enfermagem e profissionais do serviço no atendimento integral ao portador de lesão crônica, sendo realizado no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca (A.F.P.D.A.). O qual surgiu como referência para as unidades de saúde no encaminhamento de pessoas com lesões, que necessitam de um tratamento especializado. Visto que, as feridas quando não tratadas corretamente podem levar a sérias complicações, amputação de membros e inclusive a óbito.

Assim, o presente estudo tem como objetivo relatar a assistência de enfermagem no cuidado integral aos portadores de lesão crônica durante o projeto de extensão “Feridas têm alma” no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, desenvolvido através do projeto “Feridas têm Alma”, no Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca- AL, desde fevereiro de 2014 a agosto de 2014. Por três acadêmicos do 8º período de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas (UFAL). Com atividades sendo realizadas nos dias de segunda e sexta-feira de cada semana, durante o período da tarde, atendendo uma quantidade variável de pacientes. Sendo utilizados para a fundamentação teórica os periódicos indexados na base de dados eletrônicos disponíveis na Biblioteca Regional de Medicina (BIREME)/Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Resultados e Discussão

A partir do momento que o portador da lesão é encaminhado ao Ambulatório de Feridas e Pé Diabético de Arapiraca (A.F.P.D.A.), ele é atendido por uma equipe, formada pelos acadêmicos, enfermeira e técnico de enfermagem, os quais através do acolhimento e de uma escuta qualificada buscam a partir de um protocolo padronizado conhecer um pouco sobre sua história e de sua lesão, bem como, seus hábitos e convivência familiar. Buscando compreender e conhecer o cliente como um todo, desde as possíveis patologias, até os aspectos psicológicos, socioeconômico e cultural, permitindo desta maneira que o cuidado seja ofertado da melhor forma possível para

a otimização de sua recuperação (FRANCO; GONCALVES, 2008).

Após esse atendimento inicial, prossegue-se com a avaliação da ferida e a realização do curativo, supervisionado pela enfermeira, conforme seus conhecimentos teóricos e práticos e os produtos existentes no ambulatório que melhor se aplica a patologia. Seguida das orientações quanto aos cuidados com a lesão, hidratação da pele, alimentação, repouso, tomar os medicamentos, quando em uso nos horários certos, e incentivo às atividades de lazer. Tais orientações são adaptadas conforme as condições e o entendimento de cada paciente, fazendo-os compreender os benefícios e a forma correta de execução das ações recomendadas. Fazendo do cuidado mais que um momento técnico-assistencial, um momento de atitude, ocupação, preocupação e envolvimento com o contexto do outro. O cuidado com os clientes são diariamente, com acompanhamento da evolução da lesão, através de registros fotográficos e medição da ferida, até sua definitiva cicatrização. Além de salas de espera, abordando prevenção e promoção à saúde com enfoque nas lesões crônicas, com intuito de prevenir recidivas e agravamentos das lesões. Além disso, são realizadas atividades em grupo uma vez por semana, para estimular a autoestima e o enfrentamento da doença. Visto que, a ferida não é apenas uma lesão física, mas algo que, representa uma marca ou uma mágoa, que fragiliza e, muitas vezes, incapacita a pessoa para o tratamento e para o autocuidado, levando a queda da qualidade de vida (SALOMÉ; ESPÓSITO, 2008).

Conclusão

A assistência de enfermagem ao portador de lesão crônica envolve mais que uma ação técnica, implica numa ação reflexiva e sensível daquele que cuida e daquele que participa do cuidado. Todos os pacientes que assumiram o compromisso juntamente com os profissionais do ambulatório na realização do cuidado com seus ferimentos, tiveram suas lesões cicatrizadas. Isso só foi possível, devido à efetiva comunicação entre usuários e profissionais, e uma assistência que olha o ser humano no seu contexto biopsicossocial. Fica evidente, neste relato de experiência, uma assistência de enfermagem que visa não só à recuperação, mas a prevenção e promoção da saúde aos portadores de feridas crônicas. Bem como, a importância do projeto de extensão “Feridas têm alma” na formação dos acadêmicos de enfermagem, ao propiciar a participação destes, numa assistência que busca cuidar do outro de forma holística e humanizada. Contribuindo dessa forma, para perpetuação dessa prática.

Assim, esperamos que esse estudo, contribua para as discussões e reflexões sobre a importância do profissional enfermeiro, bem como, sua assistência para um atendimento integral para aos portadores de lesões crônicas.

Referências

MELO L.P.; SILVA N.P. SILVA K.C.L.; PONTE, M.P.T. R; GUALDA, D.M.R. Representações e práticas de cuidado com a ferida crônica de membro inferior: uma perspectiva antropológica. Cogitare Enferm, 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva, 2000.

DEALEY, C. Cuidando de feridas: um guia para as enfermeiras, Tradução: Rúbia Aparecida Lacerda, Vera Lucia Conceição Gouveia Santos, 3.ed. São Paulo Atheneu, 2008.

MORAIS, G.F.C.; OLIVEIRA, S.H.S.; SOARES, M.J.G.O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008.

SALOMÉ, G.M.; ESPÓSITO, V.H.C. Vivências de acadêmicos de enfermagem durante o cuidado prestado às pessoas com feridas. Rev Bras Enferm. Brasília; 2008.

FRANCO, D.; GONCALVES, L. F. Feridas cutâneas: a escolha do curativo adequado. Rev. Col. Bras. Cir., Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de condutas para tratamento de úlceras em hanseníase e diabetes 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

Agradecimentos

Primeiramente agradecemos a Deus, porque nada é possível sem a sua benção. Nada seria possível, Senhor, sem sua força, luz e conforto.

Agradecemos ao quadro de professores de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca, que despertaram o interesse constatare pelo saber e que proporcionaram momentos inesquecíveis com os pacientes.

Agradecemos a nossa orientadora Josineide Soares da Silva, por ser a idealizadora desse projeto e por nos permitir fazer parte dele.

ASSISTÊNCIA DOMICILIAR AO IDOSO NO CONTEXTO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA

Emanoel Avelar Muniz (apresentador) - Enfermeiro, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF) da Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral, CE. Email:emanoelavelar@gmail.com

Izabelle Mont'Alverne Napoleão Albuquerque - Enfermeira, docente do MASF e vice-reitora da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Sobral, CE.

Maria Socorro Carneiro Linhares - docente do curso de enfermagem da UVA, Sobral, CE.

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (orientadora) - docente do MASF e do curso de enfermagem da UVA, Sobral, CE.

Palavras-chave: Assistência domiciliar. Saúde da família. Idoso. Profissionais de saúde. Cuidador.

Resumo

Objetivou-se com este artigo analisar a produção científica sobre assistência domiciliar ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF), devido à importância de aprofundar o conhecimento teórico nesse tema, visto o grande potencial da assistência domiciliar para provocar mudanças na prática dos profissionais, proporcionando um cuidado humanizado, integral e que responda às necessidades dos idosos e família. Para condução desta investigação, adotou-se a revisão integrativa da literatura, na seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados, a saber: o LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); a MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line) e o Scielo (Scientific Electronic Library Online). Os critérios de inclusão foram: artigos disponíveis eletronicamente; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; e artigos completos que abordam o tema. As buscas foram realizadas no mês de junho de 2013 a partir dos seguintes descritores: assistência domiciliar, saúde da família e idoso. Assim, foram selecionados seis artigos. A produção científica encontrada, embora pequena, é bastante atualizada e discute principalmente os fatores facilitadores e limitantes dessa atividade, enfocando nas interações e relações estabelecidas entre o trinômio profissional, idoso e família. As equipes de saúde da família devem estar organizadas para oferecer apoio aos cuidadores familiares e possibilitar uma assistência de qualidade e contínua aos idosos.

Introdução

Considerando os custos do sistema de saúde gerados pelas mudanças demográficas, a cronicidade de muitas doenças que exigem tratamento contínuo, a exigência de acompanhamento médico – hospitalar e a necessidade de cuidados por médio e longo prazo, surge também a crescente e importante necessidade de os serviços de saúde se adaptarem para atender a esta demanda, tanto em nível primário, secundário e/ou terciário (MARTINS *et al*, 2008).

Segundo Resende e Dias (2008) a mudança do perfil de saúde da população idosa trouxe a necessidade de alterações nas formas de cuidado dessa população, e uma delas foi o retorno ao modelo de cuidados domiciliares. Para dar corpo a esse novo modelo, segundo a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) de 2006, entre as várias ações projetadas na ESF e em execução, encontra-se a prática sistemática das visitas domiciliares, promovidas pelas equipes de saúde da família. Além disso, um dos grandes potenciais da ESF reside em sua capacidade de oferecer suporte e fortalecer as famílias que estão sob sua responsabilidade (SILVA, GALERA & MORENO, 2007).

Nesse sentido, a atenção domiciliar é uma prática do trabalho em saúde, que visa a assistir ao indivíduo e à família no espaço domiciliar, de forma integral e contextualizada, nos aspectos de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, promovendo uma integração dos diversos trabalhadores atuantes no sistema de saúde para oferecer cuidado de saúde de acordo com as possibilidades do serviço e as necessidades do cliente (KERBER, KIRCHHOF & CEZAR-VAZ, 2008).

Assim, objetiva-se com este artigo analisar a produção científica sobre assistência domiciliar ao idoso no contexto da ESF, devido à importância de aprofundar o conhecimento teórico nesse tema, visto o grande potencial da assistência domiciliar para provocar mudanças na prática dos profissionais da ESF, proporcionando um cuidado humanizado, integral e que responda às necessidades dos idosos e família.

Metodologia

Para condução desta investigação, adotou-se a revisão integrativa da literatura. Nesse sentido, esta revisão seguiu as seguintes etapas: seleção da pergunta de pesquisa; estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão de artigos (seleção da amostra); definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados; análise dos resultados; discussão e apresentação dos resultados; e a última etapa consistiu na apresentação da revisão.

Formulou-se a seguinte questão para guiar a revisão integrativa: Quais as produções científicas sobre assistência domiciliar ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família? Para a seleção dos artigos foram utilizadas três bases de dados, a saber: o LILACS, a MEDLINE e o Scielo. Os critérios de inclusão dos artigos foram: artigos disponíveis eletronicamente; artigos disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol; e artigos completos que abordam assistência domiciliar ao idoso no contexto da ESF. Foram excluídos durante a busca estudos que não abordem temática relevante ao alcance do objetivo da revisão.

Os descritores foram selecionados a partir da terminologia em saúde consultada nos Descritores em Ciências da Saúde (DECS-BIREME), sendo que as buscas nas referidas bases de dados foram realizadas a partir dos seguintes descritores não controlados: Assistência domiciliar, Saúde da Família e Idoso. A busca foi realizada pelo acesso on-line no mês de junho de 2013, utilizando um instrumento que contempla os seguintes itens: nome do periódico, título do artigo, nomes dos autores, ano de publicação, estado/país de desenvolvimento do estudo, abordagem da pesquisa, principais resultados e conclusões.

Selecionamos seis artigos nas três bases de dados. Os artigos foram lidos na íntegra e analisados quanto aos aspectos quantitativos e qualitativos. Em termos quantitativos, os dados foram analisados descritivamente em números absolutos e dispostos. Em termos qualitativos, os indicadores foram recolhidos por meio da leitura exploratória, seletiva, analítica e interpretativa, tendo como premissa a assistência domiciliar ao idoso no contexto da ESF.

Resultados e Discussão

Inicialmente destaca-se a pequena produção científica encontrada nas bases de dados através da busca dos descritores combinados Assistência domiciliar, Saúde da família e idoso, com apenas seis artigos selecionados. As referências bibliográficas pertencem a cinco periódicos diferentes, com destaque para os da área da enfermagem com quatro publicações. As pesquisas foram publicadas no

período de 2005 a 2010, revelando uma preocupação recente dos pesquisadores com esta temática.

Os estudos foram classificados quantitativamente segundo as regiões de desenvolvimento dos mesmos da seguinte forma: Centro-oeste (um), Sudeste (dois) e Sul (três), mostrando predomínio das publicações sobre o tema nas regiões mais desenvolvidas economicamente do Brasil. As pesquisas em sua maioria optaram pela abordagem qualitativa (quatro), enquanto dois escolheram a quantitativa. Isso se deve, provavelmente, pelo caráter subjetivo inerente à temática.

A partir da análise qualitativa dos artigos emergiram duas categorias temáticas, a assistência domiciliar ao idoso no contexto da ESF: fatores facilitadores e limitantes e assistência domiciliar: o trinômio profissional, idoso e família.

Assistência domiciliar ao idoso no contexto da ESF: fatores facilitadores e limitantes

Conforme suas diretrizes operacionais as equipes de saúde da família, têm seu foco no caráter substitutivo, complementaridade, hierarquização, adscrição da clientela, cadastramento das famílias, podendo contribuir, facilitando a ação do cuidado domiciliar, principalmente pela reorientação das práticas de trabalho a partir do diagnóstico de saúde da comunidade e a equipe multiprofissional atuando no domicílio das pessoas. Destaca-se que o agente comunitário na equipe passa a ser fundamental na ação do cuidado domiciliar, já que, entre as suas atribuições, algumas interferem diretamente no êxito da assistência domiciliar (CLOCK, HECK & CASARIM, 2005).

Segundo Borges e Telles (2010) as interações familiares negativas com referências aos maus-tratos com os idosos foram destacadas como um dos fatores limitantes do cuidado domiciliar. Também foram apontados a baixa condição socioeconômica, a falta de organização familiar, com a ausência do cuidador, e idosos morando ou permanecendo sozinhos a maior parte do tempo, ou cuidadores apresentando dificuldades de manutenção deste papel.

De acordo com Martins *et al*, (2009), as visitas domiciliares realizadas pela equipe da ESF são satisfatórias, porém a frequência/periodicidade destas é referida como insuficiente. O fato é explicado devido à falta ou quantidade insuficiente de profissionais na unidade de saúde. A desproporção entre a população a ser cuidada e o número de trabalhadores disponíveis para os cuidados domiciliares pode representar a perda da efetividade e continuidade do cuidado prescrito para este grupo populacional.

Assistência domiciliar: o trinômio profissional, idoso e família

Segundo Duarte, Lebrão e Lima (2005) os idosos, em sua maioria, encontram-se com bom desempenho funcional e, conseqüentemente, com menores demandas assistenciais, residindo em arranjos familiares multigeracionais. Contudo, os idosos que apresentam limitações funcionais não estão sendo assistidos adequadamente. Os arranjos domiciliares existentes não estão sendo capazes de atender, de forma global, às necessidades mais básicas apresentadas pelos idosos, tornando-os, assim, mais vulneráveis.

O cuidado dispensado pelos familiares muitas vezes não é o mais recomendado tecnicamente, porém, muito acrescenta à recuperação desse familiar que necessita de cuidado, o vínculo afetivo, o conhecimento que o familiar tem do seu doente e sua história de vida. Além disso, historicamente a família é a primeira cuidadora, sendo inadequado excluí-la desta função (MARTINS *et al*, 2009). Diante disso, o profissional de saúde tem um papel de mediador entre quem necessita de cuidados e a pessoa que vai realizar a ação do cuidado. Neste cenário, a família passa a ser um ator que, além de interagir e definir padrões de cuidado tem uma participação na definição da saúde (CLOCK, HECK & CASARIM, 2005).

Constatou-se também que a atuação dos profissionais prioriza o modelo da Unidade Básica de Saúde tradicional, com atendimento voltado para ações de caráter curativista, segmentado e com o foco nas patologias agudas ou crônicas apresentadas pelos idosos. O cuidado domiciliar é realizado quando os idosos já se encontram com dependência avançada, por se apresentarem na condição de acamados. (BORGES & TELLES, 2010).

De acordo com Martins *et al* (2008) há que se pensar em educação continuada para cuidadores leigos como mecanismo de atenção à saúde de pessoas idosas. Este, entre outros mecanismos, possibilitará a criação de alternativas de interlocução entre profissionais, pessoas idosas e seus familiares cuidadores, mediante políticas públicas fundamentadas neste trinômio. Nesta medida, o campo de atuação geronto-geriátrica local se amplia para além do tratamento medicamentoso.

Conclusão

Destaca-se que os princípios e diretrizes organizacionais da ESF possibilitam a assistência domiciliar ao idoso. Enfocando como fatores positivos, a facilitação do acesso ao cuidado, o vínculo profissional/usuário e o papel dos profissionais de enfermagem. Dentre os fatores negativos, teve como destaque a falta de literatura sobre avaliação do cuidado domiciliar, a demanda aumentada, a insuficiência de profissionais e o despreparo destes.

No que se refere às relações entre profissionais, idoso e família no espaço domiciliar, verificamos que na maioria dos arranjos familiares, as necessidades dos idosos não estão sendo assistidas adequadamente, requerendo maior apoio de instituições formais, com destaque para as equipes de ESF, para que possam instrumentalizar os cuidadores familiares no desenvolvimento dessa função.

Portanto, percebemos a necessidade de maior produção e difusão do conhecimento sobre essa temática, visto a mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população idosa no país, especialmente os portadores de dependência funcional e dos novos arranjos familiares para suprir estas demandas. A ESF deve estar organizada para oferecer apoio aos cuidadores familiares e possibilitar uma assistência de qualidade e contínua aos idosos.

Referências

- BORGES, M.M.C.; TELLES, J.L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol. Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p.349-360, 2010.
- CLOCK, A.D.; HECK, R.M.; CASARIM, S.T. Cuidado domiciliar: a experiência da residência multiprofissional em saúde da família / UFPEL-MS / BID. Texto Contexto – enferm, Florianópolis, v.14, n.2, Jun. 2005.
- DUARTE Y.A.O.; LEBRÃO M.L.; LIMA, F.D. Contribuição dos arranjos domiciliares para o suprimento de demandas assistenciais dos idosos com comprometimento funcional em São Paulo, Brasil. Rev Panam Salud Publica, Washington, v.17, n.5/6, p. 370-378, 2005.
- KERBER, N.P da C.; KIRCHHOF, A.L.C.; CEZAR-VAZ, M.R. Considerações sobre a atenção domiciliária e suas aproximações com o mundo do trabalho na saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, Mar. 2008.
- MARTINS, J.J. *et al*. Idosos com necessidades de cuidado domiciliar. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v.16, n.3, Jul. 2008.
- MARTINS, J.J. *et al*. O cuidado no contexto domiciliar: o discurso de idosos/familiares e profissionais. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro, Out 2009 v.17, n.4, p.556-62.
- RESENDE, M.C.F.; DIAS, E.C. Cuidadores de idosos: um novo / velho trabalho. Physis, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, 2008.
- SILVA, L.; GALERA, S.A.F.; MORENO, V. Encontrando-se em casa: uma proposta de atendimento domiciliar para famílias de idosos dependentes. Acta paul. enferm. São Paulo, v. 20, n. 4, dez. 2007.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: O QUE PENSAM AS GESTANTES E PUÉRPERAS DE ALTO RISCO?

Daniela Vasconcelos de Azevedo (Apresentador e Orientador) – UECE, daniela.vasconcelos@uece.br
Cristiane Maria Martins Rodrigues – UECE
Suellen Lima Silva – UECE
Raquel Guimarães Nobre – UECE
Soraia Pinheiro Machado – UECE

Palavras-chave: Gravidez de alto risco. Puerpério. Conhecimento. Pré-natal

Resumo

INTRODUÇÃO: Em torno de 15% do total de mulheres grávidas manifestam complicações que requerem atenção qualificada desde o pré-natal para garantir a sobrevivência do binômio mãe-filho. **OBJETIVO:** Conhecer as percepções de gestantes e puérperas de alto risco sobre a assistência pré-natal. **METODOLOGIA:** O presente estudo é um recorte da pesquisa: “A rede de atenção em saúde materno-infantil em Fortaleza: cuidando de gestantes, nutrízes e crianças menores de dois anos” e foi realizado na Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) com 76 gestantes e 24 puérperas de risco internadas durante o período de setembro a dezembro de 2013. A coleta de dados abrangeu variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado conjugal, renda familiar e número de filhos), e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), mediante aplicação de um instrumento pelo próprio pesquisador. Para análise dos dados utilizou-se o *software* EVOC 2000. **RESULTADOS:** A partir do estímulo indutor “pré-natal” foram evocadas 258 palavras, as quais deram origem à 14 categorias, sendo que, dentre elas, as categorias “cuidado”, “bebê”, “saúde” e “gravidez” foram formadas por palavras evocadas em primeiro lugar e com maior frequência, sendo, portanto, as mais significativas para esse grupo de mulheres. **CONCLUSÃO:** O significado de pré-natal para as gestantes foi de cuidado com a saúde do bebê e com a gravidez. Poucas mulheres perceberam tal assistência como um momento propício para orientações e prevenção de agravos, indicando a necessidade da intensificação de ações educativas nesse sentido.

Introdução

Mesmo que a maioria das gestações ocorra sem complicações, todas elas apresentam algum risco. Em torno de 15% do total de mulheres grávidas manifestam complicações que requerem atenção qualificada e intervenção obstétrica para garantir a sobrevivência do binômio mãe-filho (OMS, 2002). As mulheres nesta situação são caracterizadas como “gestantes de risco” e dependendo do agravo ao qual estão expostas deverão ser acompanhadas por equipe multidisciplinar no pré-natal considerado “de alto risco”, com protocolos específicos visando à prevenção de intercorrências (BRASIL, 2010). Profissionais que prestam assistência a gestantes devem estar atentos a existência desses fatores de risco e serem capazes de avaliá-los dinamicamente, de maneira a determinar o momento no qual a gestante necessitará de assistência especializada ou de interconsultas com outros profissionais (BRASIL, 2010).

O objetivo da assistência pré-natal de alto risco é interferir o mais rápido possível no curso da gestação que possui maior chance de ter um resultado desfavorável, de maneira a diminuir o risco ao qual estão expostas a gestante e o feto, bem como reduzir suas possíveis consequências adversas (BRASIL, 2010).

Estudos têm demonstrado pouco conhecimento por parte das gestantes sobre a assistência pré-natal, necessitando, portanto, que as atividades educativas que ocorrem durante este período reforcem cada vez mais a importância do acompanhamento e monitoramento das gestantes (MOTA; MOREIRA, 2013).

Gestantes de risco desejam receber mais apoio e informações durante o pré-natal (PICCININI, et al, 2012) e, segundo elas, os profissionais deveriam dispensar mais tempo nas visitas para que pudessem tirar suas dúvidas (RICHTER; PARKES; CHAW-KANT, 2007).

Conhecer como as gestantes de risco percebem a assistência pré-natal pode auxiliar os profissionais de saúde na condução dessa atividade, uma vez que eles poderão realizar orientações direcionadas às demandas de cada gestante, assim como orientar sobre a importância desse acompanhamento para aquelas que não possuem tal conhecimento. Dessa maneira, o objetivo do presente estudo é conhecer quais as percepções de gestantes de alto risco sobre a assistência pré-natal.

Metodologia

O presente estudo é um recorte de um estudo maior intitulado “A rede de atenção em saúde materno-infantil em Fortaleza: cuidando de gestantes, nutrízes e crianças menores de dois anos” (Edital Universal 14/2013 – CNPq; Processo: 484077/2013-9).

A pesquisa se realizou na unidade de obstetrícia clínica da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), unidade de referência de atendimento terciário para gestação de risco, localizada em Fortaleza, Ceará.

A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por 76 gestantes e 24 puérperas de risco que se encontravam internadas no período da coleta de dados, de setembro a dezembro de 2013.

Os critérios de inclusão foram: ter mais de 19 anos, serem gestantes internadas em unidade de alto risco ou puérperas até 48 horas pós-parto e que tivessem experienciado uma gravidez de risco. Como as puérperas estavam no puerpério imediato, os dados de ambos os seguimentos (gestantes e puérperas) foram analisados em conjunto. Todas as participantes assinaram previamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados envolveu informações sobre variáveis sociodemográficas (idade, escolaridade, estado conjugal, renda familiar e número de filhos), como forma de caracterizar o grupo participante, e o Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), mediante aplicação de um instrumento pelo próprio pesquisador.

O TALP é uma técnica projetiva originária da psicologia clínica que possibilita evidenciar a apreensão das projeções mentais acerca de um determinado fenômeno, de forma espontânea e rápida revelando, muitas vezes, conteúdos latentes que não conseguiriam ser apreendidos nas produções discursivas convencionais. Sua aplicação consiste em pedir ao indivíduo que fale ou registre, de forma rápida, palavras ou expressões que lhes venham à mente à partir de um estímulo indutor que pode ser palavra escrita ou falada, gravura ou objeto (OLIVEIRA, et al, 2005).

A análise dos dados foi realizada com o auxílio do *software* EVOC 2000, agrupando as palavras em categorias como idênticas ou similares, por aproximação dos sentidos semânticos e por relação de implicação que mantinham entre si. O *software* fornece a frequência e a ordem média de evocação das palavras. As categorias foram inseridas no quadro de quatro casas, de acordo com o valor da frequência e da ordem média de evocação. No quadrante superior esquerdo se localizam as categorias de maior valor significativo e

que mais representam o fenômeno estudado para aquele grupo específico. No quadrante superior direito estão os elementos de primeira periferia, que são os elementos periféricos mais importantes, pois possuem uma elevada frequência. Os chamados elementos de contraste se localizam no quadrante inferior esquerdo e podem conter elementos que reforçam a primeira periferia e são considerados importantes pelos participantes. No quadrante inferior direito se localizam elementos menos importantes (SÁ, 1996).

Resultados e Discussão

A média de idade das participantes foi de 28,3 ± 6,9 anos, variando entre 19 e 43 anos. Dentre elas, 78% viviam com companheiro e 65% haviam cursado ou cursavam o ensino médio. A renda familiar de 66% delas foi de um a três salários mínimos e 44% delas tinham entre um e dois filhos (Tabela 1). Apesar da baixa renda apresentada pelas mulheres percebeu-se que a maioria apresentou bom nível educacional, o que auxilia tanto no conhecimento prévio sobre pré-natal quanto na melhor compreensão das orientações que possam vir a acontecer durante as consultas.

Tabela 1. Características sociodemográficas das gestantes e puérperas. Fortaleza-CE, 2014

Variáveis		N	%
Faixa etária (anos)	< 35	80	19,0
	≥ 35	20	20,0
	Total	100	100,0
Estado Conjugal	Vive sem companheiro	22	22,0
	Vive com companheiro	78	78,0
	Total	100	100,0
Escolaridade	Nenhuma	1	1,0
	Ensino Fundamental	25	25,0
	Ensino Médio	64	64,0
	Ensino Superior	10	10,0
	Total	100	100,0
Renda Familiar	Menos de 1 SM*	12	12,0
	1 a 3 SM	66	66,0
	4 a 6 SM	14	14,0
	Não sabe	8	8,0
	Total	100	100,0
Número de filhos	0	42	42,0
	1 a 2	44	44,0
	≥ 3a 4	10	10,0
	Mais de 4	4	4,0
	Total	100	100,0

*SM = salário mínimo vigente (R\$ 678,00)

A partir do estímulo indutor “pré-natal” foram evocadas 258 palavras, as quais deram origem às seguintes categorias: “cuidado”, “bebê”, “saúde”, “gravidez”, “consulta”, “parto”, “importante”, “sei-não”, “responsabilidade”, “orientação”, “prevenção”, “coisas-boas”, “preocupação” e “amor”.

As categorias “cuidado”, “bebê”, “saúde” e “gravidez” foram formadas por palavras evocadas em primeiro lugar e com maior frequência, sendo, portanto, as mais significativas para esse grupo de mulheres, ocupando o quadrante superior esquerdo do quadro de quatro casas. A seguir, “consulta” foi a categoria periférica mais relevante, ficando no quadrante superior direito, significando um complemento para aquelas mais significativas. A zona de contraste (quadrante inferior esquerdo) contém as categorias “parto” “importante” e “sei-não”, “responsabilidade”. Estas tiveram baixa frequência, mas provavelmente são significativas para um pequeno grupo de participantes e reforçam o significado dos cuidados com a criança e com a gravidez (Figura 1).

*OME<1,99	OME≥ 1,99
CUIDADO – 1,9 (34)	
BEBÊ – 1,5 (49)	
SAÚDE – 1,9 (25)	CONSULTA – 2,0 (23)
GRAVIDEZ – 1,2 (22)	
**Fr≥ 17	Fr≥ 17
Fr< 17	Fr< 17
PARTO – 1,9 (11)	ORIENTAÇÃO – 2,5 (15)
IMPORTANTE – 1,5 (12)	PREVENÇÃO – 2,5 (13)
SEI-NÃO – 1,8 (06)	COISAS-BOAS – 2,7 (07)
RESPONSABILIDADE -1,7 (06)	PREOCUPAÇÃO – 2,0 (07)
	AMOR 2,2 - (06)

OME < 1,99	OME ≥ 1,99

*OME: Ordem Média de Evocação. **Fr: Frequência das evocações.

Quadro 1. Quadro de quatro casas, termo indutor “pré-natal”. Fortaleza, 2014

Excluindo-se as categorias “sei-não” e “preocupação”, as demais apresentam um significado positivo, provavelmente porque a assistência pré-natal é vista como algo importante para essas gestantes.

Fato curioso de se chamar atenção é que prevenção e orientação, bases de uma assistência pré-natal eficiente não se apresentaram como significativas para as participantes desse estudo. O autocuidado pode ajudar as mulheres na detecção de agravos e situações que possam colocar em risco a saúde do binômio mãe-filho, porém para tal é necessário o constante monitoramento mediante ações preventivas e orientação para todas as gestantes. Há uma clara necessidade de se intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo, assim, que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido (MENDOZA-SASSI, et al, 2007).

O maior significado de pré-natal para as gestantes participantes foi de cuidado com a gravidez e em especial com a saúde do bebê. Duarte e Andrade (2008), em Campo Grande, investigaram o significado de pré-natal para gestantes utilizando a técnica do discurso do sujeito coletivo e encontraram que o principal significado foi a saúde da criança e a saúde da mãe, resultado bastante semelhante ao encontrado no presente estudo.

As gestantes percebem a importância da assistência pré-natal para a saúde do binômio mãe-filho, mediante os cuidados que se deve ter durante a gravidez, porém somente para poucas mulheres o pré-natal pode ser percebido como um momento propício para orientações e prevenção de agravos.

Conclusão

O significado de pré-natal para as gestantes foi de cuidado com a saúde do bebê e com a gravidez. Poucas mulheres perceberam tal assistência como sendo de cunho preventivo, bem como poucas destacaram a importância da orientação durante toda a gravidez. Seria importante intensificar as ações educativas durante o pré-natal não somente como forma de prevenir agravos e orientar sobre condutas durante esse período, como também para aumentar o conhecimento das gestantes sobre essa importante assistência que toda mulher deve ter a sua disposição a partir do momento que se descobre grávida.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Gestação de alto risco – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde Soc., São Paulo, v.17, n.2, p.132-139, 2008.
- MENDOZA-SASSI, R. A, et al. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 9, p. 2157-2166, set. 2007.
- MOTA, I. I. S.; MOREIRA, M. A. Assistência pré-natal: conhecimentos de gestantes atendidas em uma maternidade pública da Bahia. J Health Sci Inst, v. 31, n. 1, p. 43-47, 2013.
- OLIVEIRA, D. C., et al. A análise das evocações livres: uma técnica de análise estrutural das representações sociais. In: Moreira, A. S. P.; Camargo, B.V.; Jasuíno, J. C.; Nóbrega, S. M. (organizadores). Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: Universitária, 2005. p. 573-599.
- OMS; FNUAP; UNICEF; Banco Mundial; Departamento Salud Reproductiva e investigaciones conexas. Manejos de lãs complicaciones del embarazo y del parto. Guia para obstetrices y médicos. OMS / OPS, 2002.
- PICCININI, C. A., et al. Percepções e Sentimentos de Gestantes sobre o Pré-natal. Psic.: Teor. e Pesq., v. 28, n. 1, p. 27-33, 2012.
- RICHTER, M. S.; PARKES, C.; CHAW-KANT, J. Listening to the Voices of Hospitalized High-Risk Antepartum Patients. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, v. 36, p. 313-318, 2007
- SÁ, C. P. Núcleo central das representações sociais. Petrópolis: Vozes; 1996. p. 99-138.

Agradecimentos

Agradecemos ao CNPq (Edital Universal 14/2013; Processo: 484077/2013-9) pelo apoio prestado a realização dessa pesquisa.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A CIRCUNFERÊNCIA DO ABDÔMEN E OS FATORES DE RISCO CARDIOVASCULAR ENTRE UNIVERSITÁRIOS.

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

Jayne Ramos Araujo Moura - Universidade Federal do Piauí;

Eliane Leal de Carvalho - Universidade Federal do Piauí;

Janne Kelly Alves de Alencar - Universidade Federal do Piauí;

Roseanne de Sousa Nobre - Universidade Federal do Piauí;

Ana Roberta Vilarouca da Silva – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: Universitários. Gordura abdominal. Excesso de peso. Sedentarismo. Doenças cardiovasculares .

Resumo

As doenças cardiovasculares (DCV) são consideradas na atualidade o principal problema de saúde pública, sendo responsável por uma série de óbitos em todo o país. Porém, alguns métodos podem ser utilizados para medir o grau de risco de tais doenças. Dentre esses tem-se a medida antropométrica da circunferência do abdômen (CA) que é utilizada com a finalidade de medir a quantidade de tecido adiposo visceral, uma vez que a gordura abdominal correlaciona-se com a maior parte das DCV. Este trabalho teve por objetivo verificar a associação entre a CA e os fatores de risco cardiovascular entre universitários de uma instituição federal brasileira. Este estudo foi realizado na universidade Federal do Piauí, Picos, com um total de 550 universitários de ambos os cursos. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário dividido em: dados gerais, estilo de vida, antropométricos e laboratoriais. Os resultados mostraram que os estudantes que apresentavam uma CA elevada eram em sua grande maioria homens. A faixa etária predominante foi a de 26 a 51 anos. Revelou também que aqueles com CA alterado continham redução no HDL- colesterol, obesidade e sedentarismo. É possível considerar então que alguns estudantes apresentaram além do CA elevado, demais fatores de riscos para DVC, como excesso de gordura corporal, HDL- colesterol baixo e sedentarismo. Fato esse que merece intervenções visando uma melhor qualidade de vida.

Introdução

A transição demográfica, marcada pela melhora da expectativa de vida em vista a redução da mortalidade anteriormente ocasionada pelas doenças infecto contagiosas e restritivas, hoje se caracterizam pelo desenvolvimento de novos problemas advindos da transição nutricional e o envelhecimento, em que se ver um aumento das doenças crônicas não transmissíveis em substituição das infecciosas. Diante deste cenário epidemiológico caracterizado pelo alto número de patologias degenerativas, as doenças cardiovasculares surgem como o principal problema de saúde pública e as doenças do aparelho circulatório representam a principal causa de óbito no país (REZENDE et al., 2006).

Na prática uma série de métodos, dentre esses os antropométricos são usualmente utilizados para estimar o grau de risco cardiovascular visando à auto monitorização, como forma de estratificação de risco, sendo largamente empregado em substituição a métodos considerados “padrão ouro” devido sua fácil execução e preço acessível. Dentre essas medidas se tem a circunferência abdominal (CA), que vem sendo amplamente utilizadas devido ser um preditor direto de risco cardíaco, pois a mesma é a medida antropométrica melhor correlacionada à quantidade de tecido adiposo visceral (MOREIRA et al., 2011).

É consenso entre os autores que o acúmulo de gordura na região do abdômen, ou obesidade abdominal, esta associada com a maior parte dos fatores de risco cardiovascular, em especial com os altos níveis de triglicerídeos (TGI), reduzidos de lipoproteínas de baixa densidade (HDL) assim como elevação da pressão arterial. No entanto demais fatores também se relacionam com o tal risco, como o excesso de adiposidade corporal e a inatividade física (ROCHA et al., 2013).

Considerando os aspectos apresentados à relevância do tema, o impacto das doenças crônicas no Brasil e no mundo e o fato destas estarem acometendo públicos mais jovens tornam-se crescente a necessidade de estudos para que possam servir de base de conhecimento e comparação com demais. Assim este estudo teve por objetivo verificar a associação entre a circunferência do abdômen e os fatores de risco cardiovascular entre universitários de uma instituição federal brasileira.

Metodologia

O presente trabalho fez parte do projeto intitulado “Síndrome Metabólica entre universitários: “prevalência e intervenções educativas”, da Universidade Federal do Piauí (UFPI) localizada na cidade de Picos e constituiu em um estudo descritivo, transversal, com amostra constituída por 550 universitários entre o período de janeiro a fevereiro de 2013, sendo este, cadastrado na Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação (PRPPG) e financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) /UFPI nº 0408.0.045.000-11, aprovado dia 30/11/2011 e seguiu as diretrizes da resolução Nº196/96 do conselho nacional de saúde. Os que concordaram em participar assinaram um TCLE, no qual constavam as informações detalhadas sobre o estudo, a liberdade para desistir do mesmo a qualquer momento, a garantia do anonimato e, ainda, que o estudo não traria nenhum prejuízo ou complicações para os participantes (BRASIL, 2012).

Para realização do trabalho foram escolhidos alunos dos cursos de administração, biologia, enfermagem, história, letras, matemática, nutrição, pedagogia e sistema de informação. O instrumento realizado para a coleta de dados foi um questionário dividido em: Dados gerais, estilo de vida, antropométricos e laboratoriais. Os dados foram organizados em tabelas e processados no Excel e programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0.

Resultados e Discussão

As principais características socioeconômicas, antropométricas e laboratoriais da amostra de 550 universitários estão ilustradas na tabela 1.

Foram estudados 364 (66,4 %) estudantes do sexo feminino e 186 (33,6%) do sexo masculino. A faixa etária dos participantes variou entre 17 a 51 anos, com média de idade de $22,6 \pm 4,25$. A circunferência abdominal elevada foi encontrado em 5,6 % dos universitários, enquanto 94,4% apresentaram valores normais. A média para CA ficou estimada em $78,3 \pm 10,38$, com um mínimo de 57 cm e máximo de 124cm.

O IMC variou de 15 kg/m^2 a $47,5 \text{ kg/m}^2$, com média de $22,8 \pm 3,86$. A análise revelou que 19,3% dos indivíduos apresentavam excesso de peso sendo as proporções de 14,4% e 4,9 % para sobrepeso e obesidade respectivamente. Os valores para triglicerídeos

apresentaram-se entre 34 mg/dl (mínimo) e 767 mg/dl (máximo), com uma média de 122,3±55,01. A maioria dos universitários 65,5% contem níveis baixo de HDL-colesterol com média de 43,9±8,04, mínimo de 22 mg/dl e máximo de 104 mg/dl. A análise do nível de atividade física dos estudantes universitários apontou para uma proporção de 28,2% de ativos e 71,8 % de sedentários, valores esses preocupantes quando se trata de riscos cardiovasculares, uma vez que o exercício acarreta em uma melhoria da distensibilidade arterial mediante um provável efeito modulador da função endotelial (BURGOS et al., 2013).

TABELA 1: Distribuição de universitários quanto às variáveis socioeconômicas, dados antropométricos e dados laboratoriais em uma Instituição Pública de Ensino Superior. Picos-PI, agosto 2014.

Média e desvio	Variáveis	Nº	%	Estatística	padrão
A tabela 2 mostra a circunferência do as variáveis cardiovasculares. possível observar que apresentavam o CA maioria do sexo faixa etária entre 26-51 de triglicerídeos normais apresentavam em sua obesidade (62,5%) , valores baixo de HDL-	Sexo				associação da abdômen elevada com relacionadas a riscos Através desta tabela foi os participantes que elevado eram na sua masculino (53,1%) com anos (46,9%) com níveis (65,6%), no entanto grande maioria sedentarismo (87,5%) e colesterol (56,2%).
	Feminino	364	66,4		
	Masculino	186	33,6		
	Idade				
	17-25	468	85,1	22,6 ±4,25	
	26-51	52	14,9		
	Circunferência abdominal				
	Elevado	32	5,6		
	Normal	518	94,4	78,3±10,38	
	IMC				
TABELA 2: Associação abdominal, variável componentes de risco universitários de uma ensino superior. Picos-	Baixo peso	55	10,0		entre a circunferência socioeconômica com os cardiovascular em instituição pública de PI, agosto 2014.
	Eutrofia	383	69,6	22,8± 3,86	
	Sobrepeso	85	14,4		
	Obesidade	27	4,9		
	Triglicerídeo				
	Normal	446	81,1	122,3±55,01	
	elevado	104	18,9		
	HDL colesterol				
	Baixo	355	65,5	43,9± 8,04	
	Normal	195	34,4		
	Atividade física				
	Ativo	155	28,2%		
	Sedentário	395	71,8		

Variáveis	CA				p*
	Normal		Elevado		
	nº	%	nº	%	
Sexo					
Feminino	349	63,4	15	46,9	0,000
Masculino	168	36,6	17	53,1	
Idade					
17-25	453	83,4	15	53,1	0,000
26-51	35	16,6	17	46,9	
Triglicerídeo					
Normal	425	77,3	21	65,6	0,000
Elevado	93	22,7	11	34,4	
HDL- Colesterol					
Baixo	337	67,8	18	56,2	0,000
Normal	177	32,2	14	43,7	
IMC					
Sobrepeso	73	88,2	12	37,2	0,000
Obesidade	7	11,8	20	62,5	
Nível de atividade física					
Ativo	151	27,4	4	12,5	0,646
Sedentário	367	72,6	28	87,5	

*Pearson Chi- Square

CA – Circunferência Abdominal

HDL - High Density Lipoprotein (Proteína de alta densidade)

IMC- Índice de massa corpórea

A maior predominância do sexo feminino neste estudo pode ser justificada pela maior representatividade numérica das mulheres na sociedade (IBGE, 2010). Os resultados mostraram que entre aqueles participantes que continham níveis elevados de CA, grande parte era do sexo masculino (TABELA 2), condizendo com os estudos de Moreira et al., (2011), que ao analisar essa circunferência em ambos os gêneros obteve valores maiores para homens (92,51 %) do que para as mulheres (82,35%). Valores diferentes foram encontrados por Rezende et al., (2006). Ademais, segundo Lima et al., (2011) a

obesidade abdominal afeta mais mulheres do que homens. A faixa etária mais presente foi a 17 a 25 anos, haja vista que essa foi à média de idade entre os participantes (22,6 anos) e também por ser esse o período em que os estudantes entram ou estão saindo da universidade. O avançar da idade é um fator marcante ao desenvolvimento de doenças crônicas, por essa razão é que a faixa etária entre 18 a 26 anos foi a mais diagnosticada com excesso de gordura abdominal.

A prevalência de sobrepeso e obesidade vem aumentando constantemente, atingido todas as faixas etárias, dentre elas a população jovem. Constitui um problema grave quando associado à obesidade abdominal, uma vez que se identifica como importante preditor de risco cardiovascular. Os valores aqui encontrados utilizando para tal o cálculo do IMC revelaram um excesso de peso em 19,3% dos participantes onde 14,4% era sobrepeso e 4,9% obesidade, entretanto, quando observado entre aqueles que já tinham uma CA acima do limite aceitável, a obesidade foi que mais se destacou (62,5%), representando um grave risco cardiovascular, uma vez que o excesso de massa corporal é um fator predisponente para a hipertensão, podendo ser responsável por 20% a 30% dos casos; e 75% dos homens e 65% das mulheres apresentam hipertensão diretamente atribuível a sobrepeso e obesidade (Lewington et al., 2002).

Sendo assim, considerando essa tendência crescente do sobrepeso e obesidade na população brasileira e a sua característica como fator de risco cardiovasculares reforçada neste estudo, intervenções visando reduzir o peso corporal, em especial a gordura central, são essenciais para a prevenção e controle das doenças cardiovasculares na população (REZENDE et al., 2006).

A prevalência dos níveis de HDL desta pesquisa corroboram com a literatura, pois também apresentaram valores muito abaixo do recomendado, no entanto foram encontrados níveis de triglicerídeos (TGI) mais elevados que os do presente estudo. Segundo Giuliano e Caramelli., (2007) a dislipidemia, que apresenta dentre outros parâmetros a elevação do TGI e redução do HDL, constitui fatores de risco independentes de doenças cardiovasculares. Rigo, (2007) cita que HDL baixo está associado com DCV prematura, elevando o risco de infarto do miocárdio entre indivíduos sem doença arterial coronariana conhecida. Ainda nesse contexto, Rezende et al., (2006) observou que, em adultos e idosos, a obesidade abdominal correlacionou-se com a maior parte dos fatores de risco cardiovascular, em especial com níveis aumentados de triglicerídeos (TG) e reduzidos de lipoproteínas de alta densidade (HDL).

Considerando a importância dos fatores ligados ao estilo de vida na etiologia das doenças cardiovasculares é que se avaliou a prática de exercício físico entre os alunos. Pois esta prática quando executada de modo constante traz consigo uma série de modificações ao organismo, como o fenômeno da hipotensão pós-exercício (BURGOS et al., 2013).

Neste estudo, o nível de universitários sedentários foi bem superior aos que relatavam ser ativos, na ordem de aproximadamente 3:1, dados esses que se mostraram ainda mais alarmantes entre aqueles que apresentavam acúmulo de gordura abdominal sendo 7:1, onde 87,5% eram sedentários e somente 12,5% se diziam ativos. Reafirmando então a já conhecida relação entre a inatividade física e acúmulo de gordura abdominal e consequente risco cardiovascular. Não se buscou conhecer as causas dessa inatividade, no entanto podemos associá-las aos motivos relatados por estudantes participantes de uma pesquisa realizada por Martins et al., (2009) em uma universidade pública localizada na cidade de Teresina, que ao serem indagados sobre os motivos que os levam ao status de sedentário, relataram falta de oportunidade, falta de interesse e problemas de saúde.

A partir dos achados aqui presente podemos confirmar o que a literatura já relava, que práticas inadequadas de atividade física leva a níveis baixos de HDL- Colesterol.

Conclusão

A partir desses resultados foi verificado que alguns estudantes além de conterem um risco direto para doenças cardiovasculares, que se revelou na forma de excesso de gordura abdominal, também apresentaram outros fatores desencadeantes como o excesso de gordura corporal, HDL- colesterol baixo e sedentarismo. Ademais relevou também que o público masculino e de faixa etária entre 26 a 51 anos foi o que mais apresentou uma elevação da circunferência do abdômen.

Os achados aqui encontrados indicam que mesmo sendo uma população jovem, é necessário manter um controle sobre os fatores que desencadeiam riscos cardiovasculares apontando então para a necessidade de programas que incluam medidas preventivas e educativas contínuas voltadas para a promoção de um estilo de vida mais ativo.

Referência

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59-70.

BURGOS.M.S.et al. Associação entre Medidas Antropométricas e Fatores de Risco Cardiovascular em Crianças e Adolescentes. Sociedade Brasileira de cardiologia, v.101, n.4, p. 288-296, 2013.

GIULIANO, I.C.B.; CAMELLI B. Dislipidemias na infância e na adolescência. Pediatria, v. 29, p. 275-285, 2007.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Dados Populacionais. 2010. Disponível: <
http://www.ibge.gov.br/censo2010/primeiros_dados_divulgados/index.php >. Acesso em: 05 agost.2013.

LEWINGTON, S.; CLARKE, R.; QIZILBASH, N.; PETO, R.; COLLINS, R.; for the Prospective Studies Collaboration. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies. Lancet , v.360, n.1,p.1903-13, 2002.

LIMA.C.G.et al. Clrcunferência da cintura ou abdominal? uma revisão crítica dos referenciais metodológicos. Sibio-logias, v, 4,n.6,p. 108-131, 2011.

MARTINS.M.C.C.et al. Pressão Arterial, Excesso de Peso e Nível de Atividade Física em Estudantes de Universidade Pública. Sociedade Brasileira de cardiologia, v.95,n.2,p. 192-199, 2009.

MOREIRA.O.C. et al. Associação entre risco cardiovascular e hipertensão arterial em professores universitários. Brasileira de educação física e esporte, v.25,n. 3,p.397-406,2011.

REZENDE.F.A.C.et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de risco Cardiovascular. Sociedade Brasileira de cardiologia, v.87,n.6,p 728-734,2006.

RIGO, J. C. Prevalência de síndrome metabólica em idosos de uma comunidade: comparação entre três métodos diagnósticos. 2007. 68f. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Curso de Pós-graduação em Clínica Médica e Ciências da Saúde. Área de Concentração em Geriatria - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina, Porto Alegre, 2007.

ROCHA.F.L.et al. Correlação entre indicadores de obesidade abdominal e lipídeos séricos em idosos. Associação médica brasileira,v.59,n.1.p,48-55,2013.

Agradecimento

A universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros por contribuir na minha formação, apesar de todas as dificuldades enfrentadas e em especial as professoras Dr^a. Ana Roberta Vilarouca da Silva e Msc. Suyanne Freire de Macêdo pelas orientações e por despertar em mim todos os dias o desejo pelo conhecimento.

ASSOCIAÇÃO ENTRE A PREFERÊNCIA PELOS SABORES DOCE E SALGADO E O ESTADO NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DO MUNICÍPIO DE TERESINA-PI

Camila Santos Marreiros – Universidade Federal do Piauí Email: kamyllamarreiros@hotmail.com
Marize Melo dos Santos (Orientador) – Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: preferências, doce, salgado, IMC

Resumo

Um fator provavelmente envolvido na epidemia da obesidade é a resposta ao sabor dos alimentos, um determinante importante da palatabilidade e ingestão. Tem sido sugerido que pessoas com IMC elevado podem ter maior motivação para comer e menor motivação para deixar de comer quando estão prestando atenção ao gosto. Isto implica que uma mudança na percepção do paladar, que pode alterar a atenção para um gosto particular, pode afetar o comportamento de comer em grupos com IMC diferentes. Muitos estudos com o sabor doce têm sugerido relações entre gosto e massa corporal, embora os dados sejam contraditórios. Muito pouco é conhecido sobre a relação entre o sabor salgado e comportamento alimentar, e estas áreas merecem um estudo mais aprofundado. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo associar a preferência pelos sabores doce e salgado com o estado nutricional.

Participaram do estudo 250 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, de ambos os sexos. O estudo se baseou na pesquisa aprovada pelo CEP-UFPI, sob o protocolo nº 0076.0.045.000-11, de 16 de maio de 2011. Na ocasião, conheceram os objetivos da pesquisa, tipo de atividades a serem desenvolvidas, importância e benefícios de forma clara. Em seguida, assinaram o “Termo de Assentimento”. O peso foi medido por meio de uma balança digital portátil da marca TEC-130 Techline com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 0,1 kg, situada em superfície plana e a altura aferida com o auxílio de uma fita métrica de extensão inelástica de 2m afixada verticalmente na parede. Para o cálculo do Índice de Massa Corporal foi adotado o valor médio das duas medidas (peso e altura) definido como a relação entre o peso (kg) e a altura (m) elevada ao quadrado (kg/m^2). A classificação foi realizada pelo percentil de IMC para idade e sexo, segundo a distribuição de referência da Organização Mundial de Saúde. Foi aplicado um questionário de preferências alimentares para verificar a preferência por alimentos doces e salgados.

Não houve associação entre a preferência alimentar e o estado nutricional, porém observou-se entre os adolescentes com sobrepeso e obesidade uma maior preferência pelo sabor doce. Estudo de Macdiarmid et al. (1998) demonstrou correlação positiva entre IMC e consumo de alimentos ricos em açúcar por mulheres. Salbe et al. (2004) observaram que a preferência por alimentos altamente palatáveis (açúcares e gorduras) está associada com o desenvolvimento da obesidade. Além do açúcar, estudo de Karpanen e Mervaala (2006) relacionou o consumo de sal com a obesidade, sugerindo que uma redução generalizada deste, pode constituir uma poderosa arma no combate ao excesso de peso nas sociedades industrializadas.

A preferência por alimentos mais doces pode estar relacionada ao ganho de peso. Desta forma, alimentos com alto teor de açúcar devem ser consumidos com cautela por crianças e adolescentes, pois estes já tem uma preferência natural por esse sabor. Além disso é importante a prática da educação sensorial para a formação de hábitos alimentares saudáveis

Introdução

Um fator provavelmente envolvido na epidemia da obesidade é a resposta para o sabor dos alimentos, um determinante importante da palatabilidade e ingestão. Para este fim, muitos estudos têm investigado se os indivíduos obesos possuem preferências aumentadas por doces, levantando a hipótese de que o gosto doce é um sinal biológico de calorias e que as preferências elevadas para este sabor básico provocam ou reforçam o consumo excessivo de energia (PEPINO, FINKBEINER et al, 2010).

As mudanças na alimentação (aumento do consumo de alimentos industrializados, ricos em açúcares e gorduras, e redução no consumo de frutas e verduras) combinadas com uma vida pouco ativa fisicamente (aumento de tempo em frente à televisão e videogames e redução na prática da atividade física), além de fatores do estilo de vida, contribuem para o aumento contínuo da prevalência de sobrepeso e obesidade em crianças e adolescentes (MONTEIRO, 2004). Além das condições metabólicas e de estilo de vida, têm-se sugerido diferenças na percepção do gosto em indivíduos obesos e com peso normal, que podem determinar suas escolhas alimentares (DREWNOWSKI, 1995, 1997).

Adultos obesos têm mais energia na dieta de alimentos que são classificados como salgados, sugerindo que a sensibilidade ao sal alterada ou o gosto ou ambos, podem também afetar o comportamento alimentar (DONALDSON, BENNETT et al, 2009). O IMC foi correlacionado recentemente com indivíduos que relataram gostar de comida salgada e com gordura (KESKITALO, TUORILA et al, 2008) e, os limiares de sal, também foram relatados como sendo menores em adolescentes e crianças obesas (PASQUET, FRELUT et al, 2007).

Tem sido sugerido que pessoas com IMC elevado podem ter maior motivação para comer e menor motivação para deixar de comer quando estão prestando atenção ao gosto. Isto implica que uma mudança na percepção do paladar, que pode alterar a atenção para um gosto particular, pode afetar o comportamento de comer em grupos com IMC diferentes. Muitos estudos com o sabor doce têm sugerido relações entre gosto e massa corporal, embora os dados sejam contraditórios. Muito pouco é conhecido sobre a relação entre o sabor salgado e comportamento alimentar, e estas áreas merecem um estudo mais aprofundado (DONALDSON, BENNETT et al, 2009).

Metodologia

Participaram do estudo 250 adolescentes, na faixa etária de 10 a 19 anos, de ambos os sexos. O estudo se baseou na pesquisa aprovada pelo CEP-UFPI, sob o protocolo nº 0076.0.045.000-11, de 16 de maio de 2011. Na ocasião, conheceram os objetivos da pesquisa, tipo de atividades a serem desenvolvidas, importância e benefícios de forma clara. Em seguida, assinaram o “Termo de Assentimento”.

Para verificar o IMC dos adolescentes utilizou-se como critério de classificação os valores para idade e sexo e os respectivos pontos de corte propostos pela World Health Organization (WHO, 1995).

A aferição de todas as medidas antropométricas foi realizada em duplicata, utilizando o valor médio. Foram coletadas as seguintes variáveis, descritas com maiores detalhes abaixo: idade, peso (kg), altura (cm).

Idade: os alunos auto declaravam a sua idade atual.

Peso: foi medido por meio de uma balança digital portátil da marca TEC-130 Techline com capacidade máxima de 150 kg e precisão de 0,1 kg, situada em superfície plana. Os participantes estavam descalços, com os braços estendidos ao longo do corpo e com o olhar

num ponto fixo à sua frente de modo a evitar oscilações na leitura da medida (JELLIFE, 1968).

Altura: aferida com o auxílio de uma fita métrica de extensão inelástica de 2m afixada verticalmente na parede. Para essa medida o adolescente foi mantido em pé, sem sapatos, de forma ereta, com joelhos e calcanhares juntos e braços estendidos ao longo do corpo. A cabeça posicionada no plano de Frankfurt, de forma a deixá-lo olhando para a linha do horizonte. Nesta posição a medida foi realizada, estando o dorso, as nádegas e a cabeça encostados ao plano vertical da fita antropométrica.

Para o cálculo do Índice de Massa Corporal foi adotado o valor médio das duas medidas (peso e altura) definido como a relação entre o peso (kg) e a altura (m) elevada ao quadrado (kg/m^2). A classificação foi realizada pelo percentil de IMC para idade e sexo, segundo a distribuição de referência da Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2008). Foram considerados adolescentes com sobrepeso aqueles com percentil maior ou igual a 85 e menor que 97; obesos aqueles com percentil, IMC para idade, maior ou igual a 97. Foram considerados adolescentes não obesos aqueles com percentil abaixo de 85.

Foi aplicado um questionário de preferências alimentares para verificar a preferência por alimentos doces e salgados.

Resultados e Discussão

Não houve associação entre a preferência alimentar e o estado nutricional, porém observou-se entre os adolescentes com sobrepeso e obesidade uma maior preferência pelo sabor doce (Tabela 1). Estudo de Macdiarmid et al. (1998) demonstrou correlação positiva entre IMC e consumo de alimentos ricos em açúcar por mulheres. Salbe et al. (2004) observaram que a preferência por alimentos altamente palatáveis (açúcares e gorduras) está associada com o desenvolvimento da obesidade. Além do açúcar, estudo de Karppanen e Mervaala (2006) relacionou o consumo de sal com a obesidade, sugerindo que uma redução generalizada deste, pode constituir uma poderosa arma no combate ao excesso de peso nas sociedades industrializadas.

Tabela 1: Associação entre a preferência alimentar e o estado nutricional de adolescentes de escolas municipais de Teresina. Teresina, 2014

Estado nutricional	Qual sabor você prefere?		Total	p-valor
	doce	salgado		
Baixo IMC para idade	12 (70,6)	5 (29,4)	17 (100)	0,524
IMC adequado ou eutrófico	105 (57,4)	78 (42,6)	183 (100)	
Sobrepeso	15 (51,7)	14 (48,3)	29 (100)	
Obesidade	14 (66,7)	7 (33,3)	21 (100)	
Total	146 (58,4)	104 (41,6)	250 (100)	

Fonte: Escolas da rede municipal, da cidade de Teresina.

^a Teste Qui-Quadrado de Pearson (χ^2).

Simchen et al. (2006) verificaram associação entre excesso de peso e diminuição da percepção dos gostos básicos em adultos. Estudo de Pasquet et al. (2007) verificou em crianças e adolescentes, com obesidade mórbida, limiares de detecção dos gostos significativamente menores. Bartoshuk et al. (2006) afirmam que obesos não só consideram o gosto doce como menos intenso que indivíduos com peso normal, mas apresentam por este e também pela gordura um maior grau de gostar, o que pode contribuir para o consumo elevado.

A percepção dos gostos, ainda não totalmente identificada, é um dos fatores relacionados à incidência de obesidade. Outros aspectos devem ser considerados na determinação do consumo alimentar, tais como os hábitos, as condições de vida, questões psicológicas e econômicas. No entanto, a identificação da sensibilidade gustativa de obesos é mais uma ferramenta que contribui para o entendimento da complexidade do comportamento alimentar nesse grupo (ATZINGEN et al., 2010).

Conclusão

A preferência por alimentos mais doces pode estar relacionada ao ganho de peso. Desta forma, alimentos com alto teor de açúcar devem ser consumidos com cautela por crianças e adolescentes, pois estes já tem uma preferência natural por esse sabor. Além disso é importante a prática da educação sensorial para a formação de hábitos alimentares saudáveis.

Referências

- ATZINGEN, M.C.B.C.V.; SILVA, M.E.M.P.E. Sensory characteristics of food as a determinant of food choices. *Journal of the Brazilian Society of Food and Nutrition*, v.35, n.3, p.183-198, 2010.
- BARTOSHUK, L. M. The psychophysiology of taste. *Am J Clin. Nutr*, v.31, n.6, p.1068-77, Jun 1978.
- DONALDSON, L. F. et al. Taste and weight: is there a link? *Am J Clin Nutr*, v.90, n.3, p. 800S – 803S, Sep. 2009.
- DREWNOWSKI, A.; POPKIN, B. M. The nutrition transition: new trends in the global diet. *Nutr Rev*, v.55, n.2, p.31-43, Feb 1997.
- DREWNOWSKI, A. Energy intake and sensory properties of food. *Am. J. Clin. Nutr*, v. 62, n. 5 Supplement, p. 1081S-1085S, Nov 1995.
- KARPPANEN, H.; MERVAALA, E. Sodium intake and hypertension. *Progr. Cardiovasc. Dis.*, v. 49, n. 2, p. 59-75, Sept-Oct 2006.
- Keskitalo, K. et al. The Tree-Factor Eating Questionnaire, body mass index, and responses to sweet and salty fatty foods: a twin study of genetic and environmental associations. *Am J Clin Nutr*, v.88, n.2, p.263-71, Aug.2008.
- MACDIARMID, JI; VAIL, A; CADE, JE; BLUNDELL, JE. The sugar fat relationship revisited: differences in consumption between men and women of varying BMI. *Int. J. Relat. Metab. Disord.*, v. 22, n. 11, p. 1053-1061, Nov 1998.
- PASQUET, P. et al. Taste perception in massively obese and in non-obese adolescents. *Int J Pediatric Obes*, v.2, n.4, p.242-8, 2007.
- PEPINO, M. Y. et al. Obese women have lower monosodium glutamate taste sensitivity and prefer higher concentrations than do normal-weight women. *Obesity (Silver Spring)*, v.18, n.5 p.959-65, May 2010.
- SALBE, AD; DELPARIGI, A; PRATLEY, RE; DREWNOWSKI, A; TATARANNI, PA. Taste preferences and body weight changes in an obesity-prone population. *Am. J. Clin. Nutr.*, v. 79, n. 3, p. 372-378, Mar 2004.
- SIMCHEN, U.; KOEBNICK, C.; HOYER, S.; ISSANCHOU, S.; ZUNFT, H. J. F. Odour and taste sensitivity is associated with body weight and extent of misreporting of body weight. *Eur. J. Clin. Nutr.*, v. 60, n. 6, p. 698-705, Jun 2006.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Agradecimentos

Deixo expressos meus sinceros agradecimentos a minha orientadora professora Marize Melo dos Santos pelo incentivo ao desenvolvimento deste trabalho e pelas valiosas discussões e sugestões no decorrer do trabalho, às escolas pela receptividade e aos alunos por aceitarem participar do trabalho. Sem a colaboração destes o presente trabalho teria sido impossível.

ATENÇÃO DOMICILIAR AO IDOSO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ANÁLISE DAS PUBLICAÇÕES OFICIAIS

Emanoel Avelar Muniz (apresentador) – Enfermeiro, discente do Mestrado Acadêmico em Saúde da Família (MASF), Universidade Federal do Ceará (UFC), Campus Sobral.

E-mail: emanoelavelar@gmail.com

Jocielma dos Santos de Mesquita – Acadêmica de enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Maria Liana Rodrigues Cavalcante – Acadêmica de enfermagem da UVA

Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas (orientadora) – Enfermeira, doutora em enfermagem pela UFC e docente do MASF e do curso de enfermagem da UVA

Palavras-chave: Publicações Governamentais. Assistência Domiciliar. Saúde do Idoso. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

Objetiva-se analisar as políticas de saúde e regulamentações existentes no Brasil sobre a atenção domiciliar ao idoso na Estratégia Saúde da Família (ESF). Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva. Foi realizado uma busca manual no endereço eletrônico do Ministério da Saúde (MS), identificando-se onze publicações no período de 2002 a 2013. A assistência domiciliar está regulamentada há mais de uma década, no entanto, ainda se encontra em processo incipiente de implantação com alguns obstáculos para ser operacionalizada.

Introdução

No Brasil, a ESF foi planejada para reorientar a atenção à saúde da população, fomentando a qualidade de vida, por exemplo, mediante a promoção do envelhecimento saudável. Como o envelhecimento não é um processo homogêneo, necessidades e demandas dos idosos variam, sendo preciso fortalecer o trabalho em rede para contemplar a atenção aos idosos saudáveis e atender àqueles com diferentes graus de incapacidade ou enfermidade, inclusive nos domicílios (Motta, Aguiar & Caldas, 2011).

A Atenção Domiciliar (AD) às pessoas idosas é definida por Brasil (2006) como:

“Um conjunto de ações realizadas por uma equipe interdisciplinar no domicílio do usuário/família, a partir do diagnóstico da realidade em que está inserido, de seus potenciais e limitações. Articulam promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, favorecendo assim, o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a restabelecer sua independência e a preservação de sua autonomia” (Brasil, 2006c: p. 125).

Visto o grande potencial da AD para ampliar a integralidade na atenção à saúde, provocar mudanças na prática dos profissionais da ESF e ampliar o acesso da população idosa a serviços de saúde, melhorando sua qualidade de vida. Objetiva-se analisar as políticas de saúde e regulamentações existentes no Brasil sobre a atenção domiciliar ao idoso na ESF.

A relevância do estudo encontra-se em realizar um resgate histórico-conceitual das políticas e documentos do MS, oferecendo uma maior sustentação teórica para os profissionais e gestores da ESF que vivenciam uma crescente demanda de usuários para esta modalidade de serviço, principalmente de famílias que se deparam com idosos dependentes de cuidados no domicílio.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica com abordagem qualitativa do tipo exploratória-descritiva. Foi realizado uma busca eletrônica manual no endereço eletrônico do MS do Brasil no mês de janeiro de 2014 por publicações que tratavam do tema Atenção Domiciliar ao idoso no contexto da Estratégia Saúde da Família, disponíveis no idioma português.

Foram identificadas onze publicações, dentre elas duas leis, seis portarias das quais duas políticas e um pacto, dois cadernos e um manual publicados entre 2002 e 2013. Elaborou-se um instrumento próprio de roteiro para a leitura das publicações que continha a identificação da obra, caracterização e contribuições para o estudo. Para a análise dos textos realizou-se leituras sucessivas do material para obter as informações necessárias para a pesquisa, identificadas por Salvador (1986).

Assim, foi construída uma síntese integradora das mais relevantes publicações sobre a AD ao idoso no contexto da ESF, disponíveis na página do MS na internet, organizada na forma de tópicos pela ordem cronológica.

Resultados e Discussão

Lei nº 10.424 de 15 de abril de 2002 – regulamenta a assistência domiciliar no SUS

Foram estabelecidos, no âmbito do SUS, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar. Assim, na modalidade de assistência de atendimento e internação domiciliares incluiu-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio (Brasil, 2002).

Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, dispõe sobre o Estatuto do Idoso

Segundo esta lei é instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados as pessoas com idade igual ou superior a sessenta anos. O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para a preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (Brasil, 2003).

De acordo com o Estatuto do Idoso é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam o envelhecimento saudável e em condições de dignidade. É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção integral às doenças que afetam principalmente os idosos.

Portaria nº 399 GM/MS de 22 de fevereiro de 2006 - divulga o Pacto pela Saúde – consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto

Na perspectiva de superar as dificuldades existentes no SUS, os gestores assumiram o compromisso público da construção do PACTO PELA SAÚDE 2006, que foi anualmente revisado, com base nos princípios constitucionais do SUS, ênfase nas necessidades de saúde da população e que implicou o exercício simultâneo de definições de prioridades articuladas e integradas nos três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Os estados/regiões/municípios pactuaram as ações necessárias para o alcance das metas e dos

objetivos propostos. Foram seis as prioridades pactuadas com destaque para a saúde do idoso (Brasil, 2006d).

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI (2006)

Segundo a Portaria Nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, que aprova a PNSPI, a meta final deve ser uma atenção à saúde adequada e digna para os idosos e idosas brasileiras, principalmente para aquela parcela da população idosa que teve, por uma série de razões, um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõem sérias limitações ao seu bem-estar.

A finalidade primordial da PNSPI é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiros com sessenta anos ou mais de idade (Brasil, 2006a).

Portaria GM/MS Nº 2.529 de 19 de outubro de 2006 – institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS

Define como Internação Domiciliar, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim (Brasil, 2006b).

A Internação Domiciliar deve ser uma modalidade assistencial inserida nos sistemas locais de saúde do SUS. Assim, integra as ações da rede básica, urgência e emergência e área hospitalar. Numa abordagem do espaço-território, pressupondo o domicílio como local de atuação, referencia-se à territorialidade da rede básica, podendo transcendê-la (Brasil, 2006b).

Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa de 2006

Segundo Brasil (2006c), a identificação de uma pessoa idosa que necessite de assistência domiciliar na AB parte de sua situação clínica, juntamente ao grau de perda funcional e dependência para a realização das AVD, conforme descritas nos critérios de inclusão.

Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (2011)

A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 aprova a PNAB, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica (AB), ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A AB 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, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2011a).

No que se refere ao processo de trabalho das equipes de AB, cabe as equipes realizar atenção à saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS), no domicílio, em locais do território (salões comunitários, escolas, creches, praças, etc.) e outros espaços que comportem a ação planejada. Além disso, devem realizar Atenção Domiciliar (AD) destinada a usuários que possuam problemas de saúde controlados/compensados e com dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde, que necessitam de cuidados com menor frequência e menor necessidade de recursos de saúde e realizar o cuidado compartilhado com as equipes de AD nos demais casos.

Portaria Nº 2.527 de 27 de outubro de 2011 - redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS

Para efeitos desta Portaria considera-se:

I - Serviço de Atenção Domiciliar (SAD): serviço substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP);

II - Atenção Domiciliar: nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS;

III - Cuidador: pessoa com ou sem vínculo familiar, capacitada para auxiliar o usuário em suas necessidades e atividades da vida cotidiana.

A AD tem como objetivo a reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar, com vistas à redução da demanda por atendimento hospitalar e/ou redução do período de permanência de usuários internados, a humanização da atenção, a desinstitucionalização e a ampliação da autonomia dos usuários (Brasil, 2011b).

Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica (2012)

Este texto foi elaborado, à luz do contexto atual, a partir de um documento intitulado “Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica”, produzido pelo Departamento de Atenção Básica em 2004. Contém as *Diretrizes para a Atenção Domiciliar na Atenção Básica/SUS*, com o objetivo de orientar a organização dos serviços de AD na Atenção Básica no Brasil.

Com base no princípio da territorialização, a AB deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas adscritas. Desta forma, a AD é atividade inerente ao processo de trabalho das equipes de AB, sendo necessário que estejam preparadas para identificar e cuidar dos usuários que se beneficiarão desta modalidade de atenção, o que implica adequar certos aspectos na organização do seu processo de trabalho, bem como agregar certas tecnologias necessárias para realizar o cuidado em saúde no ambiente domiciliar (Brasil, 2012a).

Princípios da Atenção Domiciliar segundo Caderno de Atenção Domiciliar (2012)

A primeira condição para que ocorra a assistência domiciliar é o consentimento da família com a existência do cuidador. A assistência prestada no domicílio não pode ser imposta, já que o contexto das relações familiares é sempre mais dinâmico que as ações desenvolvidas pelos profissionais, comprometendo a eficácia terapêutica proposta. Recomenda-se que toda família esteja ciente do processo de cuidar da pessoa assistida, comprometendo-se junto com a equipe na realização das atividades a serem desenvolvidas (Brasil, 2012a).

Para impactar sobre os múltiplos fatores que interferem no processo saúde-doença é importante que a assistência domiciliar esteja pautada em uma equipe multiprofissional e com prática interdisciplinar. A interdisciplinaridade pressupõe, além das interfaces disciplinares tradicionais, a possibilidade da prática de um profissional se reconstruir na prática do outro, transformando ambas na intervenção do contexto em que estão inseridas (Brasil, 2012a).

Portaria nº 963 de 27 de maio de 2013 - Redefine a AD no âmbito do SUS

A prestação da assistência à saúde na modalidade AD1 é de responsabilidade das equipes de AB, por meio de visitas regulares em domicílio, no mínimo, 1 (uma) vez por mês. As equipes de AB que executarem as ações na modalidade AD1 serão apoiadas pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidades e de reabilitação (Brasil, 2013).

Segundo o mesmo autor, a modalidade AD2 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS. Será garantido, se necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento 24 (vinte e quatro) horas/dia, definidas previamente como referência para o usuário, nos casos de intercorrências.

A modalidade AD3 destina-se aos usuários que possuam problemas de saúde e dificuldade ou impossibilidade física de

locomoção até uma unidade de saúde, com necessidade de maior frequência de cuidado, recursos de saúde, acompanhamento contínuo e uso de equipamentos, podendo ser oriundos de diferentes serviços da RAS.

Conclusão

A assistência domiciliar está regulamentada no SUS há mais de uma década, no entanto, ainda se encontra em processo incipiente de implantação com diversos obstáculos para ser operacionalizada, principalmente quando se dirige aos idosos inseridos na ESF.

O MS vem divulgando vários documentos que oferecem subsídios técnicos aos profissionais e gestores para qualificar a assistência à saúde da pessoa idosa, dentre elas a avaliação multidimensional e o trabalho interdisciplinar. A ESF vem ganhando cada vez mais destaque em seu papel como porta de entrada preferencial da RAS e centro de comunicação, facilitando o acesso e contribuindo para qualidade de vida da população idosa.

Destaca-se que a ESF deve reforçar seu papel como apoiadora das famílias e cuidadores que possuem idosos frágeis e com incapacidade funcional no domicílio, contribuindo para a autonomia e protagonismo dos usuários na determinação do seu processo saúde-doença. É crescente as demandas de saúde da população idosa, necessitando que o Estado e a família assumam sua responsabilidade junto a esses cidadãos.

Referências

BRASIL. *Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002*. Acrescenta capítulo e artigo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes, e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, 16 abr. 2002.

BRASIL. *Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003*. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 03 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.528 de 19 de outubro de 2006*, Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.529 de 19 de outubro de 2006*. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2488 de 21 de outubro de 2011*, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011*, redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 out. 2011b. v.1, nº 208, seção 1. p. 44.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM nº 963 de 27 de maio de 2013*, redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 28 mai. 2013, nº 101, seção 1. p.30

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Caderno de atenção domiciliar*. v.1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Atenção Domiciliar. *Manual de Monitoramento e Avaliação da Atenção Domiciliar/Melhor em Casa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. *Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

MOTTA, L.B. da; AGUIAR, A.C. de; CALDAS, C.P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, Abr. 2011.

SALVADOR, A.D. *Métodos e técnicas de pesquisa bibliográfica*. Porto Alegre: Sulina, 1986.

A ANTICONCEPÇÃO NO CONTEXTO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UMA ANÁLISE DE CONCEITO

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará. rafegobr@yahoo.com.br

Jacqueline Mota da Silva – Universidade Federal do Ceará

[Escolástica Rejane Ferreira Moura](#) – Universidade Federal do Ceará

Zuila Maria de Figueredo Carvalho (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem. Saúde sexual e reprodutiva. Análise de conceito

Resumo

Objetivou-se analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva. Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos. A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Introdução

No contexto da saúde sexual e reprodutiva, a anticoncepção é assunto pertinente e constante nas ações desenvolvidas pelo enfermeiro. Assim, segundo o Ministério da Saúde, a anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos e que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes em um contexto de escolha livre e informada (BRASIL, 2010).

Para Costa, Rosado, Florêncio e Xavier (2013) a anticoncepção é um assunto fortemente ético, uma vez que aproxima aspectos políticos, socioeconômicos e de caráter individual. Configura-se como tema importante para a autodeterminação individual e de um povo, uma vez que a tomada de decisão acerca da anticoncepção está relacionada à cultura, educação e condição socioeconômica. O uso adequado de métodos anticoncepcionais (MACs) necessita de acompanhamento eficaz e constitui comportamento adequado de promoção da saúde.

A competência profissional no panorama da anticoncepção deve incluir conhecimentos técnicos, científicos e culturais atualizados. Isso inclui a habilidade para dar orientação, informar e comunicar-se adequadamente, participando na tomada de decisão quanto aos MACs e acolhendo com respeito o/a cliente. Ademais, o profissional deve estar preparado para lidar com mitos, preconceitos e percepções errôneas da clientela a respeito do tema, proporcionando-lhe instrumentos e oportunidades para a aquisição de conhecimentos favoráveis a prática segura da anticoncepção (MOURA, SILVA; 2005).

Para tanto, refletir sobre o conceito de anticoncepção no cenário da saúde sexual e reprodutiva é relevante, pois permitirá um entendimento abrangente desse conceito, fornecendo ferramentas esclarecedoras para uma prática clínica efetiva.

Diante desses fatos, a análise de conceito consiste em um exercício intelectual que visa ao esclarecimento de um conceito de interesse. Devido às modificações contínuas e complexas do conhecimento ao longo do tempo, emerge a necessidade da análise de conceito para a prática cotidiana a fim de esclarecer, clarificar e realizar intercâmbio de saberes e do conhecimento científico (MANGUEIRA, LOPES; 2014)

A análise de conceito é basicamente um exame cauteloso e a descrição de uma palavra ou termo e seus usos, associada a explicação de outras palavras ou termos relacionados (WALKER e AVANT, 2005).

Diante do exposto, emergiu o seguinte questionamento: Quais os atributos, os antecedentes e os consequentes do conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva?

Para responder a esta indagação decidiu-se pela realização do presente estudo com o objetivo de analisar o conceito de anticoncepção no contexto da saúde sexual e reprodutiva.

Metodologia

Como referencial metodológico, adotou-se o modelo da Análise de Conceito proposto por Walker e Avant. Para esses autores, o objetivo da análise de conceito consiste em investigar a estrutura e o uso do conceito. Trata-se de um processo no qual os elementos básicos são examinados, distinguindo as semelhanças e as diferenças entre outros determinados conceitos. Desse modo, os autores mencionam o conceito como contendo características definidoras que permitem decidir que fenômenos estão compatíveis com o conceito (WALKER, AVANT; 2005).

Para o desenvolvimento dessa análise, foram seguidas as oito etapas propostas pelos autores supracitados, as quais são: escolher o conceito, determinar o objetivo da análise, identificar os usos do conceito, determinar os atributos definidores, identificar casos modelos, identificar casos adicionais, identificar antecedentes e consequentes e determinar referenciais empíricos (WALKER, AVANT; 2005).

A seleção do conceito deve ser cuidadosa, deve refletir um tópico de interesse para o pesquisador e ser importante no programa de pesquisa para o desenvolvimento teórico futuro na sua área (WALKER, AVANT; 2005). O conceito escolhido para análise foi o de anticoncepção, cuja relevância abrange a prevenção da gravidez não planejada e das doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV/aids. Destaca-se que a anticoncepção de pessoas vivendo com HIV/aids é objeto de investigação de uma das autoras como Dissertação de Mestrado, aspecto que também influenciou a escolha do tema.

Determinar o objetivo da análise é responder à pergunta: “Por que estou fazendo essa análise?”. O propósito pode ser esclarecer um significado de conceito existente para desenvolver uma definição ou para adicionar ao conceito já existente (WALKER, AVANT; 2005). O objetivo da análise é identificar os conceitos utilizados para definir anticoncepção no contexto da Saúde Sexual e Reprodutiva.

A identificação dos usos ou aplicações do conceito consiste na consulta de fontes da literatura a fim de ajudar o investigador a sustentar ou validar sua escolha final dos atributos definidores. Sendo assim, foram realizadas buscas por meio da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), utilizando-se os descritores “contraception” e anticoncepção, definidos nos Descritores em Ciências da Saúde (Decs).

Os atributos definidores são características dos conceitos que aparecem com maior frequência, sendo a determinação destes efetuada por meio da observação do comportamento da referida frequência (WALKER, AVANT; 2005). Considerar o contexto em que o conceito será usado é uma decisão importante, pois o uso adequado de um conceito garante o embasamento teórico para práticas seguras.

O caso modelo pode ser definido concomitantemente com a busca dos atributos ou ser definido após os atributos definidores serem provisoriamente selecionados (WALKER, AVANT; 2005). Portanto, este será construído na medida em que a busca for revelando as aplicações dos conceitos.

Os casos adicionais apresentam como propósito decidir o que se considera e o que não se considera como atributos definidores para o conceito em estudo. Esses casos podem ser exemplos da vida real, originar-se da literatura ou serem constituídos pelo pesquisador (WALKER, AVANT; 2005).

A identificação de antecedentes e consequentes, como o próprio nome define, são, respectivamente, os acontecimentos que ocorrem anteriormente à ocorrência do conceito e as consequências como resultado do conceito (WALKER, AVANT; 2005).

As referências empíricas são classes ou categorias de um fenômeno real que, por sua existência ou presença, demonstram a ocorrência do próprio conceito. Em muitos casos, os atributos definidores e as referências empíricas serão idênticos (WALKER, AVANT; 2005).

Resultados e Discussão

Escolha do conceito e objetivo da análise

O conceito escolhido foi o de anticoncepção e objetivou-se com a análise do mesmo fornecer ferramentas que proporcionem um entendimento amplo e profundo desse conceito, observando-o sob as variedades de aplicações encontradas.

Usos do conceito

Com o levantamento bibliográfico, percebeu-se que o conceito de anticoncepção está inserido em diversos contextos, e o seu uso envolve o propósito a ser abordado em cada situação, sendo elas: a prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis como o HIV/aids (COSTA, GOLDENBERG; 2013); a anticoncepção irregular devido ao envolvimento afetivo-amoroso presente, principalmente em adolescentes (BASTOS *et al.*, 2008); a anticoncepção cirúrgica e os fatores associados (VIEIRA, SOUZA; 2009); a anticoncepção pelo método da lactação com amenorreia (RITO, *et al.*, 2014).

Atributos definidores

Após a identificação dos usos do conceito, os atributos definidores podem ser destacados como: prevenção de gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (COSTA, GOLDENBERG; 2013), através do uso de métodos de barreiras nas relações sexuais; Lactação com Amenorréia (RITO, *et al.*, 2014), a qual tem 99% de eficácia, contraceptivo oral, que tem como principal característica a facilidade de uso, porém tem sido relacionado a esquecimento frequente das tomadas o que aumenta a taxa de falha contraceptiva (BAHAMONDES; PINHO; MELO; OLIVEIRA; BAHAMONDES, 2011); Anticoncepção de emergência, que na literatura, tem o propósito de ser um recurso emergencial (MORÁN, 2013), utilizado para preencher falhas ou lacunas de outros MACs (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008); Preservativos masculino e feminino (SAMPAIO *et al.*, 2011) atributos que são largamente associados a prevenção de gravidez e de DSTs; e esterilização definitiva, que no corpo feminino corresponde à laqueadura tubária, e no masculino, à vasectomia (VIEIRA, SOUZA; 2009).

Observou-se, portanto, que os atributos definidores apresentam estreita relação com os MACs utilizados.

Caso modelo

O caso modelo pode ser utilizado como a utilização de um MAC:

Mulher, 30 anos, pratica a anticoncepção, realizando a dupla proteção por meio do uso de contraceptivo oral combinado e de preservativo masculino.

Observa-se que este caso modelo contém atributos críticos do conceito anticoncepção: métodos anticoncepcionais (contraceptivo oral e preservativo masculino) e prevenção da gravidez e das DSTs.

Casos adicionais

No caso contrário, tem-se:

Mulher, 30 anos, mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros.

Caso ilegítimo:

Mulher utiliza a anticoncepção de emergência após todas as relações sexuais, pois acredita que dessa forma não engravidará e ficará isenta do risco de contrair Doenças Sexualmente Transmissíveis.

No primeiro caso verifica-se que não houve o uso de MAC, uma vez que a relação sexual foi desprotegida, podendo o caso vir a culminar em concepção ou em transmissão de uma DST. No segundo caso, observa-se ilegitimidade, pois a anticoncepção de emergência é um método a ser usado apenas emergencialmente, estando seu uso indicado mediante falha da anticoncepção, como esquecimento de ingerir a pílula ou colocar o preservativo, bem como nas situações de violência sexual como o estupro. Além disso, seu uso não protege contra as DSTs como julga a mulher citada no caso (BASTOS; BORGES; HOGA; FERNANDES; CONTIN, 2008).

Identificação de antecedentes e consequentes

Os artigos analisados levaram a identificação de antecedentes do conceito de anticoncepção. Como visto anteriormente, atributos podem também ser classificados como antecedentes da anticoncepção, que são vários: uso de preservativos feminino ou masculino e de outros métodos de barreira (DIU, diafragma e agente espermaticida); uso de contraceptivos hormonais (anticoncepcional oral, anticoncepcional de emergência; contraceptivo injetável); uso de métodos naturais (tabelinha, método da ovulação); e esterilização (CUNHA; GALVÃO, 2011)(ALVEZ; LOPES, 2007).

Em relação aos métodos de barreira ressalta-se a importância dos preservativos feminino e masculino, como os únicos capazes de prevenir a gravidez e as DSTs simultaneamente (dupla proteção). Outra característica é que o uso destes métodos promove maior conhecimento do corpo por parte da mulher e do parceiro, podendo contribuir para a melhoria da afetividade na relação sexual do casal (ALVEZ; LOPES, 2007). No entanto, estes métodos devem ser usados de forma correta. Estudo revela que o uso incorreto ou falhas no preservativo podem contribuir para sua baixa eficácia, destacando-se: as más condições de armazenamento; validade expirada; fabricação de baixa qualidade; erros durante o uso, como desenrolar o preservativo antes de colocá-lo, ausência de espaço na extremidade do preservativo para o acúmulo do esperma, reutilização do mesmo preservativo, dentre outros) (CUNHA e GALVÃO, 2011).

Os contraceptivos hormonais tem sido o método reversível mais utilizado pelas mulheres brasileiras, particularmente o anticoncepcional oral combinado (AOC) (BRITO, NOBRE, VIEIRA, 2011). Porém, como visto anteriormente, tem suas falhas. Para que a utilização desse método seja eficaz, é importante que as usuárias sejam informadas acerca do uso correto e das lacunas presentes no método. Pesquisa realizada com 294 usuárias de AOC em município de residência das autoras revelou lacunas no conhecimento sobre o método, sendo essas influenciadas por variáveis socioeconômicas e pelo tempo de uso (AMÉRICO *et al.* 2013).

A atividade sexual é vivida, muitas vezes, por meio de práticas sexuais desprotegidas, particularmente na adolescência. A escassez de conhecimento e de comunicação com pais, professores e profissionais de saúde, seja por medo ou tabu, responde por parte das

gravidezes não planejadas e das DSTs contraídas. Desta forma, a educação sexual também é um dos antecedentes importantes na anticoncepção, tendo o enfermeiro importante papel nessa área do cuidado.

Como consequentes da anticoncepção, tem-se o impacto na vida individual, como o planejamento da prole, tendo homens e/ou mulheres o número de filhos que desejam e no tempo que lhes foi mais apropriado, e o impacto no âmbito da coletividade, a destacar a queda na taxa de fecundidade no país.: A diminuição da taxa de fecundidade, por exemplo, como se verifica no Brasil nos últimos 30 anos, é consequente do melhor acesso da população aos MACs uma vez que estes passaram a ter uma provisão mais regular e abrangente pelos serviços públicos de saúde (TELES, SILVA, EDUARDO, MOURA, DAMASCENO, 2010).

A gravidez na adolescência, por sua vez, pode ser prevenida por práticas seguras de anticoncepção conferindo a adolescente maiores possibilidades para continuar seus estudos e elaborar planos de desenvolvimento e crescimento profissional, uma vez que estes podem ser minimizados pela gravidez precoce, principalmente quando ocorre em meio a condições financeiras desfavoráveis (baixa renda familiar) (MENDES; MOREIRA; MARTINS; SOUZA; MATOS, 2011).

Determinação de referenciais empíricos

Como citado anteriormente, os referenciais empíricos são características cuja presença revela a ocorrência do próprio conceito. No caso do conceito aqui estudado, os referenciais empíricos são os mesmos atributos definidores, pois a ocorrência destes pressupõe a própria anticoncepção.

Conclusão

A análise do conceito anticoncepção permite a exploração de seus atributos definidores, antecedentes e consequências. Trata-se de um conceito que abrange uma gama de fatores e características. Com relação aos atributos encontrados, sua identificação permite maior compreensão do que é a anticoncepção; quanto aos seus antecedentes, foi importante defini-los para limitar que fatores são necessários para que a anticoncepção ocorra.

Acerca das consequências da anticoncepção, vemos que sua definição permite vislumbrar a importância do conceito, não só no contexto individual como no coletivo. O enfermeiro deve estar ciente de tais consequentes para realizar ações de educação em saúde acerca dos métodos de anticoncepção junto a população, não apenas citando-os, mas descrevendo seus benefícios, suas características, modo de uso e consequências de uma anticoncepção adequada, ou seja, prevenção de gravidez e a postergação da gestação na adolescência, bem como a prevenção de DSTs pela prática do sexo seguro.

Referências

ALVES, S.A.; LOPES, M.H.B.M. Locus de Controle e escolha do método anticoncepcional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v.60, n.3, p.273-278, 2007.

AMÉRICO C.F.; NOGUEIRA P.S.F.; VIEIRA R.P.R.; BEZERRA C.G.; MOURA E.R.F.; LOPES M.V.O. Conhecimento de usuárias de anticoncepcional oral combinado de baixa dose sobre o método. *Rev. Latino-Am. Enferm.*,v.21, n.4, 07 telas, 2013.

BAHAMONDES, L.; PINHO, F.; MELO, N.R.; OLIVEIRA, E.; BAHAMONDES, M.V. Fatores associados à descontinuação do uso de anticoncepcionais orais combinados. *RevBrasGinecol Obstet.*, v.33, n.4, p.303-309, 2011.

BASTOS, M.R.; BORGES, A.L.V.; HOGA, L.A.K.; FERNANDES, M.P.; CONTIN, M.V. Práticas contraceptivas entre jovens universitárias: O uso da anticoncepção de emergência. *Texto Contexto Enferm*, v.17, n.3, p.447-456, 2008.

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva. Brasília: Ministério da Saúde, versão preliminar, 2009.

BRITO, M.B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C.S. Contracepção hormonal e sistema cardiovascular. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia*, 2011.

COSTA, A.; ROSADO, L.; FLORÊNCIO, A.; XAVIER, E. História do planejamento familiar e sua relação com os métodos contraceptivos. *Revista Baiana de Saúde Pública* v.37, n.1, p.74-86, 2013.

COSTA, L.A.; GOLDENBERG, P. Papilomavírus humano (HPV) entre jovens: um sinal de alerta. *Saúde soc.*, v.22, n.1, p. 249-261, 2013.

CUNHA, G.H.; GALVÃO, M.T.G.; Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/AIDS. **Rev Rene**, v.12, n.4, p.699-708, 2011.

MANGUEIRA, S.O.; LOPES, M.V.O. Família disfuncional no contexto do alcoolismo: análise de conceito. *Rev. Bras.enferm.*, v. 67, n.1, p. 148-154, 2014.

MENDES, S.S.; MOREIRA, R.M.F.; MARTINS, C.B.G.; SOUZA, S.P.S.; MATOS, K.F. Saberes e atitudes dos adolescentes frente à contracepção. *Rev paul pediatri*; v.29, n.3, p.385-391, 2011.

MORÁN, J.M.F. La anticoncepción de emergencia en Chile: estructuración de su demanda en función de variables socioeconómicas. *Revista Brasileira de Estudos de Popul.*, v.30 n.1, p.125-144, 2013.

MOURA, E.R.F.; SILVA, R.M. Competência profissional e assistência em anticoncepção. *Rev. Saúde Púb.*,v.39, n.5, p. 795-801.

RITO, R.V.V.F.; CASTRO, I.R.R.; TRAJANO, A.J.B.; GOMES, M.A.S.M.; BERNAL, R.T.I. . Breastfeeding-Friendly Primary Care Initiative: degree of implementation in a Brazilian metropolis. *Rev. Nutri.*, v.26, n.4, p.385-395, 2014.

SAMPAIO, J.; SANTOS, R.C.; CALLOU, J.L.L; SOUZA, B.B.C. Ele não quer com camisinha e eu quero me prevenir: exposição de adolescentes do sexo feminino às DST/aids no semi-árido nordestino. *Saúde soc.*, v.20, n.1, p: 171-181, 2011.

TELES, L.M.R.; SILVA, S.S.; EDUARDO, K.G.T.; MOURA, E.R.F.; DAMASCENO,A.K.C. Atenção em anticoncepção oferecida por

equipe de PSF em São Gonçalo do Amarante – CE. Rev. Eletr. Enf., v. 12, n.4, p. 711-718, 2010.

VIEIRA, E.M.; SOUZA, L. Acesso à esterilização cirúrgica pelo Sistema Único de Saúde, Ribeirão Preto, SP. Rev. Saúde Públ., v.43, n.3, p. 398-404, 2009.

VIEIRA, C.S.; BRITO, M.B.; YAZLLE, M.E.H.D. Contracepção no puerpério. Rev Bras Ginecol Obstet., v.30, n.9, p. 470-479, 2008.

WALKER, L.O.; AVANT, K.C. Strategies for theory construction in nursing. 4. Ed. United States of America: Pearson Prentice Hall, 2005. 227 p.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, às professoras e às colegas que colaboraram de forma brilhante na realização deste trabalho.

ATENÇÃO DOMICILIAR COMO ESTRATÉGIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Thaise Tavares Gomes de Oliveira - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) / thaisetavares@hotmail.com
Daysiane Monnalise Diniz Soares Silva – UFCG
Laura Raquel Araújo de Moraes – UFCG
Moabia Suerle Silva Figueiredo – UFCG
Samara Silva Gomes - UFCG
Kleane Maria da Fonseca Azevedo Araújo (*orientadora*) - UFCG

Palavras-chave: Visita domiciliar. Enfermagem. Assistência.

Resumo

A atenção domiciliar é definida como um termo que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, abrangendo todas as modalidades de atendimento prestadas no domicílio, incluindo a assistência e a visita domiciliar. O objetivo desse estudo é realizar uma revisão de literatura sobre a dinâmica da atenção domiciliar entre as equipes de saúde da família. Estudo exploratório, revisão de literatura, realizado no período de 02 a 30 de agosto de 2014 na Biblioteca Virtual em saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para pesquisa empregou-se os descritores: visita domiciliar, enfermagem e assistência. O universo encontrado foi de 39 artigos, a amostra foi composta por 8 artigos nacionais que apresentaram a temática pesquisada. Os estudos analisados apontaram que embora toda equipe de saúde precise estar comprometida com a atenção domiciliar, o agente comunitário de saúde é o profissional que realiza as visitas com maior frequência. Nos artigos estudados aponta-se a atenção domiciliar como um meio importante de aproximação entre a estratégia de Saúde da Família e as famílias, importância para favorecer o acesso aos serviços, construção e formação de vínculos entre os usuários e a equipe. Conclui-se que a literatura sobre a dinâmica da atenção domiciliar entre as equipes de saúde da família ainda é escassa e limitada. No entanto a atenção domiciliar se apresenta nos artigos estudados como uma estratégia de promoção à saúde, desenvolvida com dificuldades e potencialidades no processo de trabalho dos profissionais da Estratégia de Saúde da Família.

Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada oficialmente pelo Ministério da Saúde no Brasil a partir de 1994, surgiu com o objetivo de reorganizar a prática assistencial de saúde até então centrada na doença e com ênfase nas ações curativas individuais. A reorganização das práticas de saúde estava centrada na promoção da saúde e prevenção de doenças, através da aproximação dos profissionais de saúde com a comunidade. Uma das estratégias dessa aproximação assistencial é a atenção domiciliar (AD).

A AD consiste em um dispositivo organizacional e assistencial propício à efetivação de novos modos de produção de cuidado e de intervenção em diferentes pontos da Rede Atenção à Saúde (RAS), pressupondo um cuidado centrado no usuário e em suas necessidades. De acordo com a atual política de saúde brasileira, a AD integra ações destinadas ao indivíduo no seu domicílio, objetivando a humanização do cuidado, a desospitalização, a minimização dos riscos de infecção hospitalar mediante a redução do tempo de internação, quando necessário (BRITO et al, 2013)

Nessa modalidade, as intervenções são realizadas no domicílio do paciente por uma equipe multiprofissional, sendo essencial o conhecimento da realidade em que o paciente está inserido e tendo como meta a promoção, manutenção e restauração da saúde. Destaque deve ser dado, à necessidade de responsabilização mútua entre paciente e equipe de saúde, ressaltando o protagonismo do paciente no seu processo saúde doença. Nessa perspectiva, a atenção domiciliar permite ao paciente e sua família participação ativa no processo de planejamento, organização, implantação e controle dos cuidados necessários. (LACERDA, 2006 et al. apud BRITO et al, 2013)

A prática de prestar assistência nos domicílios, nos lares, nos locais de vivência e trabalho das pessoas, favorece uma aproximação da realidade que é complexa e dinâmica, possibilitando, portanto, uma reflexão e revisão da própria atitude dos profissionais na busca de transformações do cuidado. (PEREIRA, 2001 apud SAKATA et al, 2007).

Partindo-se dessas informações, o presente estudo objetiva realizar uma revisão de literatura sobre a dinâmica da atenção domiciliar entre as equipes de saúde da família.

Metodologia

Este trabalho trata-se de um estudo de revisão de literatura, caracterizado como pesquisa exploratória. Segundo Gil (2002), as pesquisas exploratórias proporcionam maior familiaridade com o problema, aprimorando as ideias e descobrindo novos intuitos considerando os mais variados aspectos relativos ao fato estudado. Os passos para o desenvolvimento desta forma de estudo foram: busca do material no catálogo da biblioteca; seleção dos textos de acordo com os objetivos; leitura do texto; anotações somente depois de ter lido o texto criticamente; transcrição dos dados exatos e úteis em relação ao tema levantado; registro de qualquer ideia crítica para posterior verificação e reflexão e correta citação das fontes no relatório de pesquisa, evitando o problema de uso indevido do material, o que caracteriza a violação das normas nacionais e internacionais de direitos autorais.

Os dados foram coletados entre os dias 02 e 30 de agosto de 2014, utilizando-se o banco de dados da Biblioteca virtual em saúde (BVS) e Scientific Electronic Library Online (SciELO) e os seguintes descritores controlados: visita domiciliar, enfermagem e assistência. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, gratuitos, entre 2007 e 2013, na área de enfermagem, em português, realizados no Brasil e que estivessem em consonância com a temática abordada. Excluiu-se editoriais, cartão ao editor, artigos repetidos em mais de uma base de dados e que não atenderam aos critérios de inclusão. A busca totalizou 39 publicações e após o refinamento de critérios de inclusão e exclusão, a amostra resultou em 8 artigos. A partir dos artigos selecionados, realizou-se leitura inicial e uma análise crítica dos mesmos.

Resultados e Discussão

Dos 8 artigos analisados observou-se que foram publicados 2 (2010 e 2013), 1 (2007, 2008, 2009 e 2012), e constatou-se ausência de publicação em 2011. As regiões do Brasil que apresentaram maior número de publicação sobre a AD como estratégia de promoção à saúde foram: região sudeste (5 artigos), região sul (2 artigos), região Centro-oeste (1 artigo), dessa maneira, observou-se uma maior publicação com a temática abordada na região sudeste e ausência de publicação nas regiões Norte e Nordeste.

Os periódicos que apresentaram publicações no tema foram: A Rev. Brasileira de enfermagem, Rev. Saúde e sociedade e a Rev. Texto e Contexto cada uma com 2 artigos respectivamente, os demais artigos estão disponíveis na Rev. Gaúcha de enfermagem, Rev. Escola Ana Nery, Rev., Rev. Cogitare Enfermagem e Rev. Brasileira de Enfermagem.

A visita domiciliária como estratégia de promoção a saúde: conhecendo a dinâmica profissional

Estudiosos são unânimes em afirmar que a VD é realizada com a finalidade de avaliar tanto as demandas exigidas pelo usuário e seus familiares quanto o ambiente e o contexto onde vivem, visando estabelecer um plano assistencial e/ou subsidiar intervenção no processo saúde-doença de indivíduos e famílias.

Dentre os artigos analisados observou-se que os profissionais citados que realizam a visita domiciliar são: a enfermeira, técnica e auxiliar de enfermagem, ACS, médico, odontólogo e auxiliar de consultório odontológico.

Encontrou-se em alguns artigos, relatos de enfermeiras que afirmam realizar o planejamento de visitas domiciliares conforme demanda, estimando o número de visitas ou encontros para prestação da assistência domiciliar necessários para o tratamento e orientações ao usuário, de forma a estabelecer uma relação de ajuda à família. Foi identificado que estas, após a atividade, atentaram-se também para outros aspectos da VD como a identificação do contexto da organização da família para o cuidado, tentando investigar toda conjuntura presente no caso.

Na avaliação das demandas de VD, as enfermeiras procuram acolher as necessidades dos usuários da ESF, identificando como os principais alvos de atendimento os indivíduos com doenças crônicas, acamados, com dificuldade de locomoção e idosos. Ao realizar a VD, o foco do cuidado é o acompanhamento clínico e as atividades de educação junto aos cuidadores. (KAWATA et al. 2013).

Entretanto, na maioria dos estudos, as enfermeiras referiram dificuldades para a realização da VD, pois embora a maioria tenha relatado fazê-la, as mesmas ressaltaram que gostariam de ter mais tempo para se dedicar a esta atividade, justificando essa impossibilidade em função da carga de atividades administrativas relacionadas ao gerenciamento das unidades de saúde que estão sob sua responsabilidade.

Segundo Sakata et. al (2007), o ACS é identificado como o profissional que realiza as visitas domiciliares com maior frequência, ou seja, diariamente, atuando tanto no intermédio das informações sobre as demandas de VD quanto na sua operacionalização, porém, até estes, relatam nem sempre ser possível visitar todas as famílias cadastradas em um mês. Isso acontece, porque o ACS está também inserido em outras atividades além das visitas e porque o tempo dedicado às visitas é reduzido.

Observa-se a influência da organização do processo de trabalho na atenção primária, com a priorização de atividades burocráticas relacionadas a questões estruturais em detrimento de ações voltadas para a integralidade do cuidado. Pode-se inferir que as questões técnicas sobrepõem às subjetivas, relacionais, que permeiam o fazer cotidiano em saúde, desta forma, evidencia-se um distanciamento entre a teoria e prática, uma vez que é estabelecido pela legislação vigente que a VD é uma estratégia para o alcance da integralidade, embora predominem, no exercício cotidiano dos profissionais, atitudes fragmentadas e isoladas, mesmo que esteja estabelecida como norma a realização de visitas programadas, como é o caso da ESF. (BRITO et al, 2013)

Estudos realizados na rede de atenção básica do município de Ribeirão Preto – SP também identificaram situações em que a VD foi disparada pela finalidade da realização de procedimento, sendo o cuidado desenvolvido com foco no biológico.

A concepção das enfermeiras do estudo apresenta-se reduzida em relação ao significado da AD, que envolve todas as ações que são implicadas pela assistência à saúde no domicílio e que ao serem desenvolvidas, demandam outros tipos de saberes e fazeres dos profissionais da saúde de modo a atenderem as necessidades dos usuários (SANTOS; MORAIS, 2011 apud LIONELLO et. al, 2012). Dessa forma, essa concepção reduzida acaba implicando na prática do enfermeiro somente contemplando a essa dimensão biológica, não atendendo aos pressupostos de atenção à saúde preconizada pelo modelo da ESF.

Participar das atividades de assistência básica sob a supervisão da enfermeira no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários é também atribuição do técnico de enfermagem na ESF. As enfermeiras exercem uma atividade de supervisão e liderança em relação ao trabalho dos agentes comunitários e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2011 apud LIONELLO et. al, 2012)

A articulação com o trabalho do médico com o fazer das enfermeiras se relacionou ao atendimento dos pacientes, como os crônicos, idosos em situações precárias de vida.

Há ainda aspectos como deficiências concernentes à disponibilidade de transporte, equipamentos e profissionais na APS indicando entraves relacionados à articulação da atenção domiciliar com a rede municipal de saúde e tendo relação com a continuidade do cuidado nas unidades. Ressalta-se, pois, a existência de fragilidades na concretização da integralidade que geram lacunas no cenário de atuação da atenção primária que impactam diretamente os serviços de outros pontos de atenção à saúde. (BRITO, et al, 2013).

A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções do usuário

É de suma importante conhecer como a clientela tem percebido essa atividade, considerando o respeito ao princípio da participação popular sobre as questões envolvidas no processo saúde-doença, visando à consolidação e ao fortalecimento do SUS. (LIMA; SILVA; BOUSSO, 2010)

Após leitura dos artigos foi possível perceber que o usuário reconhece a VD como um meio facilitador do acesso ao serviço local de saúde (visto que é realizado no próprio domicílio) á cuidados individualizados e á uma dada tecnologia assistencial valorizada (prescrição medicamentosa).

Entende-se que a VD evita o deslocamento das pessoas até a UBSF para serem atendidas em situações em que se encontram impossibilitadas de se deslocar, por exemplo, por desconforto, doença ou falta de tempo. (CRUZ; BOURGET, 2010)

O conjunto dos estudos revela que entre os aspectos valorizados na visita encontram-se a atenção, a conversa e o comprometimento profissional. Com esse perfil, visualiza-se que a visita gera a produção de autoestima, de esperança e bem-estar.

A canalização, ou não, de demandas através das visitas, inclusive, apoia-se no reconhecimento de condições de acolhimento do vivido e do apoio buscado. O respeito à vida privada e o comportamento ético são apresentados como essenciais à abertura do domicílio às ações profissionais. (MANDÚ et al, 2008)

A crítica aos limites da visita articula-se, sobretudo, à falta de respostas a demandas por assistência clínica, em meio ao reconhecimento social dado a esta na resolução de questões de saúde-doença.

Nos depoimentos presentes nos artigos, à facilidade em realizar a visita domiciliar é expressa pela possibilidade de planejá-la previamente e pelo seu potencial de criação de vínculo, construído pela convivência e contato constante, permitido mais pelo tempo emocional do que pelo tempo cronológico.

O tempo emocional é o espaço de cuidado, que torna possível a visita como objeto de aproximação entre equipe e família, mediante a escuta na ocasião do acolhimento proporcionado criação do vínculo, a partir da singularidade de cada família (DRULLA, 2009)

De uma maneira geral, nos artigos analisados, os usuários demonstraram bons sentimentos e percepções em relação à visita. Apesar

de estes sentirem-se satisfeitos e gratos diante da visita, o fato de perceberem a frequência mensal como insuficiente, mesmo que atenda à recomendação oficial, e de alegarem desconhecer o conteúdo das anotações realizadas pelo agente no momento da visita sinalizam a necessidade de o enfermeiro investir de maneira mais intensa em atividades educativas junto a esses profissionais, priorizando questões que envolvem os processos de comunicação. Com essa medida será possível aperfeiçoar, qualitativamente, a realização desta atividade.

Conclusão

Conclui-se que a literatura sobre a dinâmica da atenção domiciliar entre as equipes de saúde da família ainda é escassa e limitada. Na literatura explorada ficou evidente que AD é a estratégia de intervenção em saúde que possibilita práticas mais próximas do conceito de integralidade. Quando realizada na ESF, a AD transpõe as práticas institucionalizadas, objetivando construir novas práticas com base na inserção dos profissionais de saúde no contexto de vida dos usuários, além de propiciar a construção de vínculo e favorecer a assistência integral, abordando questões que vão além da doença física e que contemplem também os problemas sociais e emocionais, proporcionando orientações mais voltadas para as reais necessidades de saúde do usuário, e buscando singularidades na forma de cuidar.

Apesar dessa amplitude de possibilidades propiciadas pela AD, as práticas ainda encontram-se centradas no atendimento de queixas básicas dos usuários e há falta de capacitação dos profissionais de saúde para a utilização desse espaço de atenção. Há dificuldades por parte dos profissionais, devido à estrutura ofertada para sua atuação, bem como o tempo para a realização das visitas é sempre identificado como insatisfatório e pouco utilizado para essa finalidade, uma vez que é dedicado também para o cumprimento de outras tarefas.

Dessa maneira, é extremamente relevante debater em que medida a VD tem contribuído para a reorientação dos processos de trabalho das UBSF e de revê-la em suas finalidades, seus objetos, conteúdos, modos e meios de execução e em sua articulação com outros espaços. A adoção de uma política clara para essa prática e de mecanismos para o seu monitoramento e avaliação alia-se à importância de melhor articulá-la ao trabalho local, dos demais níveis do sistema, e de outros setores e instituições e práticas sociais. Os profissionais de saúde são sujeitos importantes nesse processo de mudança do sistema quando se tornam atores sociais com vontade de transformações e responsabilizados com a vida do outro, sendo capazes de provocar grandes mudanças nos espaços de atuação.

Contudo, os desempenhos traduzidos no conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes mobilizados para o desenvolvimento das ações já apontam também iniciativas de ampliação da clínica para além do recorte individual biológico, com a enfermeira voltando o olhar para a família e o contexto onde se inclui o usuário. Entendeu-se que, esse modo de atendimento constitui um espaço construtor de acesso, não apenas à assistência, mas também às políticas públicas, por meio da relação que estabelece entre os diferentes sujeitos envolvidos nesse processo.

Referências

- BRITO, Maria José Menezes et al . Atenção domiciliar na estruturação da rede de atenção à saúde: trilhando os caminhos da integralidade. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 17, n. 4, Dec. 2013 .
- CRUZ, Marlene Mirian; BOURGET, Monique Marie Marthe. A visita domiciliária na Estratégia de Saúde da Família: conhecendo as percepções das famílias. Saude soc., São Paulo , v. 19, n. 3, Sept. 2010
- DRULLA, Arlete da Guia et al . A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Cogitare enferm., Curitiba , v. 14, n. 4, dic. 2009 .
- GIL, Antonio Carlos. Como Elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.
- KAWATA, Lauren Suemi et al . Os desempenhos da enfermeira na saúde da família: construindo competência para o cuidado. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 22, n. 4, Dec. 2013 .
- LIMA, Ariane Netto de; SILVA, Lucía; BOUSSO, Regina Szyllit. A visita domiciliária realizada pelo agente comunitário de saúde sob a ótica de adultos e idosos. Saude soc., São Paulo , v. 19, n. 4, Dec. 2010 .
- LIONELLO, Cristiane Dantas Laitano et al . O fazer das enfermeiras da estratégia de saúde da família na atenção domiciliária. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 33, n. 4, Dec. 2012 .
- MANDU, Edir Nei Teixeira et al . Visita domiciliária sob o olhar de usuários do programa saúde da família. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 17, n. 1, Mar. 2008 .
- SAKATA, Karen Namie et al . Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 60, n. 6, Dec. 2007.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, pelo dom da vida, da saúde, do amor e da sabedoria. Á querida professora Kleane pela sua amizade, paciência, compreensão e imprescindível orientação acadêmica. Às colegas de curso e coautoras deste artigo, e todas as pessoas que, direta ou indiretamente contribuíram com carinho e atenção durante a construção desse trabalho.

ATENÇÃO HUMANIZADA FRENTE À VIOLÊNCIA DOMÉSTICA INFANTIL: UMA PERSPECTIVA DE MUDANÇA

Ludmila Barbosa de Lima – Universidade de Fortaleza – UNIFOR / ludmilablima@yahoo.com.br

Aline Ribeiro de Lima – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Ana Elza Oliveira de Mendonça – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN

Poliana Hilário Magalhães – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Mirna Albuquerque Frota – Universidade de Fortaleza – UNIFOR

Palavras-chave: Humanização da Assistência. Criança. Violência Doméstica.

Resumo

Atenção humanizada é um fator hegemônico na promoção da saúde, no que concerne à assistência com qualidade e um olhar amplo, tendo como perspectiva, ver o indivíduo como um ser integrado à sua história, cultura, meio e fatores associados. Logo, faz-se necessário mudar atitudes e comportamentos, bem como articular o conhecimento científico com aspectos afetivos. Esta pode ser aplicada nas mais diversas áreas que envolvam o cuidado ao paciente, dentre elas, a violência doméstica infantil, fenômeno que cresce diariamente como grave episódio no aspecto social bem como de saúde pública, e tem sido responsável por um crescente aumento no número de atendimento nos serviços públicos de saúde. Sendo fundamental discuti-la na sociedade, por ser um fenômeno que atinge muitas crianças e adolescentes. Objetivo: discutir acerca da perspectiva de mudança na atenção humanizada frente a violência doméstica infantil. Metodologia: estudo descritivo, do tipo revisão integrativa, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em agosto de 2014, embasado por onze artigos da Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) com os descritores: “Humanização da Assistência”, “Criança”, “Violência Doméstica”. Incluídos artigos em português, texto completo, entre os anos de 2009 a 2014. Conclusão: para aprimorar a postura dos profissionais de saúde de forma a prestar uma assistência holística às crianças vítimas de violência doméstica, torna-se elementar buscar compreender a história de vida da família afim de considerar todos os fatores atrelados à problemática, para assim se posicionar frente às soluções cabíveis.

Introdução

A atenção humanizada é um fator hegemônico na promoção da saúde, no que concerne à assistência com qualidade e um olhar amplo, tendo como perspectiva, ver o indivíduo como um ser integrado à sua história, cultura, meio e fatores associados, podendo estes contribuir no tratamento adequado e evolução do quadro o qual se encontra.

Dessa forma, Helmo (2010) se volta para a humanização das relações humanas como ferramenta essencial para que o cuidado em saúde seja integralizado. Segundo a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar significa promover assistência de qualidade, considerando as necessidades do cliente aliadas ao suporte tecnológico, ao acesso a ambientes de cuidado agradáveis e à valorização do trabalho da equipe multiprofissional. Nessa perspectiva, para um tratamento humanizado faz-se necessário mudar atitudes e comportamentos, bem como articular o conhecimento científico com aspectos afetivos. Trata-se assim, de modificar a maneira de fazer, de trabalhar e de produzir saúde.

A humanização da assistência pode ser aplicada nas mais diversas áreas que envolvam o cuidado ao paciente, dentre elas, a violência doméstica infantil, fenômeno que cresce diariamente no nosso cotidiano. A violência na infância é um episódio grave no aspecto social bem como de saúde pública, e tem sido responsável por um crescente aumento no número de atendimento nos serviços públicos de saúde nessa faixa etária. Pode ser observada de vários modos, tais como a violência física, a violência sexual, a negligência e a violência psicológica. É identificada como ato capaz de prejudicar fatores físicos, psicológicos e, ainda, o bem-estar dos componentes da família, podendo ser ocasionada no ambiente familiar ou fora de casa, por parentes sanguíneos ou não. A criança, ao passar por esse tipo de violência durante toda a infância, considera tal situação violenta como fato normal, naturalizando-os (BEZERRA; MONTEIRO, 2012).

De maneira extremista se dá o ato violento contra menores. Aspectos como a pobreza, desigualdade social, aceitação cultural da violência, ausência de suporte social e jurídico, desemprego e baixa escolaridade dos pais estão relacionados a desencadeamento da violência (MAGALHÃES, 2009; RICAS, 2010).

Os profissionais de saúde, devido à posição que ocupam na prestação de serviços à população infanto-juvenil, são peças-chave na identificação de sujeitos e grupos populacionais mais vulneráveis à violência, e também para o desenvolvimento de ações que promovam intervenções mais adequadas. Além disso, poderiam desenvolver estratégias preventivas junto aos grupos de risco. A real prevalência de violência em crianças e adolescentes é desconhecida, pois muitos só o revelam na idade adulta. Estudos mostram que, no mundo todo, a prevalência de maus-tratos na infância e adolescência é muito alta, apesar da dificuldade de avaliação desses dados. Em nosso país, encontrou-se aproximadamente 15% de casos de abuso e negligência em crianças (ZAMBON, 2012).

Devido à constância dos casos a grupos vulneráveis, direcionamos o foco desta pesquisa à violência doméstica infantil, um tema considerado fundamental na sociedade em que vivemos, por ser um fenômeno que atinge muitas crianças e adolescentes, não raras vezes, com desfechos fatais. Dessa forma, é fundamental renovar o cuidado em saúde de forma a acrescentar sensibilidade, afetividade, escuta e diálogo ao trabalho técnico-científico, pois o usuário deve ser observado de forma holística e integralizada e não somente sob o aspecto físico (HELMO, 2010).

Nesta ótica, o objetivo do trabalho consiste em discutir acerca da perspectiva de mudança na atenção humanizada frente a violência doméstica infantil, uma vez que visa contribuir para um maior aprofundamento da discussão e afim de considerar a valorização das expectativas de mudança por meio do estabelecimento de vínculos solidários e de participação multiprofissional no processo do cuidado, tendo como foco as necessidades dos clientes e a produção de saúde.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo revisão integrativa, realizado na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) durante o mês de agosto de 2014. Para conduzir a investigação do estudo, foram selecionados onze artigos nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) utilizando para a busca os seguintes descritores: “Humanização da Assistência”, “Criança”, “Violência Doméstica”. Os critérios de inclusão para seleção de artigos incluíram: estarem escritos na língua portuguesa, disponíveis em texto completo, publicados entre os anos de 2009 a 2014. Foram excluídos os demais estudos que não correspondem aos critérios de inclusão.

Resultados e Discussão

A violência contra a criança é um problema encontrado de forma crescente na sociedade, manifestado em locais e maneiras diversas, podendo ser observados nas escolas, em creches, nas ruas e principalmente nas famílias.

De acordo com Jeronymo (2009), suas consequências podem ser vistas em diferentes fases da vida. Estudos indicam que crianças que são expostas à violência doméstica são mais agressivas e apresentam maior risco para problemas de saúde, assim como, mais problemas comportamentais e emocionais ainda na infância. Como efeito a longo prazo de exposição à violência parental associada ao abuso físico, estudos revelam o aumento na probabilidade da permanência da violência na fase adulta, seja nos relacionamentos íntimos ou contra os próprios filhos.

Apesar do abuso físico causar grandes danos às crianças, a agressão psicológica apresenta maior impacto que a violência física isolada. As vítimas de maus tratos na infância podem desenvolver mais prejuízos que aquelas que sofreram em outros momentos da vida, apresentando como resposta o transtorno do desenvolvimento psicológico infantil. Com isso, há a necessidade do profissional de saúde estar atento a esses fatores, uma vez que violência psicológica tem se mostrado cada vez mais frequente (XIMENES, 2011; GARBIN, 2011).

Frota (2012) afirma ainda que frente aos agravos e graves repercussões à saúde individual e coletiva, a falta de civilidade e os atos agressivos e violentos reafirmaram-se como problemas sociais e demandam contínuas investigações no sentido de compreender a sua origem e identificar possibilidades de prevenção.

Além dos tipos de violências discutidos anteriormente, temos ainda a violência sexual infantil. Segundo Woiski (2010) dentre os vários níveis em que ela pode estar inserida, acontece, principalmente, no próprio âmbito doméstico e é praticada por sujeito em condições superiores de idade, posição social ou econômica e inteligência, por meio do abuso de poder sobre a criança indefesa. Com isso, comete um dano físico e/ou psicológico, contrariamente à vontade da criança ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa. Sabe-se ainda que vários casos de violência sexual infantil não são denunciados e muitas crianças sofrem caladas diante deste acontecimento tão nocivo e crescem em um ambiente que as reprime. Devido a isso os casos precisam ser notificados por profissionais de saúde amplamente preparados tanto no âmbito técnico científico, como emocionalmente, para cuidar desta criança e da família/responsável que a acompanha.

Para isto, os profissionais devem estabelecer primeiro um clima de afinidade, harmonia e confiança com a criança, evitando qualquer insinuação de julgamento, sejam no tom de voz ou na expressão facial. Porém, é importante também que os profissionais avaliem, antes de tudo, a sua própria postura e disponibilidade emocional para atender e discutir assuntos relacionados à violência sexual infantil (WOISKI, 2010). Sauret (2011) argumenta que muitos dos profissionais que trabalham com casos de violência intrafamiliar desenvolvem resistências, preconceitos e *tabus*, pois têm grande dificuldade de compreensão de como ocorre a dinâmica desse tipo de violência, o que contribuiria para que a intervenção não fosse bem sucedida.

Dessa forma, observamos que a realização de estudos por profissionais de saúde que envolva o cuidado à criança vítima de violência doméstica é de grande relevância, pois possibilita, além de compreender a experiência do processo do cuidado à criança diante de um fenômeno tão marcante como este, reflete sobre o cuidado que é realizado de forma a buscar seu aprimoramento.

Conclusão

A violência doméstica infantil pode ser resultante de diversos fatores e mostra-se de várias formas, podendo trazer à tona danos irreversíveis às suas vítimas. Independente do tipo de violência sofrida, qualquer alteração danosa a sua estrutura psíquica pode acarretar em prejuízos à vida presente e futura do indivíduo.

Para aprimorar a postura dos profissionais de saúde de forma a prestar uma assistência holística às crianças vítimas de violência doméstica, torna-se elementar buscar compreender a história de vida da família afim de considerar todos os fatores atrelados à problemática, para assim se posicionar frente às soluções cabíveis.

Considera-se elementar o acréscimo e a intensificação de esforços dos profissionais de saúde que lidam com o público alvo no que se volta

Referência

- BEZERRA, Kelianny Pinheiro; MONTEIRO, Akemi Iwata. Violência intrafamiliar contra a criança: Intervenção de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. Rev. Rene., Fortaleza, v. 13, n. 2, p.64-354, fev., 2012.
- FROTA, Mirna Albuquerque; ET AL. Crianças no âmbito escolar: incivilidade, agressividade, e violência na percepção do professor. IN: NORONHA, C.V.; ALMEIDA, A.O.(org) Violências intencionais contra grupos vulneráveis crianças, adolescentes, adultos jovens, mulheres e idosos. Editora Edufba. Salvador, 2012, 233p.
- GARBIN, Cléa Adas Saliba. ET AL. Violência denunciada: ocorrências de maus tratos contra crianças e adolescentes registradas em uma unidade policial. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 64, n.4, p.665-70, jul./ago., 2011.
- HELMO, Fernanda Rodrigues, SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. Liga de humanização sarakura: contribuição para a formação dos profissionais da saúde. Cienc. Cuid. Saude., Maringá, v. 9, n. 1, p.149-154, Jan/Mar, 2010.
- JERONYMO, Daniela Viganó Zanoti; ET AL. Prevalência de abuso físico na infância e exposição à violência parental em uma amostra brasileira. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2467-2479, Nov., 2009.
- MAGALHÃES, Maria de Lourdes Caltabiano. ET AL. O profissional de saúde e a violência na infância e adolescência. Femina, Belo Horizonte, v. 37, n.10, outubro, 2009.
- RICAS, Janete; MIGUIR, Terezinha Vieccelli Donoso. Aspectos históricos da educação no Brasil versus violência física na infância: reflexões. Rev. Med. Minas Gerais, Belo Horizonte, v. 20, n. 2, p. 212-217, mai./jun., 2010.
- SALRET, Gerard Viader. ET AL. Representações de profissionais da saúde sobre famílias de crianças e adolescentes vítimas de violência. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, v. 11, n. 3, p.265-273, jul./set. 2011.
- WOISKI, Ruth Oliveira Santos; ROCHA, Daniele Laís Brandalize. Cuidado de enfermagem à criança vítima de violência sexual atendida em unidade de emergência hospitalar. Esc. Anna Nery Ver. Enferm., Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 143-50, jan./mar., 2010.
- XIMENES, L.F. Transtorno de estresse pós-traumático em crianças e adolescentes. O impacto da violência e de outros eventos adversos sobre escolares de um município do estado do Rio de Janeiro. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.
- ZAMBON, Mariana Porto et al. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, fev./abr., v.58, n.4, p. 465-471, 2012.

ATENDIMENTO DOMICILIÁRIO E PRESTAÇÃO DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL AO IDOSO NA ATENÇÃO BÁSICA

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

Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante. Enfermeira. Graduada pela Universidade Federal do Ceará – UFC. Membro do grupo de Pesquisa Práticas Cuidativas ao ser Idoso;

Cintia Lira Borges. Enfermeira Assistencial da Instituição Lar Torres de Melo. Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde pela Universidade Estadual do Ceará;

Edmara Oliveira Teixeira. Enfermeira. Mestranda do programa de Pós-graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC);

Lucélia Malaquias Cordeiro. Acadêmica do 9º semestre de Enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Bolsista FUNCAP;

Maria Josefina da Silva. Enfermeira. Doutora pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Saúde do Idoso. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

O estudo tem como objetivo caracterizar o cenário das visitas domiciliares e identificar as dificuldades na prestação da assistência integral ao idoso nas Unidades de Atenção Primária à Saúde. Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva com abordagem quantitativa realizada entre os meses de novembro de 2013 a março de 2014, em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. A população foi constituída por 122 enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família das Secretarias Regionais de Saúde (SER) I, III e V. O perfil da amostra se caracterizou por indivíduos do sexo feminino, com tempo de trabalho médio de 10 anos na atenção básica junto ao idoso. Os enfermeiros relataram a falta de incentivos dos gestores na saúde do idoso (40,6%). Segundo os dados relativos às atribuições dos enfermeiros da ESF na atenção a saúde do idoso, apenas 25,4% afirmou que sempre realizava visitas domiciliares ao idoso acamado, e 17,2% sempre realizava visitas ao idoso dependente. A prestação de assistência integral de acordo com as necessidades do idoso é realizada frequentemente pelos enfermeiros, 34,4%. O estudo proporciona subsídios para os gestores na elaboração de estratégias facilitadoras no atendimento ao idoso.

Introdução

O Brasil é um país que envelhece de forma acelerada, fato que pode ser observado na nova configuração da pirâmide etária, que revela acentuado estreitamento da base e o simultâneo alargamento do ápice da pirâmide. Dessa forma, tem-se que o crescimento total da população brasileira, nos últimos dez anos, se deu pelo crescimento da população adulta, com destaque para o aumento da participação da população idosa (IBGE, 2011).

No período de 2001 a 2011, o número de indivíduos com 60 ou mais anos de idade no Brasil passou de 15,5 milhões para 23,5 milhões (IBGE, 2012). O aumento expressivo da população idosa no país é uma resposta à alteração de alguns indicadores de saúde, a queda da fecundidade e da mortalidade, produzindo uma transformação no padrão etário (BRASIL, 2010).

Diante do aumento da expectativa de vida e o consequente aumento da população idosa, os profissionais da saúde, entre eles o enfermeiro, devem estar capacitados a atender de forma eficaz esse público que possui tantas particularidades, a fim de melhorar a assistência oferecida (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

A enfermagem dentro do contexto da Atenção Básica à Saúde deve compreender as necessidades do idoso, optando por uma postura sensível e interativa, de forma a conduzir ao bem-estar e à saúde do idoso (LIMA; TOCANTINS, 2009).

Contudo, observando a prática assistencial dos enfermeiros, pouco se percebe ações específicas dirigidas ao grupo do idoso e a sua família (GONÇALVES, 2010). Tal fato se deve pela falta de capacitação específica desses profissionais em gerontogeriatra. Enfatiza-se que para a consolidação das políticas públicas de saúde ao idoso, a capacitação é um requisito primordial (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Nos últimos anos, houve um aumento da discussão sobre o processo de envelhecimento, apesar disso, as mudanças ainda não parecem claras para a sociedade e suas instituições. O aporte teórico e legal das políticas direcionadas para pessoa idosa é muito vasto e possui diretrizes viáveis de aplicação, no entanto sua implementação ainda não se fez concreta (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Diante disso, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o cenário das visitas domiciliares e identificar as dificuldades na prestação da assistência integral ao idoso nas Unidades de Atenção Primária à Saúde.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa transversal, descritiva com abordagem quantitativa realizada entre os meses de novembro de 2013 a março de 2014, em Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) do município de Fortaleza. A população foi constituída por 122 enfermeiros que atuam nas equipes de saúde da família das Secretarias Regionais de Saúde (SER) I, III e V, as quais funcionam como mini-prefeituras, sendo responsáveis por serviços de infraestrutura, saneamento, saúde, assistência social, etc.

Os critérios de inclusão foram enfermeiros que possuíssem como clientela sistemática o idoso, seja nos serviços de saúde, junto às ações programáticas do Ministério da Saúde, nos domicílios dos idosos que apresentassem algum grau de dependência e/ou em grupos coordenados na unidade de saúde. Os critérios de exclusão: enfermeiros de licença, com atestado médico, ausentes no dia da coleta, que não aceitassem participar da pesquisa e que possuíssem no mínimo quatro meses de trabalho na Unidade Básica de Saúde.

Os dados foram coletados por meio de dois instrumentos autoaplicáveis, um contendo os dados sóciodemográficos e institucionais, e outro as atribuições gerais dos enfermeiros, segundo a proposta das políticas direcionadas à pessoa idosa e sintetizada por Silvestre e Costa Neto (2003), que defende que o cuidado ao idoso deve se basear, fundamentalmente, na família com o apoio das UAPS, as quais devem representar para o idoso e sua família o vínculo com o sistema de saúde.

Os dados sociodemográficos foram divididos em idade, sexo, estado civil, escolaridade, tempo de trabalho na ESF e tempo de trabalho com os idosos na atenção básica. Já os aspectos institucionais estavam relacionados ao desenvolvimento do trabalho em equipe e aos estímulos dados pela instituição para motivação dos profissionais na assistência a pessoa idosa. As respostas para esses questionamentos poderiam ser: sim, em parte e não.

O instrumento relacionado às atribuições foi composto por perguntas sobre a frequência em que as ações de saúde eram realizadas, como visitas domiciliares ao idoso acamado ou dependente, e a prestação da assistência integral, de acordo com a necessidade do idoso, entre outros. Os questionamentos tinham como resposta: não/nunca (0%), Sim/Ocasionalmente (25%), Sim/Frequentemente

(50%), Sim/na maior parte das vezes (75%), Sempre (100%).

Os dados coletados foram inseridos em planilha eletrônica para procedimentos de análise descritiva e inferencial, sendo utilizado o programa Excel 2007 e o *Statistical Package for Social Sciences* versão 18.0 (SPSS). Para descrever a amostra foram utilizadas tabelas contendo frequências absolutas e relativas, medias e desvios-padrão. Os dados foram analisados de acordo com a literatura pertinente. Quando necessário foram feitas correlações e análises de regressão a fim de determinar possíveis associações entre as variáveis. Para associação entre as variáveis foi utilizado o Teste do Qui Quadrado, teste não paramétrico, ao nível de significância 0,05.

No desenvolvimento deste estudo foram respeitados os aspectos éticos estabelecidos na resolução nº 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, mediante parecer 518.716.

Este estudo faz parte de uma pesquisa intitulada “Enfermeiros da estratégia de saúde da família e o idoso: desvelando o cuidado institucional.” Realizada com o apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Resultados e Discussão

O perfil dos enfermeiros da pesquisa se caracterizou por indivíduos do sexo feminino (91,8%), com média de idade de 39 anos ($\pm 6,7$), casados/união estável (70,5%), que possuem especialidade em Saúde da Família (65,6%), com tempo de trabalho médio de 12 anos na atenção básica e junto ao idoso uma média de 10 anos, além de um ano de trabalho com o idoso em outra área. Estes dados denotam a maior participação das mulheres na força de trabalho da enfermagem, e também a atuação da população mais jovem no contexto da ESF, local que tem absorvido grande parte dos recém-formados (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

De acordo com os dados institucionais, 40,2% dos enfermeiros afirmaram que o trabalho em equipe é desenvolvido apenas em parte, e 40,6% dos profissionais informaram que não recebiam estímulos para motivação do trabalho com o idoso. Os profissionais justificaram esses fatos devido à falta de capacitação na área da gerontogeriatria, à carência de recursos humanos, pois há desfalque dos profissionais nas equipes de saúde, à infraestrutura precária, à ausência de transportes nas unidades para a realização da visita domiciliar, à insegurança gerada pela violência urbana nas áreas adstritas e à visão institucional que os idosos só necessitam do tratamento medicamentoso. Estudos trazem a necessidade de investimentos na qualificação permanente dos profissionais, o fornecimento de recursos materiais para o exercício de suas competências técnicas no atendimento à pessoa idosa e o apoio às equipes na mobilidade para o cuidado domiciliar (BORGES; TELLES, 2010; POLARO; GONÇALVES; ALVAREZ, 2013).

Segundo os dados relativos às atribuições dos enfermeiros da ESF na atenção a saúde do idoso, apenas 25,4% afirmou que sempre realizava visitas domiciliares ao idoso acamado, e 17,2% sempre realizava visitas ao idoso dependente. Esses dados são preocupantes tendo em vista que poucos são os profissionais que realizam a assistência domiciliar ao idoso vulnerável ou frágil, os quais necessitam da prioridade de atendimento e maior assistência quanto aos problemas sociais e de saúde.

Destaca-se que houve correlação significativa entre o estímulo ofertado pela instituição para o trabalho com o idoso e a realização da visita domiciliar ao idoso acamado ($p=0,01$). Isso é perceptível quando 25,4% dos enfermeiros que sempre realizam as visitas, 19,6% recebem apoio da instituição para trabalhar com o idoso. Em contraste, não se estabeleceu relação estatística e significativa quando comparada a motivação e a visita ao domicílio do idoso dependente ($p=0,09$). Esse fato pode ser explicado pela demanda crescente de idosos acamados e pela priorização do cuidado destes em relação aos idosos dependentes. A inacessibilidade do idoso acamado a unidade de saúde é dificultada devido à dependência, as incapacidades, as barreiras socioeconômicas enfrentadas pela família e os problemas de infraestrutura do ambiente onde reside são fatores que sensibilizam os profissionais para a prioridade do atendimento. Porém, muitas vezes, as visitas domiciliares estão reduzidas, tanto pela falta de tempo quanto pela falta de recursos logísticos e barreiras sociais, como transporte e segurança durante as visitas.

A prestação de assistência integral de acordo com as necessidades do idoso sempre é realizada por apenas 11,4% dos enfermeiros. A assistência integral remete a quantidade e qualidade de visitas domiciliares; o preenchimento da Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa; a realização da consulta de enfermagem, incluindo avaliação multidimensional do idoso e instrumentos complementares; a solicitação de exames e prescrição de medicamentos, conforme protocolos ou outras normas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observando as disposições legais da profissão; a supervisão e coordenação do trabalho do agente comunitário de saúde (ACS) e da equipe de enfermagem; a realização de atividades de educação permanente e interdisciplinar junto aos demais profissionais da equipe; e a orientação do idoso, dos familiares e/ou cuidador sobre a correta utilização dos medicamentos e o cuidado a pessoa idosa (BRASIL, 2010). Destaca-se que houve correlação significativa entre o estímulo ofertado pela instituição e a prestação de assistência integral ao idoso ($p=0,01$). Tal fato é perceptível quando os 11,4% dos enfermeiros que sempre realizam atenção integral ao idoso sempre recebem estímulos da instituição. Portanto, pode-se afirmar que a falta de incentivos da instituição aos enfermeiros interfere diretamente na assistência integral ao idoso.

Conclusão

A partir da análise dos resultados foi possível identificar que a falta de estímulos ofertada pela instituição aos enfermeiros prejudica a assistencial integral ao idoso. Os profissionais justificaram esses fatos devido à infraestrutura precária, à ausência de transportes nas unidades para a realização da visita domiciliar, à insegurança gerada pela violência urbana nas áreas adstritas e à visão institucional que os idosos só necessitam do tratamento medicamentoso.

O ideal seria que as Unidades de Atenção Primária a Saúde trabalhassem com as políticas existentes relacionadas à saúde da pessoa idosa, que tem como foco central a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da capacidade funcional do idoso. Objetivando manter ao máximo o idoso ativo na comunidade e independente para as atividades de vida diária.

O conhecimento acerca desta problemática torna-se essencial na medida em que demonstrou às limitações existentes na atenção a saúde do idoso no contexto da Estratégia de Saúde da Família. O estudo proporciona subsídios para os gestores na elaboração de estratégias facilitadoras no atendimento ao idoso.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações programáticas e estratégica. Área técnica Saúde do Idoso. Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12. Brasília – DF, 2010. 46 p.
- BORGES, M. M. M. C.; TELLES, J. L. O cuidado do idoso no contexto familiar: percepção da equipe de saúde da família. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 349-360, Aug. 2010.
- GONÇALVES, L. H. T. A complexidade do cuidado na prática cotidiana da enfermagem Gerontogeriatrica. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 507-518, Aug 2010.

IBGE. Síntese dos indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012.

IBGE. Características da população e dos domicílios: Resultados do universo. Rio de Janeiro, 2011.

LIMA, C. A.; TOCANTINS, F. R. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n.3, p. 367-373, Jun. 2009.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersetorialidade. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n. 12, v. 2, p. 363-372, Jul. 2007.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 44, n. 3, p. 774-781, Sep. 2010.

POLARO, S. H. I.; GONÇALVES, L. H. T.; ALVAREZ, A. M. Construindo o fazer gerontológico pelas enfermeiras das Unidades de Estratégia Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 160-167, 2013.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. Cad. de Saúde Pub., Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, Jun. 2003.

ATENDIMENTO INTERDISCIPLINAR NO CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL INFANTO JUVENIL DE ICÓ-CE.

Autor 1- JOSUÉ BARROS JUNIOR- FACULDADE VALE DO SALGADO- jjunior_enf@hotmail.com
Autor 2 – RAFAELA ALVES DE SOUSA-FACULDADE VALE DO SALGADO
Autor 3 – KERMA MARCIA DE FREITAS-FACULDADE VALE DO SALGADO
Autor 4 – ILDERNANDES VIEIRA ALVES– FACULDADE VALE DO SALGADO
Autor 5 – MARIA ISABELY CAVALCANTE MARTINS-FACULDADE VALE DO SALGADO
Autor 6 – HERALDO SIMÕES FERREIRA- UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

Palavras-chave: Interdisciplinaridade. Profissional de saúde. Narrativas..

Resumo

Esse estudo abre perspectivas para novas investigações no campo da interdisciplinaridade nos serviços de saúde, particularmente no âmbito do CAPSi, na cidade de Icó-CE, onde se busca uma inserção de uma equipe com práticas interdisciplinares e ações voltadas para o ensino na saúde, direcionadas para novos olhares e novos desafios visualizando sanar os sintomas precursores de entraves voltados a ação coletiva e ao trabalho em equipe. O estudo teve como objetivo Analisar as narrativas dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Icó-CE no que se refere à interdisciplinaridade. Tratou-se de um estudo do tipo exploratório descritivo de caráter qualitativo realizado na cidade de Icó-Ce, As informações foram obtidas por meio da técnica de grupos focais e análise e interpretação do material coletado partiu da análise de conteúdo de acordo com Bardin. O universo do estudo compreendeu dentro da equipe interdisciplinar que fazem parte do atendimento: um médico clínico geral, um médico psiquiatra, um fonoaudiólogo, enfermeiro, um psicopedagogo, um fisioterapeuta, um psicólogo e uma terapeuta ocupacional, totalizando oito profissionais. Após realizar os procedimentos metodológicos chegamos às seguintes categorizações: O trabalho em equipe como desafio do processo interdisciplinar, A formação profissional, A interdisciplinaridade e a educação permanente. Percebemos que a aglutinação de saberes e fazeres, bem como a integração dos profissionais e clientela, tem contribuído para a construção do processo interdisciplinar, no qual as especificidades de cada profissão são respeitadas e as ações direcionadas para um trabalho em equipe.

Introdução

Na busca de direcionar uma nova modalidade de atendimento e promover um melhor direcionamento na estrutura de relacionamento entre cliente e profissional, procuramos sempre estabelecer parâmetros direcionados à melhor organização e planejamento dessas ações, buscando-se assim estabelecer uma reflexão sobre as práticas reais no atendimento interdisciplinar, estruturando, capacitando os profissionais e visualizando os verdadeiros problemas existentes nessa vertente (LINHARES, 2011).

Dessa forma, o desenvolvimento de ações em saúde, como práticas de ensino na saúde por parte desses profissionais corroboram com esses conceitos que vão exigir uma melhor percepção por parte dos profissionais tanto dos fatores envolvidos quanto dos sujeitos, pois não se trata apenas de um espaço sócio demográfico, mas também de caráter político, econômico e social além das suas tendências e valores (MEIRELLES, 2010).

Quando se fala em diversas profissões da saúde com bases disciplinares específicas, nota-se uma breve fragmentação do conhecimento devido às excessivas predominâncias das especializações e especificações de áreas surge assim à interdisciplinaridade para se buscar soluções compartilhadas para esses problemas, não só de ordem física, mas também institucional para que haja uma concretização da integralidade das ações de saúde além de propostas de implementações de ações voltadas ao ensino na saúde (SOLOMON, 2010).

Isso tem provocado a necessidade de uma revisão e reflexão das práticas de cada profissional inserido no sistema que tem uma denotação no cenário e no contexto das construções e inserções nas equipes de saúde, para melhor definir seus objetos de trabalho, além do seu nível de desempenho. Nesse sentido, o sistema de saúde tem avançado com novas políticas e programas que buscam cada vez mais a participação ativa de outras profissões, como enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicopedagogos e terapeutas ocupacionais (BRASIL, 2010).

Dessa forma, esse estudo abre perspectivas para novas investigações no campo da interdisciplinaridade nos serviços de saúde, particularmente no âmbito do CAPSi, na cidade de Icó-CE, onde se busca uma inserção de uma equipe com práticas interdisciplinares e ações voltadas para o ensino na saúde, direcionadas para novos olhares e novos desafios visualizando sanar os sintomas precursores de entraves voltados a ação coletiva, ao trabalho em equipe ao processo de atendimento interdisciplinar. As narrativas profissionais, per si, em torno desse processo, requerem esclarecimentos e de uma série de transformações por parte dos profissionais envolvidos.

O objeto de estudo dessa pesquisa são as narrativas dos profissionais do CAPSi de Icó-CE quanto a interdisciplinaridade, mostrando suas ações e pretensões. Pretende-se então promover através desse estudo, achados sobre o atendimento interdisciplinar no CAPSi de Icó-Ce, analisando as narrativas dos profissionais inseridos e demonstrando a sua relevância dentro do cenário de novas práticas no contexto do ensino na saúde, traçando paralelos científicos que venham engrandecer o cenário dessa pesquisa.

Metodologia

Esleu-se uma pesquisa qualitativa como instrumento detector de conceitos envolvidos na implementação discursiva em torno do atendimento interdisciplinar dos profissionais inseridos no CAPSi de Icó-ce, buscando inovações no contexto desse atendimento e observando os entraves que o dificulta (CAMPOS, 2011). O universo do estudo compreendeu dentro da equipe interdisciplinar que fazem parte do atendimento: (01) um médico clínico geral, (01) médico psiquiatra, (01) um fonoaudiólogo, (01) enfermeiro, (01) um psicopedagogo, (01) fisioterapeuta, (01) psicólogo e (01) uma terapeuta ocupacional, totalizando 08 (oito) profissionais. Estes são responsáveis pelo atendimento de 1723 usuários cadastrados na unidade, sendo que, expõe-se uma demanda espontânea de aproximadamente 56 usuários dia e referenciada de outros municípios de 15 usuários dia. Esse estudo foi realizado no CAPSi de Icó-Ce, denominado de Casa João e Maria, localizada à Rua Samuel Antero nº 1266, centro, Icó-CE, CEP:63430000. Distinguindo-se por sua complexidade e natureza pioneira no universo dos serviços em saúde mental infanto-juvenil. As informações foram obtidas por meio da técnica de grupos focais, caracterizada por sessões previamente planejadas entre profissionais que compartilham momentos específicos com esses usuários, Durante seu desenvolvimento, o moderador mapeou os temas de interesse de maneira a adequar-se à imprevisibilidade das respostas e cuidando para que a discussão não se desvie dos propósitos do trabalho. Tal dinâmica flexível não comprometeu o cumprimento dos objetivos e sim facilitou a construção de um diálogo verdadeiramente recíproco (WESTPHAL, 1996).

O processo de análise e interpretação do material coletado partiu da análise de conteúdo de acordo com Bardin (2001). Foi utilizado o modelo de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e o Termo de Consentimento Pós-Esclarecido seguindo as recomendações da CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, principalmente a Resolução 466/96.

Resultados e Discussão

Os depoimentos dos profissionais do CAPSi acerca das suas concepções sobre o atendimento interdisciplinar em seu trabalho nos permitiram construir três unidades temáticas. Desta maneira, após realizar os procedimentos metodológicos já explanados e discutidos anteriormente chegamos às seguintes categorizações: “O TRABALHO EM EQUIPE COMO DESAFIO DO PROCESSO INTERDISCIPLINAR”: [...] *anteriormente achávamos que trabalhar em equipe era só estarmos cada no seu lugar de trabalho sem compartilharmos os problemas, logo descobrimos que esse trabalho em equipe necessita de várias opiniões mesmo que seja em áreas diferente;*

“A FORMAÇÃO PROFISSIONAL”: *“Seria bom que nós aprendêssemos o verdadeiro trabalho em equipe como disciplina da faculdade, assim as práticas interdisciplinares iriam fluir”;* “A INTERDISCIPLINARIDADE E A EDUCAÇÃO PERMANENTE”: *A educação permanente é sem dúvida um grande passo para alcançarmos a interdisciplinaridade, pois todos ensinam e aprendem ao mesmo tempo”.*

Conclusão

No presente estudo, podemos analisar as narrativas dos profissionais do Centro de Atenção Psicossocial Infanto Juvenil de Icó-CE no que se refere à interdisciplinaridade focando as suas ações desenvolvidas frente aos usuários.

Dessa forma, conseguimos compreender as dificuldades e motivações particulares no atendimento interdisciplinar à rotina dos profissionais frente as suas atividades desempenhadas no CAPSi de Icó-Ce, além de compreender o conceito de interdisciplinaridade a partir das perspectivas dos profissionais envolvidos.

Conseguimos averiguar o perfil dos profissionais inseridos no processo do atendimento interdisciplinar do CAPSi de Icó-CE e traçamos um paralelo de suas formações.

Compreendemos que as concepções da equipe do CAPSi de Icó-CE sobre a interdisciplinaridade remetem a um conjunto de profissionais com formações diferentes, mesmo estando inseridos em um mesmo universo, agrupam saberes e fazeres específicos mas com sentimentos voltados à transformações estabelecidas com a proposta do ensino na saúde e da educação permanente vislumbrando entre eles um espírito com ações interdisciplinares.

Dessa forma, entendemos que para haja realmente a construção de uma equipe interdisciplinar, todos os componentes da instituição devem estar envolvidos no trabalho, de uma forma ao se deparar com situações nas quais não sejam pertencentes a sua área de atuação, possa se familiarizar com o trabalho em equipe prestando seu papel dentro da instituição como agente mediador e transformador de situações

Referências

- BARDIN, L. Análise de Conteúdo. São Paulo, Editora Martini Fontes, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma Brasília (DF); 2010.
- CAMPOS, Rosana Onocko and BACCARI, Ivana Preto. **A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial.** *Ciênc. saúde coletiva* . 2011, 16(4): 2051-2058.
- LINHARES, M.B.M., Parreira, V.L.C., Marturano, A.C., Sant'Anna, S.C. (2011). Caracterização dos motivos da procura de atendimento infantil em um serviço de psicopedagogia clínica. *Medicina Ribeirão Preto*, 26(2), 148-160.
- MEIRELLES BHS, Erdmann AL. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde Mental: 1990-2004. 5ª ed. ampl. Brasília (DF); 2010.
- SOLOMON A. Demônio do meio-dia: uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva; 2010.

Agradecimentos

Agradecemos a FACULDADE VALE DO SALGADO e em especial a coordenação do curso de Enfermagem que tem nos incentivado e apoiado de todas as maneiras possíveis.

ATIVIDADE DE EDUCAÇÃO NUTRICIONAL PAUTADA NA EXPOSIÇÃO DO TEOR DE GORDURA E AÇÚCARES DE ALGUNS PRODUTOS ULTRAPROCESSADOS: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Alexandrina Raquel de Lima Marinho – Fundação Municipal de Saúde de Teresina. Email: alexandralm2.1@hotmail.com

Cintya Maria Nunes de Santana- Universidade Estadual do Piauí

Deianna Keise Leite Sobral Moita – Fundação Municipal de Saúde de Teresina

Yatamiris Pamela da Silva Aguiar- – Fundação Municipal de Saúde de Teresina.

Palavras-chave: educação nutricional. Hábitos alimentares. Produtos ultraprocessados.

Resumo

A predominância de hábitos alimentares inadequados está interferindo de maneira negativa na saúde dos indivíduos, pois favorece a ocorrência de diversas doenças. As profundas mudanças ocorridas das últimas décadas no Brasil levaram a alterações nos hábitos alimentares, como o consumo aumentado de alimentos processados, com elevadas concentrações de açúcares e gorduras. A educação em saúde abrange saberes e práticas para prevenção de doenças e promoção da saúde, levando a autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os transformadores de suas vidas. A educação alimentar atua como um importante papel no processo de promoção de hábitos alimentares saudáveis. Este trabalho tem como objetivo relatar a construção e aplicação de uma experiência de educação nutricional em um grupo de educadores e pais de pré-escolares de uma creche da zona rural do município de Teresina- Piauí. Trata-se de um relato de experiência, no qual a exposição de produtos ultraprocessados, com as quantidades de açúcar e gordura presentes, e uma explanação sobre Alimentação Saudável foram realizadas. A atividade favoreceu o diálogo entre equipe de saúde e os presentes, e a reflexão destes sobre uma alimentação adequada, na qual se observou um comportamento atencioso e participativo do público, sendo compreendido como atividade satisfatória. A proposta planejada na linha de educação continuada mostrou-se importante, pois os pais e professores estando envolvidos diretamente neste processo de educação nutricional auxiliam na formação de hábitos saudáveis nas crianças. Avaliou-se como positiva a utilização de materiais ilustrativos, por tornar o momento compreensível e estratégico para reduzir a expansão do consumo de produtos ultraprocessados.

Introdução

Verifica-se no Brasil, atualmente, a predominância de hábitos alimentares inadequados, interferindo de maneira negativa na saúde dos indivíduos, pois favorece a ocorrência de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT), como obesidade, Diabetes *Mellitus* (DM) e Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) (SILVA, CARMO e HORTA et al, 2013).

De acordo com Sousa, Pereira e Yokoo ,(2013), as profundas modificações sociais, econômicas e culturais ocorridas nas últimas décadas no país, levaram a mudanças nos hábitos alimentares, como, por exemplo, consumo aumentado de alimentos processados e troca das preparações saudáveis por lanches com elevadas concentrações de açúcares, gorduras e sódio. Essa transição nutricional também atinge a população infantil, com o consumo de refrigerantes, lanches tipo *fast-food*, frituras, sorvetes (YOKOTA, VASCONCELOS E PINHEIRO ET AL , 2010).

A educação em saúde abrange saberes e práticas voltadas para prevenção de doenças e promoção da saúde, baseado em conhecimento científico e popular, promovendo autonomia dos sujeitos envolvidos, tornando-os ativos e transformadores de sua própria vida e/ou do seu meio social (ABREU, GUEDINE e MOREIRA et al, 2013). De acordo com Oliveira, Frechiani e Silva et al, (2009),o conceito de promoção da saúde trata de processos que abrangem a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer.

Segundo Abreu, Guedine e Moreira et al, (2013), a Educação em Saúde pode ser realizada em qualquer espaço comunitário, dentro da família, na escola, no trabalho, sendo as mais comuns à prática de educação voltada para criança, a escola e o ambiente familiar, cabendo à família dar continuidade a este processo educativo, objetivando, especialmente, à saúde da criança.

Assim, a educação alimentar atua como um importante papel em relação ao processo de transformações e mudanças, à recuperação e à promoção de hábitos alimentares saudáveis, podendo proporcionar conhecimentos necessários à autotomada de decisão de adotar atitudes, hábitos e práticas alimentares sadias e variadas (TEIXEIRA, REIS e VIEIRA et al, 2013).

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo relatar a construção e aplicação de uma experiência de educação nutricional, de tecnologia leve, em um grupo de educadores e pais de pré-escolares pertencentes a uma creche da zona rural do município de Teresina- Piauí.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência desenvolvido a partir de uma atividade em uma creche da área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da zona rural de Teresina-PI. A experiência caracterizou-se pela ação integrada da Equipe de Saúde da Família com a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com momentos de educação nutricional e promoção à saúde. O convite para ação deu-se a partir da direção da escola, tendo como demandas os seguintes temas: “Alimentação Saudável (com enfoque no consumo excessivo de açúcares e gorduras), Higiene Pessoal e Saúde Bucal”. O relato deste trabalho dar-se-á pelo desenvolvimento da atividade de nutrição. O público foi formado pelos pais dos alunos, funcionários e professores da escola, aproveitando o início do período letivo.

Para tornar a apresentação mais lúdica, previamente à data escolhida para a realização do evento, utilizou-se de alguns produtos ultraprocessados, tais como batata frita de pacote, salgadinho de milho de pacote, biscoito recheado, biscoito recheado tipo “waffler”, bolinho industrializado, achocolatado em caixa, suco artificial em caixa, suco artificial em pó, refrigerante sabor “uva”, refrigerante sabor “cola” para o cálculo da quantidade de gordura e açúcar presentes, usando balança tipo “Filizola”. Os cálculos foram produzidos a partir da informação nutricional contida no rótulo do produto. A quantidade do nutriente encontrada foi colocada dentro de copinhos de acrílico transparente, com volume de 100 mL, sendo estes etiquetados, por meio de fita crepe branca, com informações como o nome do produto e a quantidade. A atividade iniciou-se com a indagação aos participantes sobre o que entendiam sobre alimentação saudável. A seguir, uma explanação sobre Alimentação Saudável foi realizada pela Nutricionista do NASF, utilizando linguagem clara e acessível. Ao longo da apresentação, o público participava com dúvidas e questionamentos sobre o tema. Para uma melhor compreensão, os produtos com as quantidades de nutrientes iam sendo apresentados e informações acerca desses eram colocadas pela nutricionista. Para finalizar, foi pedido que os presentes discorressem um pouco sobre os seus próprios hábitos e de suas famílias e fizessem reflexões sobre eles. A atividade ocorreu no turno da manhã, sendo realizada num período de quarenta minutos.

Resultados e Discussão

Observou-se que, embora alimentação saudável seja um tema bastante debatido na atualidade, muitas dúvidas ainda cercam a população. Na atividade, os pais, principalmente, mostraram-se bastante interessados em debater acerca dos hábitos alimentares dos seus filhos.

A atividade favoreceu a aproximação e o diálogo entre a equipe de saúde, e os presentes, e a reflexão crítica destes sobre o que seria uma alimentação considerada adequada.

Ao serem apresentados os produtos ultraprocessados, com as quantidades de nutrientes (açúcar e gordura) presentes, observou-se um comportamento atencioso e a participação ativa do público, sendo compreendidos como ponto de sucesso da atividade, entendendo que houve, dessa forma, uma aceitação da temática. De acordo com Martins, Levy e Claro et al (2013), estes tipos de produtos apresentam características peculiares que favorecem o consumo em excesso de energia, como por exemplo, a comercialização em porções cada vez maiores, uma hiperpalatabilidade e praticidade no transporte, que facilitam o hábito de comer entre as refeições e também em substituições às mesmas, não necessitando nenhum ou quase nenhuma preparação culinária, atrativos para a população cujo estilo de vida predomina

a falta de tempo, além, é claro, das persuasivas estratégias de marketing. A estratégia conseguiu despertar o interesse dos presentes, estimulando também a conscientização sobre o quanto produtos como estes estavam fazendo parte dos seus hábitos alimentares e de sua família e estimulando o interesse por escolhas mais saudáveis.

Conclusão

A proposta planejada na linha de uma educação continuada mostrou-se importante pois os pais e professores devem estar envolvidos diretamente neste processo de educação nutricional, propiciando à criança a formação de hábitos de vida saudáveis e prevenindo, assim, o desenvolvimento de diversas doenças. Avaliou-se, ainda, como positiva a utilização de materiais ilustrativos para as ações, por tornar o momento mais descontraído e mais compreensível e como boa estratégia para reduzir ou desacelerar a expansão do consumo de produtos ultraprocessados entre os pequenos. Através da intervenção realizada, uma base de conhecimento foi construída entre os atores envolvidos.

Referências

MARTINS, A; LEVY, R e CLARO, R et al. Participação crescente de produtos ultraprocessados na dieta brasileira (1987- 2009). Revista de Saúde Pública, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.org/pdf/rsp/v47n4/0034-8910-rsp-47-04-0656.pdf>>. Acessado em 25 de agosto de 2014.

OLIVEIRA, C; FRECHIANI, J; SILVA, F et al. As ações de educação em saúde para crianças e adolescentes nas unidades básicas da região de Maruípe no município de Vitória. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2009. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000200032&script=sci_arttext>. Acessado em 25 de agosto de 2014.

SILVA, C; CARMO, A; HORTA, P et al. Intervenção Nutricional pautada na estratégia de oficinas em um serviço de promoção da saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. Revista Nutrire. Campinas, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732013000600004&script=sci_arttext>. Acessado em 26 de agosto de 2014.

SOUZA, A; PEREIRA, R; YOKOO et al. Alimentos mais consumidos no Brasil: Inquérito Nacional de Alimentação 2008-2009. Revista Saúde Pública, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000700005>. Acessado em 26 de agosto de 2014.

TEIXEIRA, P; REIS, B e VIEIRA, D et al. Intervenção Nutricional educativa como ferramenta eficaz para mudança de hábitos alimentares e peso corporal entre praticantes de atividade física. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000200006>. Acessado em 26 de agosto de 2014.

YOKOTA, R; VASCONCELOS, T E PINHEIRO, A. Projeto “A escola promovendo hábitos alimentares saudáveis” : comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. Revista Nutrire, Campinas, 2010. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732010000100005&script=sci_arttext>. Acessado em 26 de agosto de 2014.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, por me proporcionar a vida e todas as oportunidades que tive ao longo dela.

Para a realização deste trabalho, o meu agradecimento vai para todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram de forma significativa e fundamental.

ATIVIDADE DE SENSIBILIZAÇÃO DE GESTANTES E PUÉRPERAS NA ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

Autor 1 – Flávio Silva Rodrigues – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

E-mail: flavio-enfermagem@hotmail.com

Autor 2 — Gislanny Rodrigues Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Autor 3 — Samy Loraynn Oliveira Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Autor 4 — Germana Maria da Silveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Autor 5 — Nadiele Souza do Nascimento – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Autor 6 — Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro (Orientadora) - Universidade Estadual do Ceara (UECE)

Palavras-chave: Aleitamento materno. Gestantes. Puérperas. Intervenção.

Resumo

O aleitamento materno possui inúmeras vantagens quer para o lactente quer para a mãe: reduz o risco de infecções no lactente, gastroenterite e a otite média aguda, alergias, e a síndrome metabólica tardia; reforça a vinculação mãe-filho, diminui o risco materno do câncer de mama (AGOSTINI *et al*, 2009). O presente trabalho tem como objetivo sensibilizar as gestantes e puérperas do CSF do bairro Coelce, Sobral - CE, acerca do aleitamento materno exclusivo. Para tanto, fora realizada uma pesquisa participante com abordagem qualitativa para levantamento do conhecimento acerca da importância do aleitamento materno exclusivo. Na fase de desenvolvimento foi realizado oficinas durante os momentos de acolhimento na sala de espera da consulta de pré-natal e puericultura, onde realizamos entrega de panfletos, apresentação do álbum seriado e dialogamos sobre o tema proposto, utilizamos perguntas norteadoras “O que vocês sabem sobre aleitamento materno exclusivo?”. As respostas foram: “É forte”, “Demonstração de carinho e amor”, “Faz bem para o bebê”, a partir de então, demos continuidade a ação abordados inúmeros temas relevantes: Vantagens do aleitamento para o binômio mãe-filho; Duração da amamentação; Pegada adequada do bebê; Importância da mamada completa. Na fase de avaliação utilizamos uma pergunta norteadora: O que vocês acharam da temática abordada? As participantes relataram ter sanado dúvidas sobre o tema abordado. A construção deste conhecimento está intimamente ligada a uma assistência de enfermagem que consista em orientar, instruir, preparar e assistir as gestantes e puérperas, cabendo ao serviço persistir em uma proposta pautada na educação permanente.

Introdução

Segundo Almeida (1999), as questões relacionadas à prática da amamentação têm-se configurado objeto de interesse para diferentes autores e grupos sociais ao longo da história. Em todas as épocas, o ser humano foi levado a construir rotas alternativas para responder à demanda das mulheres que, por opção ou imposição, trilharam o caminho do desmame precoce.

Devido aos seus benefícios nutricionais, psicológicos, econômicos, imunológicos e fisiológicos, a amamentação é indicada pela Organização Mundial da Saúde como a atitude mais eficiente para o desenvolvimento adequado de uma criança no primeiro ano de vida, (OMS, 1994).

O aleitamento materno possui inúmeras vantagens quer para o lactente quer para a mãe: reduz o risco de infecções no lactente, nomeadamente a gastroenterite e a otite média aguda, alergias, e a síndrome metabólica tardia; reforça a vinculação mãe-filho, diminui o risco materno de câncer de mama e do ovário e promove uma recuperação mais precoce do peso prévio à gravidez (AGOSTINI *et al*, 2009).

Dentre os diversos elementos que se relacionam direta ou indiretamente com a amamentação, a mesma pode ser influenciada por questões econômicas, sociais e culturais. Dentre as questões culturais, os tabus ou restrições alimentares, nem sempre justificáveis do ponto de vista biológico, podem fazer com que a lactante se prive de nutrientes importantes para o seu sustento e, conseqüentemente, para a produção de leite. Sendo assim, torna-se fundamental avaliar o comportamento e conhecimento de gestantes sobre a amamentação.

A partir dessa visão de atenção integral a saúde da mulher sobre o aleitamento materno, entende-se que o primeiro passo para o uso e aprimoramento de tecnologias capazes de promover essa saúde integral constitui-se no repasse de informações para gestantes sobre as vantagens do leite materno exclusivo nos primeiros meses de vida. Esse processo envolve o levantamento da situação e conhecimento das mesmas e iniciativas já existentes, a avaliação da viabilidade local para a implementação das atividades, assim como as expectativas da clientela.

O interesse pelo tema em questão surgiu durante o desenvolvimento do internato na atenção básica, especificamente nas rodas através de relatos de Enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde, onde os mesmos referiam e assim observamos uma baixa adesão na prática da amamentação exclusiva até os seis meses. Percebemos então a necessidade de sensibilização das gestantes e puérperas para o melhor conhecimento da importância da amamentação exclusiva até os seis meses e a desmitificação que existe acerca do assunto, então motivou a realização de encontros com a população, buscando orientar a cerca dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida.

A relevância deste estudo compreenderá ainda a contribuição para a área da saúde no que se refere ao direcionamento à percepção de gestantes e puérperas a respeito da importância do aleitamento materno exclusivo, fornecendo subsídios à importância da amamentação, com direcionamento para promoção da saúde como forma contínua na atenção básica, voltada para as gestantes e puérperas, se detendo no diálogo como tecnologia leve de educação e saúde.

Objetivo

Sensibilizar as gestantes e puérperas do Centro de Saúde da Família do bairro Coelce, Sobral - CE, acerca do aleitamento materno exclusivo, dando ênfase às dificuldades e potencialidades das mesmas pertinentes a amamentação.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa do tipo de abordagem qualitativa que trabalhará pesquisa participante a importância do aleitamento materno exclusivo, com base no Círculo de Cultura de Paulo Freire.

A pesquisa fora realizada no Centro de Saúde da Família Coelce, denominado Dr. Grijalba José Mendes Carneiro, que estar localizado na Avenida senador Ermirio Moraes, Bairro Coelce, Sobral - Ceará. O CSF oferece à comunidade serviços de saúde como, pré-natal e atenção a mulheres, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos, atendimento odontológico, prevenção ao câncer de colo de útero e de mama, exames laboratoriais, imunização, procedimentos de enfermagem e atendimento através do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O CSF do bairro da Coelce presta assistência a uma população de 3674 famílias, composta atualmente por; 95 gestantes, 67 crianças com idades ente zero e quatro anos, sendo que destas apenas 64% estas em amamentação exclusiva, o reflete inúmeros problemas sócio demográfico enfrentado pela população local.

O Município de Sobral está localizado na porção noroeste do Estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via da BR-222. A cidade possui a quinta maior população do estado, com um número superior a 150.000 habitantes, concentrando-se a maior parte na zona urbana (SOBRAL, 2009). A cidade está localizada no sertão, tem clima tropical, quente e seco e conta com uma área territorial de aproximadamente 1.700 km². Aproximadamente 20% da população vivem com menos de um salário mínimo e quase 12% não tem instrução ou possuem menos de um ano de estudo. No setor saúde constitui referência para toda Zona Norte do estado, sendo considerado Pólo Assistencial da Região.

Os sujeitos do estudo compreenderam as gestantes e puérperas do CSF Coelce, que aguardavam atendimento na unidade de saúde, (consultas de pré-natal e puericulturas). Utilizamos a técnica de sala de espera, pela qual resgatamos o tempo ocioso dos sujeitos em questão, com o intuito de realizarmos ações de promoção da saúde, e prevenção de agravos.

No bojo deste levantamento de informações, fora garantido às participantes da pesquisa o cumprimento dos preceitos éticos da beneficência, da não maleficência, além do direito ao anonimato da participante e sua autonomia quanto a participar da pesquisa. O estudo foi adotado em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que define a pesquisa envolvendo seres humanos – como aquela que, individual ou coletivamente, envolva o ser humano de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dele, incluindo o manejo de informações ou materiais (BRASIL, 1996).

A fase de campo ocorreu durante o mês de julho de 2014. De acordo com Minayo e Deslandes (2009), devemos traçar um tempo necessário para a realização de cada uma das etapas propostas. Adotamos para coleta de dados a técnica de observação livre seguindo um roteiro elaborado previamente e o diário de campo para descrição da oficina realizada, além da observação da realidade do serviço, rotina, necessidades e potencialidades relacionada a temática aleitamento materno exclusivo. Realizamos as atividades a partir das seguintes etapas, que estão dispostos correspondendo às: Fase de Planejamento; Fase de Implementação e Fase de Avaliação.

Resultados e Discussões

Durante a fase de planejamento da intervenção, nos inserimos no campo de estudo, onde tivemos a oportunidade de conhecermos os serviços ofertados as gestantes e puérperas, no qual identificamos algumas deficiências, onde percebemos a necessidade de abordar de forma dinâmica o tema aleitamento materno exclusivo, uma vez que a maioria das puérperas antes dos três meses já estavam introduzindo outros alimentos para os bebês. Então surgiu a necessidade de se trabalhar uma metodologia ativa e educativa, com gestantes e puérperas buscando ampliar o número de crianças de zero a seis meses de vida, em amamentar exclusivamente, conforme preconizado pelo ministério da saúde.

Na fase de desenvolvimento realizamos oficinas durante os momentos de acolhimento na sala de espera da consulta de pré-natal e puericultura, onde realizamos entrega de panfletos, apresentação do álbum seriado e dialogamos sobre a importância do aleitamento materno exclusivo. Para o desenvolvimento da ação utilizamos perguntas norteadoras no primeiro momento, um dos facilitadores do grupo iniciou com a pergunta: “O que vocês sabem sobre aleitamento materno exclusivo?”. As respostas foram colocadas em um cartaz para mostrar o conhecimento que as gestantes e puérperas tinham acerca do aleitamento materno, encontramos palavras como: “É forte”, “Demonstração de carinho e amor”, “Faz bem para o bebê”, “Ajuda a perder peso”, “Evita que o bebê tenha diarreia”.

Durante o desenvolvimento da ação foram abordados junto às gestantes e puérperas “as vantagens do aleitamento para a mãe”, e para o bebê nesse tópico as gestantes falaram que a maior vantagem é a perda de peso. Nesse tema as opiniões das gestantes e puérperas foram bastante relevantes, falaram do estabelecimento de um relacionamento afetivo entre a mãe e o bebê, que o leite materno previne as diarreias, faz com que o bebê fique mais forte, etc.

Também foi salientado como deve transcorrer durante a mamada com o tópico chamado “Durante a mamada”, onde foi elucidada a importância da mamada completa e os nutrientes que a mesma fornece ao beber. O tópico seguinte traz o esclarecimento sobre os mitos existentes acerca do leite materno, com o tema “Não existe leite fraco”, neste os facilitadores deste tópico esclareceram que o leite materno fornece todos os nutrientes necessários para o bebê independente das particularidades de cada mãe.

No tópico seguinte a abordagem foi relacionada ao posicionamento e pegada do bebê durante a amamentação, onde foi demonstrada como deve ser a posição correta da criança durante a amamentação. Na abordagem sobre “Dificuldades na Amamentação” as participantes referiram quais as principais dificuldades encontradas durante a amamentação, tais como: fissuras de mamilos e o ingurgitamento do leite. Foram repassadas orientações referentes aos cuidados de prevenção e tratamento de fissuras e formas de massagem para cuidado quanto ao ingurgitamento ou endurecimento das mamas.

A fase de avaliação dos resultados aconteceu por meio de uma pergunta norteadora: O que vocês acharam da temática abordada? Nas falas das participantes percebemos satisfeitas, algumas relataram ter sanado dúvidas sobre a importância, vantagens do aleitamento materno e as técnicas corretas de como amamentar.

Conclusão

Mesmo sendo a saúde materno-infantil tão bem discutida por inúmeras literaturas como uma forma de incorporar práticas saudáveis na vida das mães e de recém-nascidos, ela ainda é pouco trabalhada no contexto saúde. Nas ações desenvolvidas, buscamos alternativas de orientação às mães no sentido de suprir os questionamentos levantados por elas, podendo contribuir para o reconhecimento e esclarecimento das principais dúvidas. Os dados apresentados nas falas das gestantes e puérperas indicam que a abordagem do tema continua sendo necessária e importante, exigindo esforços de produção de estratégias criativas que façam sentido nos diferentes contextos sócio-culturais nos quais estas mães estão inseridas.

Conclui-se que a construção deste conhecimento está intimamente ligada a uma assistência de enfermagem que consista em orientar, instruir, preparar e assistir as gestantes e puérperas, cabendo ao serviço persistir em uma proposta pautada na educação permanente voltada para as mães de recém-nascidos.

Referências

- AGOSTINI C, et al. Breastfeeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:112-25.
- ALMEIDA, J. A. G; ARAUJO, R. M. A. Aleitamento Materno: O Desafio de Compreender a Vivência. *Rev. Nutr. Campinas*, 20 (4): 431-438, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução nº 196/96: sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. Pesquisa social - Teoria, Método e Criatividade. 28ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes, 2009.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) Lactação. In: Organização Mundial da Saúde (OMS) Alimentação infantil bases fisiológicas. São

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Paulo (SP): IBFAN Brasil e Instituto de Saúde, OMS, OPAS e UNICEF Brasil; 1994. p.17-35.

SOBRAL. Secretaria de Saúde Ação Social. Plano Municipal de Saúde 2009-2012. Sobral: SMS, 2009.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais integrantes da CSF do bairro Coelce – CE, pelo apoio no desenvolvimento do estudo, aos coautores pelo desempenho e compromisso, ao professor orientador e em especial as gestante e puérpera publico alvo do trabalho, pela participação e atenção na abordagem do tema proposto.

ATIVIDADE EDUCATIVA COM AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE SOBRE O USO DE ANSIOLÍTICOS EM MULHERES

Wandenkol Gouveia Costa – Universidade Federal de Campina Grande (wandenkolgouveia@gmail.com)

Paula Mikaelle Barbosa Costa – Universidade Federal de Campina Grande

Mylena Caroline Magalhães Marques – Universidade Federal de Campina Grande

Álissan Karine Lima Martins (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Educação em Saúde. Ansiolíticos. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

A incidência do uso de ansiolíticos por mulheres aumenta a cada ano decorrente dos transtornos mentais adquiridos, como também enquanto forma de enfrentamento das situações estressantes do dia-a-dia. Na atenção básica, um dos problemas que vem apresentando destaque é o uso indiscriminado de ansiolíticos, principalmente em mulheres. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) funcionam como elo entre a comunidade e a Estratégia Saúde da Família (ESF), atuando próximo da população e reconhecendo suas necessidades e fragilidades. Nesse sentido, o estudo objetiva relatar a experiência da atividade educativa com ACS sobre o uso de ansiolíticos em mulheres. Estudo descritivo, do tipo relato de experiência, sobre roda de conversa realizada por um grupo de discentes da disciplina Enfermagem Psiquiátrica da Universidade Federal de Campina Grande, Campus Cajazeiras, com ACS sobre o uso de ansiolíticos em mulheres da área de uma unidade da Estratégia de Saúde da Família no município de Cajazeiras, Paraíba. A partir das falas dos ACS é possível destacar o uso abusivo e indiscriminado de ansiolíticos entre as mulheres, perpetuando assim o medicamento como medida extremamente necessária para saúde. De acordo com os profissionais, o desmame incorreto da medicação e o abandono ao tratamento são situações repetidamente encontradas em suas áreas de atuação. É importante o incentivo e a iniciativa dos órgãos gestores como também dos profissionais para que novas práticas educativas estejam voltadas aos grupos de maior vulnerabilidade, neste caso, mulheres em uso de ansiolíticos, trazendo resultados positivos à população e que representem ganhos na qualidade de vida.

Introdução

A incidência do uso de ansiolíticos por mulheres aumenta a cada ano decorrente dos transtornos mentais adquiridos, como também enquanto forma de enfrentamento das situações estressantes do dia-a-dia. Dentre os ansiolíticos, os benzodiazepínicos são os mais utilizados por causa do seu efeito tranquilizante e são indicados para o tratamento de transtornos de ansiedade como também os depressivos com sintomas ansiosos.

Na atenção básica, um dos problemas que vem apresentando cada vez mais destaque é o uso indiscriminado de ansiolíticos, principalmente em mulheres (CARVALHO, 2004). Os ansiolíticos são grupos de medicamentos denominados de tranquilizantes menores que atuam no sistema nervoso central produzindo efeito calmante, tranquilizante e sedativo. São indicados no tratamento de distúrbios ansiosos, abstinência alcoólica aguda, espasmos musculares esqueléticos, distúrbios convulsivos, estados de mal epilético e sedação pré-operatória (TOWNSEND, 2011).

A educação em saúde consiste em um processo, onde os conhecimentos produzidos no âmbito científico da saúde são levados através dos profissionais à vida cotidiana da comunidade (ALVES, 2004 *apud* BRITO, 2009). A partir desse conceito, os profissionais da saúde atuam no sentido de promover a aquisição de informação, atitudes e hábitos saudáveis à comunidade, uma vez que, esta é multiplicadora de conhecimento. Assim, trabalhar a educação em saúde proporciona o direcionamento de práticas no sentido de promover, manter e restaurar a saúde da população, evitando e ajudando as pessoas a obterem o controle sobre os determinantes e condicionantes de saúde aos quais estão expostas.

O Programa de Saúde da Família (PSF), implantado no Brasil em 1994 pelo Ministério da Saúde, veio para mudar a assistência à saúde no país, o qual deixou de ser um “programa” e tornou-se a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que hoje é responsável por prestar cuidados no nível da Atenção Básica à Saúde, seguindo um novo modelo de assistência voltado as reais necessidades da coletividade. Na rede da Atenção Básica atuam Equipes de Saúde da Família (ESF), compostas minimamente por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

De acordo com Nunes (2002), o ACS é o profissional que convive diretamente com a realidade e práticas de saúde na comunidade, por isso obrigatoriamente necessitam morar na área de abrangência da ESF em que trabalham, além disso, devem ser preparados para orientar usuários, famílias e comunidade sobre cuidados em saúde.

Os agentes comunitários de saúde funcionam como um elo entre a comunidade e a ESF, pois atuam mais próximos da população, conhecendo seu perfil, necessidades e fragilidades. Diante da importância que assume as ações educativas desenvolvidas pelos ACS em sua área, surgiu o interesse de conhecer as vivências e conhecimentos sobre o uso de ansiolíticos, bem como a maneira que ocorre o acompanhamento de mulheres que fazem uso deste tipo de medicação em uma ESF no município de Cajazeiras, Paraíba.

Este trabalho é relevante, à medida que produz uma explanação de como acontece o acompanhamento de mulheres que utilizam ansiolíticos pelos ACS, e ao mesmo tempo gera compartilhamento de saberes para aprimorar a assistência prestada, a fim de melhorar os cuidados e a capacidade de identificar problemas potenciais.

Metodologia

Estudo descritivo do tipo relato de experiência realizado com Agentes Comunitários de Saúde em uma Estratégia de Saúde da Família no município de Cajazeiras, Paraíba. A atividade faz parte das ações desenvolvidas na disciplina Enfermagem Psiquiátrica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande com o propósito de promover espaços de saúde mental no âmbito da atenção básica.

Para isso, houve o contato prévio da equipe de saúde, em especial a enfermeira, pelos discentes para verificar a demanda existente na unidade relativa ao campo da saúde mental e o grupo a que seria dirigida a atividade.

Como foi evidenciado a dificuldade no contato direto com as mulheres na unidade básica, houve a sugestão para abordagem dos ACS, compreendendo que esses profissionais constituem-se o elo entre o serviço de saúde e a comunidade.

Nesse sentido, foi planejado uma roda de conversa com os ACS em dia e horário viável para os profissionais. Para este momento, foram elaboradas técnicas grupais para apresentação do grupo bem como a delimitação de conteúdos referentes ao uso de ansiolítico entre mulheres no espaço da atenção básica.

A atividade foi desenvolvida em agosto de 2014 e contou com a participação de oito pessoas, dentre ACS e discentes. Na roda de

conversa foram abordados vários aspectos sobre a utilização de ansiolíticos em mulheres, como o motivo de indicação dos mesmos, dependência, desmame, relações do uso concomitante com outros medicamentos, álcool e outras drogas, além de quais tipos de estratégias educativas seriam utilizadas pelos profissionais para o acompanhamento das usuárias. Os dados foram registrados por meio de fotos e diário de campo seguida da análise das falas e registros.

Resultados e Discussão

Na roda de conversa realizada com os ACS foram abordados diversos aspectos da utilização de ansiolíticos em mulheres, desde os motivos de indicação até a dependência e desmame. Percebe-se que a ocorrência do uso indiscriminado é interligado a causas externas que levam ao descontrole. CARVALHO (2004) aborda que em muitas situações o médico não leva em consideração a subjetividade de cada mulher e deixa de perceber suas principais queixas. Não sabendo lidar com essas situações atribuem a medicação como a forma mais cômoda de resolver vários problemas. Neste sentido, foi evidenciado pelos participantes que os principais motivos de indicação da medicação estão relacionados às dificuldades sociais e econômicas que compreendem as vivências, onde as principais problemáticas apresentam-se sob os estresses cotidianos ampliados, muitas vezes, por longa jornada de trabalho, questões emocionais, relacionamento familiar, dentre outros.

O desmame do uso de ansiolíticos deve ser feito em acompanhamento do profissional médico da unidade. No entanto, observa-se que isso não acontece como deveria, onde as mulheres utilizam segundo um padrão que consideram necessário. De acordo com AYRES (2001), o consumo de ansiolíticos pode acarretar alterações no comportamento, como também levar à dependência. Daí a importância de sensibilizar quanto aos riscos de possíveis complicações físicas e/ou psíquicas que essas medicações podem provocar. De acordo com os profissionais abordados, isso é uma situação repetidamente encontrada em sua área de atuação e, diante disso, tentam utilizar de estratégias de sensibilização das usuárias através de conversa, escuta e formação de vínculo. Logo, é importante destacar que a precariedade do incentivo quanto à sensibilização das mulheres sobre os riscos e efeitos destes fármacos torna-se fator estimulante para o uso prolongado do medicamento devido à comodidade que ele propicia.

Com relação ao uso concomitante dos ansiolíticos com outros medicamentos, álcool e outras drogas, nota-se no discurso dos ACS que a educação em saúde neste aspecto ainda é insuficiente. No entanto, diante de oportunidade e interesse das usuárias são utilizadas estratégias direcionadas a conscientização e informação sobre o uso adequado.

Autores como Fonseca (1999) e Oliveira (2000) colocam que os serviços de saúde direcionados à saúde da mulher geralmente se organizam para atender unicamente o período gravídico-puerperal, englobando o acompanhamento no pré-natal, assistência ao parto e puerpério, mesmo assim de forma deficiente e ineficaz. Com base nisso, o papel da equipe de saúde torna-se como essencial para a implementação de práticas educativas no âmbito da promoção da saúde mental na atenção básica, uma vez que é praticamente impossível que o ACS planeje e intervenha sozinho na realidade social de cada usuária. Segundo PEDUZZI (1998) o trabalho em equipe é uma modalidade do trabalho coletivo, que necessita de uma relação baseada na interação, comunicação e reciprocidade, tendo como principal motivação a solidariedade e o bem comunitário entre os profissionais que atuam nos cuidados diretos à população. Com isso, torna-se importante o trabalho em equipe dos ACS com os outros profissionais que atuam na Unidade Básica.

Conclusão

Ao analisar as questões levantadas sobre esse estudo, percebeu-se a fragilidade no acompanhamento e assistência das mulheres que utilizam ansiolíticos de forma incorreta ou abandonam o tratamento por escolha própria devido aos vários fatores externos presentes no cotidiano.

É importante que ocorra um incentivo e a iniciativa dos órgãos gestores como também dos profissionais e discentes para que novas práticas educativas estejam voltadas aos grupos de maior vulnerabilidade e que a realidade possa ser modificada, trazendo resultados positivos à população.

Por fim, é necessário estimular o *feedback* entre profissionais e usuários para que se possa abordar e enaltecer a subjetividade e a singularidade de cada sujeito, possibilitando o contato harmônico e a melhora na qualidade de vida dos grupos envolvidos, no caso, as mulheres em uso de ansiolíticos.

Referências

- BRITO, S.; DOMINGOS SOBRINHO, M. Os Sentidos da Educação em Saúde para Agentes Comunitários em Saúde. Revista: Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS), 2009, p. 669-676.
- ALVES, VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface Comun Saúde Educ. 2004;9(16):39-52.
- AYRES, J. R. C. M. (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência e Saúde Coletiva, 6(1), 63-72.
- FONSECA, R. M. G. S. (1999). Mulher, direito e saúde: repensando o nexo coesivo. Saúde e Sociedade, 8(2), 3-32.
- OLIVEIRA, E. N. (2000). Saúde mental e mulheres: sobrevivência, sofrimento e dependência química. Sobral: Edições UVA.
- NUNES, J.M.; OLIVEIRA, E.M.; MACHADO, M.F.A.S.; COSTA, P.N.P.; VIEIRA, N.F.C. A participação de Agentes comunitários de Saúde em Grupo de Educação em Saúde. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste (REVRENE), v.13, n.5, 1084-91, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
- CARVALHO, L. F.; DIMENSTEIN, M. O modelo de atenção à saúde e o uso de ansiolíticos entre mulheres. Estudos de Psicologia, v. 9, n.1, 121-129, 2004.
- TOWNSEND, M. C. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. [revisão técnica Marcia Tereza Luz Lisboa; tradução Fernando Diniz Mundim, Isabel Cristina Fonseca da Cruz]. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
- PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e interação [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Agradecimentos

Agradecemos aos Agentes Comunitário de Saúde participantes do estudo pela colaboração.

ATIVIDADE EDUCATIVA COM ESTUDANTES ADOLESCENTES ACERCA DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

Veridiane Batista de Freitas - Universidade de Fortaleza. E-mail: dianabfreias@hotmail.com

Edeumarques Silva dos Santos: Universidade de Fortaleza.

Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza.

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Doença Sexualmente Transmissível. Adolescentes. Promoção da Saúde. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência vivenciada por acadêmicos de enfermagem na execução de uma atividade educativa sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) entre estudantes adolescentes. Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma escola municipal de Fortaleza, Ceará. A atividade educativa foi desenvolvida no mês de maio de 2014 e teve duração de 50 minutos. Participaram 40 adolescentes, com faixa etária dos 12 aos 17 anos. A oficina foi organizada em seis fases: 1. Apresentação da equipe; 2. Dinâmica do quebra-gelo; 3. Exposição dialogada sobre o tema da atividade educativa; 4. Abordagem dos principais agentes infecciosos; 5. Perfil sexual dos participantes; e 6. Avaliação da atividade educativa. A oficina educativa possibilitou investigar acerca do conhecimento dos participantes sobre as DST, o levantamento do perfil sexual dos mesmos, bem como a aprendizagem compartilhada e a aquisição da autonomia pelos adolescentes no cuidado de sua saúde. Constatou-se que o vínculo criado entre os adolescentes e os acadêmicos oportunizou momentos de reflexão, trocas de experiências e de crescimento pessoal.

Introdução

A adolescência é uma fase de transição gradual da infância para idade adulta, que se estende dos 10 aos 19 anos de idade, e é marcada por profundas mudanças físicas e psicológicas. É também o período o desenvolvimento humano no qual a maioria dos jovens inicia a vida sexual (BRÊTAS *et al.*, 2009).

As transformações dessa fase da vida fazem com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema devido à falta de informação, de comunicação entre os familiares, tabus ou mesmo pelo fato de ter medo de assumi-la (CAMARGO; FERRARI, 2009).

Dados revelam um aumento do número de diagnósticos de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), sendo estas responsáveis por uma epidemia de grande magnitude e são uma importante causa de morbimortalidade em todo o mundo, levando a implicações médicas e psicológicas severas (GERHARDT; NADER; PEREIRA, 2008).

A expressão DST é usada para descrever as doenças que se disseminam principalmente pelo contato íntimo; englobam uma série de infecções causadas por vírus, fungos, protozoários e bactérias, cuja via preferencial de transmissão é a sexual (BRÊTAS *et al.*, 2009).

Autores evidenciam a disseminação de DST e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) continua a se expandir rapidamente entre mulher e entre os jovens de 15 a 19 anos. Muitas vezes, ela se dissemina por meio das primeiras experiências sexuais, atingindo jovens desinformados, psicologicamente despreparados ou precocemente iniciados na vida sexual (OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Diante da magnitude do problema, estratégias de promoção da saúde devem ser implementadas para reverter essa tendência. Nesse contexto, políticas públicas de saúde reconhecem a escola como espaço privilegiado para práticas promotoras da saúde, preventivas e de educação para saúde (MELO *et al.*, 2011). A escola representa um contexto propício e adequado para o desenvolvimento de ações educativas, atuando nas diferentes áreas do saber humano, visto que esta tem como responsabilidade prezar pela saúde de seus alunos e, sobretudo, formar cidadãos conscientes, críticos e responsáveis, tanto em uma dimensão individual quanto social (CAMARGO; FERRARI, 2009).

A atuação da Enfermagem no ambiente escolar é fundamental para a implementação de ações de prevenção primária de DST mediante ações educativas. Para tal, o enfermeiro deve trabalhar de forma colaborativa com professores e outros educadores da comunidade, além de criar parcerias com os pais, no intuito de auxiliá-los na promoção da saúde de seus filhos (GONZAGA *et al.*, 2014).

A atividade educativa corresponde um componente prático da disciplina de “Enfermagem em Saúde Pública I” do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade particular do referente município. Como fundamentação teórica utilizou-se a metodologia de oficina educativa.

Assim, desenvolveu-se este estudo que teve por objetivo relatar a experiência vivenciada por acadêmicas de enfermagem na execução de uma atividade de educação em saúde sobre DST entre estudantes adolescentes.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência, realizado em uma Escola Municipal de Fortaleza, Ceará, Brasil. A atividade foi desenvolvida no mês de maio de 2014 e teve duração de 50 minutos. A amostra correspondeu a 40 estudantes adolescentes, do oitavo ano do ensino fundamental, na faixa etária entre 12 a 17 anos, de ambos os sexos.

A oficina foi organizada em um mês, sob a orientação da professora tutora. Foram planejadas as fases da atividade, mediante a elaboração de um roteiro. A oficina foi dividida em seis fases: 1. Apresentação da equipe; 2. Dinâmica do Quebra-gelo; 3. Exposição dialogada sobre o tema da atividade educativa; 4. Abordagem dos principais agentes infecciosos; 5. Perfil sexual dos participantes; e 6. Avaliação da atividade educativa.

O material utilizado para a realização da atividade educativa foi de responsabilidade dos acadêmicos. Optou-se por utilizar formas lúdicas de ensino por meio de folder, o qual continha assuntos de mitos sobre DST e as formas de prevenção, com perguntas mais frequentes e respostas.

O trabalho realizado teve o intuito de estimular a prevenção, informação e despertar a curiosidade e discussão do grupo para as temáticas propostas, as quais são de grande relevância aos alunos que estão vivenciando, com suas peculiaridades, esse período da adolescência. Após a realização da atividade educativa, os resultados foram analisados de acordo com a literatura e apresentados de forma descritiva.

Resultados e Discussão

A oficina pedagógica constitui-se por uma forma de construir conhecimento, com ênfase na ação, embasada na teoria. É uma oportunidade para a aprendizagem, em um processo ativo de transformação recíproca entre o educador e o educando (MOITA;

ANDRADE, 2012). Possibilitam um processo educativo composto de sensibilização, compreensão, reflexão, análise, ação e avaliação (FIGUEIREDO *et al.*, 2012).

A oficina pedagógica atende a duas finalidades: articulação de conceitos, pressupostos e noções com ações concretas, vivenciadas pelo participante ou aprendiz; e vivência e execução de tarefas em equipe, para a construção coletiva de saberes (PAVIANI; FONTANA, 2009).

A oficina requer um planejamento prévio para apresentar resultados positivos. O planejamento prévio caracteriza-se por ser flexível, ajustando-se às situações-problema apresentadas pelos participantes, a partir de seus contextos reais de trabalho. Desta forma, esta oficina foi conduzida em seis fases: 1. Apresentação da equipe; 2. Dinâmica do Quebra-gelo; 3. Exposição dialogada sobre o tema da atividade educativa; 4. Abordagem dos principais agentes infecciosos; 5. Perfil sexual dos participantes; e 6. Avaliação da atividade educativa.

A primeira fase teve como objetivo a apresentação dos acadêmicos e o esclarecimento acerca da atividade a ser realizada. Teve duração de 5 minutos. Na segunda fase, realizou-se a dinâmica do Quebra-gelo, com o exercício de apresentação Caiu em mim, no intuito de introduzir o tema a ser abordado na oficina e promover uma maior integração entre os acadêmicos e os alunos. Ademais, pretendia-se descobrir o grau de conhecimento dos alunos sobre o tema da oficina e suas dificuldades.

Nesta dinâmica, os acadêmicos facilitadores deram a um aluno um chapéu e solicitaram que os participantes ficassem em círculo, sentados. Um dos facilitadores da atividade ficou no centro do círculo, de olhos vendados. Colocou-se uma música e os participantes passavam esse chapéu para o colega ao lado e, quanto o facilitador dava a ordem, a música era desligada e o participante respondia a uma pergunta sobre o tema. Os alunos que responderam certo ou errado às perguntas receberam um chocolate por participação. A dinâmica durou 10 minutos.

Verificou-se que a maioria dos alunos já tinha ouvido falar ou estudaram sobre as DST e sobre a utilização do preservativo. Apesar de já demonstrarem um conhecimento prévio, ressaltaram ser relevante a importância da realização de atividades educativas envolvendo a temática.

As terceira e quarta fases corresponderam à exposição dialogada sobre o tema da oficina e a abordagem dos principais agentes infecciosos, como vírus, bactérias, parasitas e protozoários. Juntas, estas fases duraram 25 minutos. Para estas fases foram utilizados cartazes e folhetos educativos, pincel e quadro branco e imagens impressas.

O desenvolvimento destas fases ocorreu da seguinte maneira: os alunos receberam um folheto educativo elaborado pelos acadêmicos e um cartaz ilustrativo sobre DST ficou disposto de forma a ser visualizado por todos. Após esta exposição introdutória, foram discutidas as principais DST causadas por vírus (Papiloma Vírus Humano, Vírus da Imunodeficiência Adquirida e Hepatite), bactérias (Gonorréia e Sífilis), parasitas (Piolho-da-Púbis) e protozoários (*Trichomonas vaginalis*). Foram abordados os conceitos, métodos de transmissão, sinais e sintomas, medidas de prevenção e tratamento, assim como dados epidemiológicos no Mundo, Brasil e no Ceará.

A fase seguinte foi a de investigação do perfil sexual dos alunos e conhecimento dos mesmos acerca da temática, com a distribuição de um questionário contendo perguntas objetivas com até quatro opções de respostas. As variáveis analisadas foram: sexo, idade, início da vida sexual, uso de preservativo, relação sexuais com mais de um parceiro, escutado sobre DST, importância do tema, conversa com os pais sobre DST e a abordagem do tema na escola. A fase teve duração de 5 minutos.

Verificou-se que 27 (67,5%) dos estudantes eram sexo feminino, com idade entre 12 a 17 anos, que não tinham iniciado a vida sexual. Entre os que já possuíam uma vida sexual ativa, 7 (17,5%), predominaram os adolescentes do sexo masculino, 4 (57,1%). Dentre esses alunos, 6 (85,7%) afirmaram utilizar o preservativo, tendo relações sexuais com mais de um parceiro. Analisando o conhecimento sobre as DST, prevaleceram os estudantes que já haviam escutado algo sobre as DST, com 25 (62,5%) e reconheciam a importância do tema, 39 (97,5%). Cerca de 25 (62,5%) dos estudantes não conversavam com os pais sobre o assunto, mas tiveram aula ou palestra sobre DST na escola. Esses resultados demonstraram o perfil sexual dos estudantes adolescentes e reforçaram a importância da orientação sexual, particularmente a saúde reprodutiva para adolescentes.

A última fase foi a de avaliação da oficina para classificar o aprendizado adquirido. Foi solicitado a quatro alunos que pegassem as imagens impressas das DST e as colocassem no quadro branco, abaixo de seu respectivo nome. Esta fase durou 5 minutos.

As DST caracterizam-se como um dos problemas de saúde pública mais crescentes entre adolescentes. A vulnerabilidade dos adolescentes às DST/AIDS está envolta aos determinantes biológicos e aos aspectos psicológicos caracterizados pela percepção de invulnerabilidade, imortalidade e influência das relações de gênero, fatores estes que influenciam diretamente o risco à transmissão desses agravos à saúde (LUNA *et al.*, 2012). Outros fatores citados pela literatura envolvem o não uso de preservativo na última relação sexual; uso da contracepção de emergência; e ter parceiro eventual (GALATO; CORREIA, 2011).

Com a realização dessa oficina, percebeu-se o interesse dos adolescentes pelo tema sexo e sexualidade, pois eles, na maioria das vezes, adotam práticas e/ou comportamentos que os deixam sob maior risco de infecção pelas DST, sem se considerarem susceptíveis à infecção. Assim, é necessário abordar questões sobre papéis sociosexuais, desejos, resposta sexual, mitos, tabus e credences sexuais, bem como debater crítica e reflexivamente as práticas sexuais e comportamentos de risco, pois deve-se estimular o jovem a repensar valores, atitudes internalizadas e ações que se exteriorizem no contexto sociocultural (SILVA *et al.*, 2011).

Conclusão

As práticas educativas devem permitir aos indivíduos, a oportunidade de conhecer e reconhecer a obtenção de destreza para a tomada de decisões, na busca de uma melhor qualidade de vida. Atividades educativas para prevenção de DST têm o objetivo de os adolescentes exercitarem suas escolhas informadas na seleção de estilos de vida que queiram adotar.

A proposta desta oficina educativa sobre DST não teve o intuito de instigar ou até mesmo estimular os adolescentes à prática do ato sexual, e sim, o de contribuir para o amplo processo de orientação, educação, prevenção e promoção da saúde dos adolescentes.

As ações educativas coletivas, realizadas de acordo com a metodologia participativa, podem ser facilitadoras, como espaços de autoconhecimento e de construção de valores, e não só como repasse de informações. Percebeu-se isso nas discussões que apresentaram não só dúvidas, mas também sentimentos, incertezas, situações concretas de suas vidas e de seus problemas cotidianos. No decorrer da atividade educativa constatou-se que o vínculo criado entre os adolescentes e os acadêmicos oportunizou momentos de reflexão, trocas de experiências e de crescimento pessoal. Ao mesmo tempo em que os adolescentes demonstraram interesse nos conteúdos abordados, por ser um tema que não é comumente discutido principalmente em casa e na escola.

O envolvimento contínuo como educadores e enfermeiros e o conhecimento sobre os temas específicos, a dinâmica de grupo, acrescida da credibilidade dispensada pelos adolescentes aos acadêmicos foram pontos facilitadores para a operacionalização das oficinas e o alcance dos objetivos propostos. Como fator limitante desta oficina, apontamos o pouco tempo destinado para abordar todas as temáticas frente à motivação e participação ativa dos adolescentes.

Para tanto, sugere-se que maiores estudos sejam realizados com relação à temática para que os profissionais da saúde, em especial o enfermeiro, dê atenção especial a estas questões, voltando-se à saúde sexual e integral do escolar, levando-se em conta, orientações

básicas sobre sexualidade humana, articulando também outros temas que se relacionam e fazem parte do dia a dia do aluno, considerando-se a faixa etária e o nível de complexidade dos temas a serem trabalhados.

Referências

- BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; JARDIM, D.P.; MUROYA, R.L. Conhecimento sobre DST/AIDS por estudantes adolescentes. Rev Esc Enferm USP., v.43, n.3, p.551-7, 2009.
- CAMARGO, E.A.I.; FERRARI, R.A.P. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. Ciênc Saúde Coletiva, v.14, n.3, p.937-36, 2009.
- FIGUEIRÊDO, M. A. C.; NASCIMENTO, E. S.; SILVA, J. R.; SOUZA, V. **Metodologia de oficina pedagógica**: uma experiência de extensão com crianças e adolescentes. Disponível em: www.prac.ufpb.br/anais/sempe/vsempeanais/Anais/Educacao/oficina.rtf Acesso em: 20 jul. 2014.
- GALATO, D.; CORREIA, T.S. Vulnerabilidade das doenças sexualmente transmissíveis de pessoas vivendo em relacionamentos estáveis em uma cidade do sul do Brasil. Arq Catarinenses Med., v.40, n.2, p.12-7, 2011.
- GERGARDT, C.R.; NADER, S.S.; PEREIRA, D.N. Doenças sexualmente transmissíveis: conhecimento, atitudes e comportamento entre os adolescentes de uma escola pública. Rev Bras Med Fam Com., v.3, n.12, p.257-70, 2008.
- GONZAGA, N.C.; ARAÚJO, T.L.; CAVALCANTE, T.F.; LIMA, F.E.T.; GALVÃO, M.T.G. Enfermagem: promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso no contexto escolar. Rev Esc Enferm USP., v.48, n.1, p.153-61, 2014.
- LUNA, I.T.; SILVA, K.L.; DIAS, F.L.A.; FREITAS, M.M.C.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. Ações educativas desenvolvidas por enfermeiros brasileiros com adolescente vulneráveis às DST/AIDS. Ciênc Enferm., v.18, n.1, p.43-55, 2012.
- MELO, T.R.; JANSEN, A.K.; PINTO, R.M.C; MORALES, R.R.; MORALES, N.M.; PRADO, M.M. et al. Quality of life of caregivers of overweight or obese children and adolescents. Rev Esc Enferm USP, v.45, n.2, p.319-26, 2011.
- MOITA, F. M. G. S. C.; ANDRADE, F. C. B. O saber de mão em mão: a oficina pedagógica como dispositivo para formação docente e a construção do conhecimento em escola pública. Disponível em: <http://www.filomenamoita.pro.br/pdf/GT06-1671.pdf>. Acesso em: 19 jul. 2014.
- PAVIANI, N. M. S.; FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. Conjectura., v.14, n.2, p.77-88, maio/ago. 2009. Disponível em: <http://www.uces.br/etc/revistas/index.php/conjectura/article/viewFile/16/15>. Acesso em: 19 jul. 2014.
- OLIVEIRA, D.C.; GOMES, A.M.T.; PONTES, A.P.M.; RIBEIRO, M.C.M. Conhecimentos e práticas de adolescentes acerca das DST/HIV/AIDS em duas escolas públicas municipais do Rio de Janeiro. Esc Anna Nery Rev Enferm., v.13, n.4, p.833-41, 2009.
- SILVA, K.L.; MAIA, C.C.; DIAS, F.L.A.; VIEIRA, N.F.C.; PINHEIRO, P.N.C. A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Rev Min Enferm., v.15, n.4, p.607-11, 2011.

Agradecimentos

Aos adolescentes que aceitaram fazer parte desta pesquisa. Aos funcionários da escola municipal, que tão bem nos acolheram no nosso estágio, bem como pela colaboração prestada sempre que solicitada. À professora Mayenne, por toda a paciência, disponibilidade, carinho e amizade. 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.

ATIVIDADE EDUCATIVA SOBRE ALEITAMENTO MATERNO E AS EXPECTATIVAS SOBRE O ATO: RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Cherline Alves Rodrigues – Faculdade Vale do Salgado - che_linne@hotmail.com
Ananda Kelly Alves Brasil – Faculdade Vale do Salgado
Caroline Torres da Silva Cândido – Hospital Maternidade São Vicente de Paulo.
Luiza Fernandes Sobrino – Faculdade Vale do Salgado
Mara Widjany Costa Bezerra – Faculdade Vale do Salgado
Natália Silvestre de Carvalho – Faculdade Vale do Salgado

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Educação. Gestante

Resumo

Objetivou-se relatar uma atividade educativa às gestantes sobre aleitamento materno e suas expectativas sobre o ato. Trata-se de um relato de experiência do profissional enfermeiro de uma Estratégia de Saúde da Família na cidade de Icó/CE sobre uma atividade educativa de Aleitamento Materno exclusivo no mês de Junho de 2014 e a aplicação de um questionário com gestantes participantes. Os princípios da Resolução 466/2012 foram respeitados. A atividade educativa teve o tema “Aleitamento Materno Exclusivo: Mitos e Verdades” com auxílio de data show, cartazes afixados, entrega de folderes e ainda com a participação da fonoaudióloga do Núcleo de apoio à saúde da família; um café da manhã temático para expor os nutrientes necessários às mães no período da amamentação e dinâmicas conduzidas pelas próprias gestantes sobre suas expectativas após a atividade. Os resultados das respostas ao questionário foram: 70% das gestantes não amamentaram os filhos anteriores; 30% foram amamentadas quando crianças; 80% tem interesse em amamentar; 90% acreditam no valor nutricional e sabem da importância do aleitamento para o desenvolvimento do seu filho e 60% não tem apoio familiar, sendo que 90% destas participantes relatam que a avó materna não apoiam; 50% sofrem com o receio de não “ter leite”. Conclui-se que apesar dos avanços da promoção da saúde no que se diz respeito ao aleitamento materno exclusivo ainda existe uma falta de conhecimento por parte da população e de alguns profissionais de saúde. Percebeu-se também que o hábito cultural de alguns familiares não incentivarem o aleitamento contribui negativamente.

Introdução

A amamentação é uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode realizar para assegurar o bem-estar de seu filho, sendo uma importância ação de promoção à saúde⁵.

No Brasil, apesar de estudos mostrarem uma tendência a aumento da prática da amamentação nas últimas três décadas, ações de incentivo a essa prática devem ser intensificadas, já que estamos longe de atingir as metas propostas pela Organização mundial da Saúde (OMS)^{4,5}.

A ciência é unânime ao reconhecer o leite materno como fonte segura de nutrição para o humano, no início de vida, cujos benefícios repercutem para a idade adulta. Além de nutrir, atendendo às especificidades fisiológicas do lactente, o seu caráter funcional assegura proteção imunológica e função moduladora. Mais adiante da dimensão biológica, na prática da amamentação há inúmeros fatores, com diferentes efeitos sobre a dimensão social e a aparelhagem psíquica dos atores diretamente envolvidos⁷.

O aleitamento materno influencia diretamente na prevenção da mortalidade infantil, pois é capaz de reduzir, em 13%, os óbitos de crianças menores de cinco anos de idade. Entretanto, mesmo reconhecendo os inúmeros benefícios da amamentação para o binômio mãe e filho, as taxas de aleitamento materno no Brasil ainda se encontram baixas em virtude dos elevados índices de desmame precoce⁶.

Muitos fatores contribuem para o desmame precoce. No entanto, a falta de conhecimento sobre o aleitamento materno por parte das mães tem representado um papel importante na redução da duração dessa prática. O déficit de conhecimento das mães sobre o aleitamento materno, sua personalidade e atitude, além de sua autoeficácia para amamentar são fatores relevantes que podem interferir diretamente na interrupção precoce dessa prática. Reconhecendo que a autoeficácia é a confiança pessoal de que se pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir os resultados desejados relacionados à saúde, é oportuno que o enfermeiro considere esse aspecto, por meio de estratégias de educação em saúde, sobretudo no contexto do cuidado à mulher e à criança^{1,6}.

Alguns pesquisadores têm constatado resultados satisfatórios a partir de intervenções de educação em saúde, que foram capazes de modificar, positivamente, o senso de autoeficácia na amamentação em diversos contextos, por meio de vídeo, folhetos e visitas domiciliares por uma equipe de apoio à amamentação; na Austrália, através de livros interativos; no Japão, por meio de um programa que utilizava panfletos e DVD⁶.

Sendo assim, o que deve ser explorado pelos profissionais de saúde, e mesmo pelas instituições e órgãos de apoio ao aleitamento materno, é o fato deste não ser apenas um ato instintivo e puramente biológico. Trata-se de um processo multidimensional, que incorpora várias facetas da realidade vivenciada para mãe-mulher, devendo ser abordado a partir de uma visão ampla, sob o trinômio mãe-filho-família e do entorno social, histórico, cultural e econômico no qual o trinômio está inserido³.

Como também a importância de desenvolver ações de educação em saúde sobre aleitamento materno ainda no período gravídico, a fim de evitar um excesso de informações no pós-parto.

Diante da complexidade da prática da amamentação, faz-se necessária a atuação da equipe de saúde em diversas frentes, integrando todo o serviço e mobilizando todos os profissionais. Neste sentido, justifica-se o trabalho da equipe de saúde da família, já que é possível, por meio do vínculo família-profissional de saúde, realizar o acompanhamento e o aconselhamento das nutrizes, adequando suas ações à cultura, hábitos, crenças e posição socioeconômica, entre outros aspectos específicos da comunidade, bem como perceber as construções sociais das mães acerca do processo saúde-doença.

Atualmente, a prática do aleitamento materno está sendo retomada, com o intuito de aumentar a prevalência da amamentação exclusiva até o sexto mês, momento em que devem ser introduzidos outros alimentos complementares na dieta da criança, no entanto continua-se com a amamentação até o segundo ano de vida ou mais, a depender da nutriz, o que contribuirá para a diminuição dos índices de morbimortalidade infantil⁵. Nesta luta pela lactação natural é imprescindível a participação de todos, principalmente dos profissionais de saúde da atenção básica em mostrar às mães e à família a importância deste ato. E assim fizemos, decidimos realizar atividades educativas a fim de esclarecer dúvidas das gestantes para que a amamentação exclusiva seja feita e não interrompida precocemente.

Este estudo teve como objetivo, relatar uma atividade educativa às gestantes sobre aleitamento materno e suas expectativas sobre o ato.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência do profissional enfermeiro de uma Estratégia de Saúde da Família na cidade de Icó/CE sobre uma atividade educativa de Aleitamento Materno exclusivo no mês de Junho de 2014 com gestantes cadastradas na ESF citada. Estavam presentes dez participantes de 22 gestantes cadastradas, sendo que a atividade foi programada antecipadamente e comunicada a cada gestante em suas consultas de rotina. Aplicado um questionário semi-estruturado com as seguintes perguntas: amamentou anteriormente? A senhora foi amamentada? Apresenta interesse em amamentar? Quais suas principais dúvidas/medos? Tem conhecimento sobre as vantagens do aleitamento materno? Tem apoio familiar para a prática da amamentação? O que você tem a dizer deste encontro sobre aleitamento materno? Os princípios da Resolução 466/2012, no que se refere à pesquisa com seres humanos foram respeitados, como também assinado o Termo de Consentimento livre e Esclarecido.

Resultados

Evento foi dirigido por enfermeiro da ESF citada com o tema “Aleitamento Materno Exclusivo: Mitos e Verdades no intuito de esclarecer e tirar dúvidas existentes a respeito do assunto por parte das mesmas. A palestra teve exposição através de slides por data show, cartazes afixados que continham figuras que abordavam o assunto e algumas explicações básicas e entrega de folderes explicativos e ilustrativos. Contou ainda com a participação da fonoaudióloga do Núcleo de apoio à saúde da família que tirou dúvidas sobre a parte funcional da mamada. Além da educação em saúde, o evento contou com café da manhã temático para expor os nutrientes necessários às mães no período da amamentação tendo ajuda prévia do nutricionista. E ainda, dinâmicas com sorteios sendo conduzidas pelas próprias gestantes sobre os mitos e verdades que aprenderam na palestra.

Aplicado o questionário semiestruturado e encontrado os seguintes resultados: 70% das gestantes não amamentaram os filhos anteriores; 30% foram amamentadas quando crianças e 70 % não foram; 80% tem interesse em amamentar; 90% acreditam no valor nutricional e sabem da importância do aleitamento para o desenvolvimento do seu filho e 60% não tem apoio familiar, sendo que 90% destas participantes relatam que a avó materna não apoia; 50% sofrem com o receio de não “ter leite”.

Com os dados expostos, percebe-se que a questão de não ter sido amamentadas influencia negativamente em relação ao apoio familiar que na maioria das vezes a avó materna é a ajuda mais próxima da mãe neste momento. Além de terem a mãe como exemplo para a criação dos filhos.

As participantes, na sua maioria, relatam ter interesse em amamentar o filho, porém dizem não ter amamentado seus filhos anteriores por motivos de não apoio familiar e a pressão de não “ter leite” ou o “leite ser fraco”, lesões em mamilo e ainda a necessidade de voltar ao trabalho precocemente; Mesmo acreditando na nutrição, importância e vantagens do aleitamento exclusivo.

Conclusão

A partir deste estudo, conclui-se que apesar dos avanços da promoção da saúde no que se diz respeito ao aleitamento materno exclusivo, como pesquisas no assunto, campanhas educativas, propagandas através das mídias e o reconhecimento de alguns profissionais em relação ao assunto ainda existe uma falta de conhecimento por parte da população e de outros profissionais de saúde no incentivo no momento do pré natal, o qual é o melhor momento de mostrar sua importância à gestante. Percebeu-se também que devido o hábito cultural de alguns familiares não incentivarem o aleitamento contribui negativamente.

Referência

- 1.BALDAN, M.A.; FARIAS, V.P.; BÁCARO, S.D. Comparativo entre aleitamento materno exclusivo e outros tipos de leite no desenvolvimento imunológico de crianças de 0 a 12 meses. Rev. Funec Científica – Nutrição. v. 1, n. 1, 2013.
- 2.BOCCOLINI, C.S.; CARVALHO, I.M. DE L.; OLIVEIRA, M.I. DE C.; VASCONCELLOS, A.G.G. Fatores associados à amamentação na primeira hora de vida. Rev Saude Publica, 2011.
- 3.PEREIRA, R.S.V.; OLIVEIRA, M.I DE C. ANDRADE, C.L DE T.; BRITO, A DOS S. Fatores associados ao aleitamento materno exclusivo: o papel do cuidado na atenção básica. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2010.
- 4.ROIG, A.O; MARTÍNEZ, M.R.; GARCÍA, J.C.; HOYOS, S.P.; NAVIDAD, G.L.; ÁLVAREZ, J.C.F.; PUJALTE, M.D.M.C.; GONZÁLEZ, R.G.L. Fatores associados ao abandono do aleitamento materno durante os primeiros seis meses de vida. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 2010.
- 5.TEIXEIRA, M.A.; NITSCHKE, R.G.; GASPERI, P. DE; SIEDLER, M.S. Significados de avós sobre a prática do aleitamento materno no cotidiano familiar: a cultura do querer-poder amamentar. Texto Contexto Enferm. v.15, n.1, p.98-106, 2006.
6. DODT, R.C.M.; FERREIRA, A.M.V.; NASCIMENTO, L.A.do; MACÊDO, C.A.; JOVENTINO, E.S.; XIMENES, L.B.; Influência de estratégia de educação em saúde mediada por álbum seriado sobre a autoeficácia materna para amamentar. Texto Contexto Enferm. v. 22, n. 3, p. 610-618, 2013.
- 7.ARAUJO, R.M.A.; ALMEIDA, J.A. G. de. Aleitamento materno: o desafio de compreender a vivência. Rev. Nutr. v.20, n.4, p. 431-438, 2007.

Agradecimento

À equipe da Unidade Básica de Saúde – Centro pela abertura e apoio à pesquisa em saúde.

À equipe do Núcleo de Atenção da Saúde da Família pelo companheirismo nas atividades realizadas.

Às participantes da pesquisa que participaram com empolgação, além da confiança e carinho depositados nos pesquisadores.

ATIVIDADE FÍSICA DURANTE O CLIMATÉRIO PROPORCIONANDO QUALIDADE DE VIDA PARA A POPULAÇÃO FEMININA

Bruna da Conceição Lima (Apresentadora) – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), brunalima_21@hotmail.com
Tayanny Teles Linhares Bezerra – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)
Ronaldo César Aguiar Lima – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
Layana Liss Rodrigues Ferreira – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)
Layanny Teles Linhares Bezerra – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)
Sílvia da Conceição Lima (Orientadora) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)

Palavras-chave: Climatério. Qualidade de vida. Prática regular de atividade física. Feminina.

Resumo

O Climatério compreende o período de transição entre a vida reprodutiva da mulher e a Senescência, geralmente, começando aos 35 e estendendo-se aos 65 anos. A sintomatologia inerente a esse período é variada e condiciona diversas limitações sobre a população feminina no período que antecede a menopausa, diminuindo a qualidade de vida das mesmas. No entanto, a prática regular de exercícios físicos tem se mostrado como uma forma positiva de relevar esses sintomas do Climatério. Assim sendo, a presente pesquisa teve por objetivo conhecer o Climatério, para assim encontrar, na prática regular de exercícios físicos, mecanismo eficaz que possam diminuir as limitações decorrentes desse período. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, em que, primeiramente, desenvolvemos uma pesquisa teórica nos principais bancos de dados periódicos on-line (SciELO, MEDLINE, CAPES), além de consultas em algumas bibliografias consideradas clássicas no assunto, e, posteriormente, aplicamos uma entrevista com um grupo de 24 mulheres, sendo que 12 praticavam exercícios e 12 não praticavam. Após análise dos dados, verificamos menores índices de sintomas característicos do Climatério em mulheres que praticam atividade física regularmente, evidenciando que um programa de exercícios físicos traz para o corpo da mulher benefícios específicos relacionados com os sintomas deste período.

Introdução

Nas últimas décadas, o mundo experimentou um agradável aumento da expectativa de vida da população. E seguindo as expectativas globais, o Brasil também experimentou um notório acréscimo nas Taxas de Expectativa de Vida (IBGE, 2013). Nesse cenário, Galvão (2007) destaca que a expectativa de vida feminina ultrapassa a masculina, o que acarreta um crescimento expressivo de mulheres vivenciando o Climatério, fato que torna esse período cada vez mais significativo em termos da Saúde Pública.

O Climatério compreende um período fisiológico caracterizado pela depleção de folículos ovarianos e subsequente falência funcional dessas gônadas, acarretando cessação permanente das menstruações, fenômeno popularmente conhecido por Menopausa (FREITAS et. al., 2006). De forma geral compreende um período de transição entre a vida reprodutiva da mulher e a Senescência. No entanto, não há critérios definidos para afirmar que uma mulher se encontra no Climatério, restando somente idade cronológica, geralmente dos 35 aos 65 anos, como único critério utilizado para o Climatério (VALENÇA; GERMANO, 2010).

Mesmo sendo um período de difícil diagnóstico, sabe-se que o Climatério é recheado de sintomas que comprometem a Qualidade de Vida (QV) de mulheres em meia-idade (BRASIL, 2008). Dias; Lima (2008) afirmam que no Climatério, as mudanças psicológicas e físicas na mulher são tantas, que acabam por tornar essa etapa a mais marcante do envelhecimento feminino.

No entanto, estudos recentes demonstram que boa parte dessas transformações vivenciadas pelas mulheres no Climatério, pode ser diminuída através da Modificação do Estilo de Vida (MEV), ou seja, através de dietas equilibradas e adoção de Atividades Físicas regulares. A prática de exercícios apresenta resultados significativos, como afirma Guedes (2007), a atividade física é capaz de melhorar a qualidade de vida inclusive de mulheres no Climatério.

Assim sendo, a presente pesquisa procurou identificar as alterações mais frequentes no Climatério, e teve por objetivo conhecer este universo, para assim encontrar, na prática regular de exercícios físicos, mecanismo eficaz que possa prevenir comorbidades decorrentes desse período, ou mesmo amenizar a sintomatologia, melhorando consequentemente a qualidade de vida dessas mulheres.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de campo com um estudo descritivo e abordagem qualitativa, somente realizada após parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, e que objetivou conhecer os sintomas climatéricos mais presentes nas mulheres e contribuir para a qualidade de vida das mesmas.

O Cenário de estudo, foi uma Unidade Básica de Sobral, interior do Ceará, local onde comumente essas mulheres procuram atendimento e realizam atividades físicas na praça destinada a essas atividades, nas proximidades da referida Unidade de Saúde. Como critérios de exclusão, adotamos a idade cronológica, e foram excluídas do estudo todas as mulheres com idade inferior a 45 anos. Desta forma a população amostral foi composta por mulheres climatéricas com idade superior a 45 anos, que aceitaram participar da pesquisa mediante adesão do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme preconiza a Resolução nº 466/12. Nesse estudo, participaram 24 mulheres, divididas em dois grupos. Grupo A, formado por 12 mulheres que praticavam alguma atividade física regular e Grupo B, composto por 12 mulheres não praticantes de programas de exercícios.

O estudo desenvolveu-se de julho de 2013 a abril de 2014, sendo que a coleta de dados foi realizada nos meses de agosto a dezembro de 2013. Sendo composto por três fases, a fase de pesquisa teórica, a fase de pesquisa de campo e a fase de orientação sobre as principais dúvidas das mulheres pesquisadas.

O instrumento utilizado para obtenção de dados foi um questionário fechado, com perguntas do tipo: Qual sua percepção sobre climatério? Como você se sente atualmente com relação ao climatério? Você pratica atividade física? Você acredita que a prática de atividade física regular auxilia no controle dos sintomas do climatério? E quanto a sintomas do climatério adotamos uma adaptação ao Índice de Kupperman (IK), um dos instrumentos mais utilizados na avaliação clínica da sintomatologia climatérica, envolvendo onze sintomas ou queixas.

Os dados coletados foram analisados e dispostos em forma de tabelas e gráficos por meio dos programas Microsoft Word e Excel para melhor compreensão dos resultados.

Resultados e Discussão

Conforme previsto em metodologia, dividimos a população amostral em 2 grupos, Grupo A (Mulheres que praticam atividades físicas) e

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

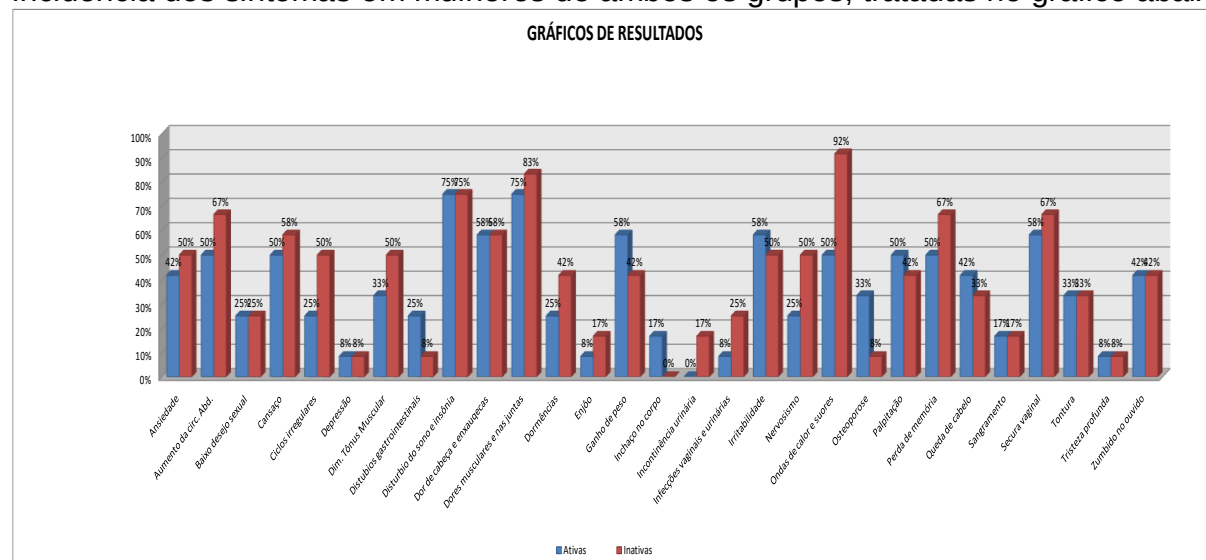
Grupo B (Mulheres que não praticam atividades físicas). Após análises dos questionários, pudemos identificar o nível de bem-estar das participantes de ambos os grupos.

Já nas análises das primeiras perguntas, torna-se evidente que a atividade física proporciona melhora na qualidade de vida das mulheres em fase de climatério, pois quando questionadas sobre o nível de bem estar, foi notória a ação benéfica da prática de atividades físicas, pois de acordo com os dados levantados, 25% das mulheres do Grupo A afirmaram se sentir bem enquanto somente 17% do Grupo B confirmaram essa mesma afirmativa.

No que se refere aos sintomas climatéricos, todos os sintomas relacionados por Kupperman (cansaço, musculatura enfraquecida, tontura, aumento da circunferência abdominal, lubrificação vaginal, fadiga, distúrbios do sono e insônia, diabetes, distúrbios gastrointestinais, inchaço no corpo, dor de cabeça ou enxaqueca, baixo desejo sexual, dores musculares e nas articulações, queda de cabelo, incontinência urinária, ganho de peso, infecções vaginais e urinárias, dormências, ondas de calor e suores, ciclos irregulares, osteoporose, palpitação, zumbido no ouvido, problemas de coração, ansiedade, enjôo, depressão, perda de memória, nervosismo, humor variável e sangramento), foram apontados e diversas foram as intensidades encontradas.

Os mais relatados foram o aumento da circunferência abdominal, distúrbios do sono e insônia, dor de cabeça e enxaqueca, dores musculares e nas juntas, ondas de calor e sudorese, perda de memória e secura vaginal. Em termos significativos as ondas de calor e suores apresentaram maior incidência.

A vasta lista destes sintomas e seus respectivos percentuais podem ser listados são apresentados no gráfico abaixo, que compara a incidência dos sintomas em mulheres de ambos os grupos, tratadas no gráfico abaixo como ativas (Grupo A) e inativas (Grupo B).



O gráfico acima reflete os resultados dos estudos de Lins; Corbucci (2007), que também apontavam que todos os sintomas climatéricos são mais frequentes em mulheres que não praticam atividades físicas. Todavia, o que nos chama a atenção no presente estudo foram as grandes disparidades encontradas entre os grupos.

Dentre esses sintomas, o mais comum são as ondas de calor, presentes em quase todas as mulheres. Achado que segue os estudos de Martins et. al. (2009), que demonstrou que as ondas de calor estão entre as queixas mais comuns entre mulheres na menopausa.

No entanto, na amostra pesquisada, as ondas de calor também se destacam e assumem maior diferença entre os grupos, pois é a manifestação apontada por 92% das mulheres do Grupo B, e 50% das mulheres ativas (Grupo A).

Contrariando as expectativas, que apontam a diminuição da libido e do prazer sexual em mulheres ao final de suas vidas reprodutivas, uma mulher de nossa amostra (Grupo A) isolou-se ao afirmar que teve aumento do apetite sexual. De forma bem particular, segue exatamente os achados de Christiane (2004), que afirmou que o orgasmo feminino na menopausa é muito intenso, pois as terminações nervosas estão mais aguçadas. No entanto, é difícil prever se as atividades físicas que a mesma realiza tem influência sobre esse aumento da libido, ou esse é um achado ímpar.

Um segundo caso que foi contra a maioria dos estudos levantados, foi uma das mulheres também do Grupo A, que afirmou que depois de entrar no período de climatério passou a ter mais sono, entretanto esta mesma mulher passou a ter mais tempo para se dedicar a atividades de lazer e exercícios, gerando também um quadro difícil de ser analisado.

No que diz respeito às atividades físicas realizadas, somente as mulheres que compõem o Grupo A puderam responder a essa questão, visto que o Grupo B não realiza qualquer atividade. Dentre as atividades físicas foram citadas a musculação, a caminhada, a hidroginástica e o pilates. Sendo a caminhada e a musculação as atividades físicas mais apontadas.

Portanto, a prática de atividades físicas apresenta-se como um fator preditor de bem estar em qualquer fase da vida da mulher. Todas as mulheres entrevistadas, ou seja, as vinte e quatro (ativas e inativas) foram unânimes em concordar que a prática de atividade física regular é benéfica e auxilia no controle dos sintomas do climatério, melhorando a qualidade de vida de mulheres que passam por essa fase tão marcante de suas vidas.

Conclusão

O Climatério é um evento universal, que faz parte da evolução de todas as mulheres que atingem a meia idade. Representa momento de transição, durante o qual as alterações físicas e psicológicas que comprometem a qualidade de vida da mulher.

Mesmo sendo um processo natural vivenciado por todas as mulheres ao final de suas vidas reprodutivas, as mulheres pouco sabem sobre o Climatério e alguns profissionais só detêm informações vagas. Os sintomas são múltiplos, mas com conhecimento das diversas formas de amenizá-los, pode-se garantir a mulher um Climatério menos agressivo, mais fisiológico.

Os resultados apresentados por esta pesquisa demonstram que a sintomatologia climatérica mostrou-se significativamente mais intensa entre as mulheres que não praticam atividade física regular, evidenciando que um programa de exercícios físicos traz para o corpo feminino benefícios específicos relacionados com os sintomas característicos.

Assim, a adoção de atividades físicas para promover melhoria da saúde e qualidade de vida da mulher no Climatério é necessária e deve ser estimulada, de acordo com as características individuais de cada mulher.

Referências

BRASIL. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: 2008. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br>. Acesso em 20/10/2013.

CHRISTIANE, Northrup. A sabedoria da menopausa: curando e criando saúde física e emocional. São Paulo: Gaia, 2004.

DIAS, BEG; LIMA, EC. Adaptação ao Climatério e a Ação da Enfermeira. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste-MG-V.1-N.1-Nov./Dez. 2008. Disponível em: <http://www.unilestemg.br>. Acesso em: 25/11/2013.

FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M.L. Tratado de Geriatria e Gerontologia. - 2. Ed - Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, p. 1332.

GALVÃO, LLLF; FARIAS, MCS; AZEVEDO, PRM; VILAR, MJP; AZEVEDO, GD. Prevalência de transtornos mentais comuns e avaliação da qualidade de vida no climatério. Rev Assoc Med Bras: 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 22/11/2013.

GUEDES, D. P. Musculação: estética e saúde feminina. São Paulo: Phorte, 2007.

LINS, RG; CORBUCCI, PR. A importância da motivação na prática de atividade física para idosos. Estação científica online. Juiz de Fora, n. 04, abr./mai. 2007.

MARTINS, M.A.D.; NAHAS, E.A.P.; NETO, J.N.; EUMURA, G.; BUTTROS, D.A. B.; TRAIMAN, P. *Qualidade de vida em mulheres na pós-menopausa, usuárias e não usuárias de terapia hormonal*. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n4/07.pdf>. Acesso em: 25/11/2013.

VALENÇA, C.N.; GERMANO, R.M. Concepção de mulheres sobre menopausa e climatério. Rev. Rene (Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste), Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n1_html_site/a17v11n1.htm. Acesso em 20.10.2013.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer às mulheres que aceitaram conversar sobre essa fase tão difícil de suas vidas.

ATIVIDADE FÍSICA E DIETA NO CONTROLE METABÓLICO DOS PACIENTES COM DIABETES MELLITUS

Autor 1 (apresentador) – Vitória Nascimento de Souza – Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE) – vitoriasouza@yahoo.com.br

Autor 2 – Alexandra da Silva Pereira – Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE)

Autor 3 – Cristiana da Silva Nogueira – Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE)

Autor 4 – Natalia de Lima Vesco – Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE)

Autor 5 – Adma Câmara Soares Lima – Universidade Federal do Ceará (UFC)

Autor 6 (Orientador) – Samila Torquato Araújo - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: DiabetesMellitus, Hiperglicemia, Assistência de Enfermagem.

Resumo

É reconhecido que a prática de atividade física e dieta são pilares no tratamento do portador de diabetes mellitus (DM), pois o alcance do ótimo controle glicêmico está diretamente relacionado ao uso dos medicamentos, bem como adesão ao exercício físico e dieta, e assim proporcionar a redução das complicações decorrentes da doença. Objetiva-se identificar a relevância da prática de atividade física e dieta sobre o controle metabólico de pacientes atendidos na atenção básica. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo, realizado em 2010 no município de Fortaleza/CE. Os dados foram coletados em duas unidades de saúde, alcançando uma amostra de 256 pessoas com DM. O estudo obedeceu às exigências e aos princípios éticos para sua realização, conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Dos 256 pacientes entrevistados, 66,8% eram mulheres, com predomínio da faixa etária acima de 61 anos (46,9%). Quanto aos hábitos de vida, 43,7% (112) praticavam exercício físico, 48,0% (123) realizavam dieta acompanhados por profissional de saúde, 30,4% (77) dos pacientes realizavam dieta associada a prática de atividades físicas. Quanto a HbA1c 28,1% (72) dos pacientes alcançaram a meta para o tratamento da glicemia HbA1c <7%. Sabe-se que a atividade física associada a dieta é fundamental para o ótimo controle de pacientes com DM quando associado ao tratamento medicamentoso, contudo, apesar dos benefícios, poucos pacientes praticam essas mudanças no estilo de vida, isso pode ser visto pela minoria de pacientes que alcançaram a HbA1c dentro da meta recomendada.

Introdução

As transformações atuais que veem ocorrendo na econômica, política e sociedade em geral, têm causado modificações na forma como os indivíduos organizam sua vida, seu tempo e na forma pela qual determinam suas prioridades. Estas mudanças acabam interferindo diretamente na qualidade de vida da população, que por sua vez, acabam repercutindo para mudanças dos padrões de adoecimento. As Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) são um exemplo desta nova realidade, consideradas como epidemia na atualidade constitui um sério problema de saúde pública não somente no Brasil, mas em todo o mundo (BRASIL, 2008).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), as doenças crônicas podem ser consideradas: doenças cardiovasculares (cerebrovasculares, isquêmicas), as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas e diabetes mellitus, além de incluir outras doenças específicas, são responsáveis por causar sofrimento em indivíduos e na sociedade (BRASIL, 2008).

As doenças cardiovasculares (DCV) e o diabetes mellitus (DM) possuem fatores de risco em comum, portanto, a abordagem preventiva também é realizada de forma comum as duas patologias (BRASIL, 2013).

A incidência de pessoas com DCNT e o crescimento do número de óbitos decorrente destas doenças, levou a criação do Plano de Ações para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil que almeja até o ano de 2022 reduzir a incidência destas doenças não transmissíveis em todo país. As medidas são realizadas através de eixos que objetivam: Eixo I - vigilância, informação, avaliação e monitoramento; Eixo II – prevenção e promoção da saúde; Eixo III – cuidado integral (ANVISA, 2014).

Dentre as DCNT, o Diabetes Mellitus é uma das principais doenças incapacitantes, causado por complicações evitáveis, levando a cegueira, insuficiência renal e amputação de membros inferiores. O tratamento destas complicações bem como a prevenção do DM é altamente oneroso para a saúde (OMS, 2014).

O termo Diabetes Mellitus (DM) refere-se a um grupo de doenças metabólicas, caracterizadas por níveis aumentados de glicose no sangue (hiperglicemia), devido a defeitos na secreção e/ou na ação da insulina (ADA, 2014).

Dados epidemiológicos apresentados pela Sociedade Brasileira de Diabetes (2014) estimava haver 30 milhões de adultos com DM no mundo, em 2002 atingiu 173 milhões, e até 2030 a projeção é de se chegar aos 300 milhões.

Dois terços da população com DM no mundo vivem em países em desenvolvimento, sua incidência tem aumentado em detrimento do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da crescente prevalência de obesidade e sedentarismo, associada a uma maior sobrevida dos pacientes com DM (SBD, 2014).

As principais classificações do Diabetes são o Diabetes Mellitus tipo 1, Diabetes Mellitus tipo 2, Diabetes Mellitus Gestacional e DM associado a outras condições ou síndromes (BRUNNER & SUDDARTH, 2012).

O DM1 resulta do processo de destruição da célula beta (responsável pela secreção da insulina), que leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando a administração de insulina é necessária para prevenir cetoacidose. A destruição das células beta é geralmente causada por processo autoimune. Esta destruição em geral é rapidamente progressiva, ocorrendo principalmente em crianças e adolescentes, mas podendo ocorrer também em adultos. O tratamento de escolha é insulino terapia associado a mudanças de estilo de vida (BRASIL, 2013).

O DM2 ocorre devido a uma resistência à insulina que refere-se a uma sensibilidade tecidual diminuída à insulina. Normalmente, a insulina liga-se a receptores especiais sobre as superfícies celulares e desencadeia uma série de reações envolvidas no metabolismo da glicose. No DM2, essas reações intracelulares estão diminuídas, tornando a insulina menos efetiva na estimulação da captação de glicose pelos tecidos e na regulação de sua liberação pelo fígado. Ocorre mais comumente entre indivíduos com mais de 30 anos de idade e com histórico de excesso de peso. Tratamento de escolha é não farmacológico com a mudança de estilo de vida associado ao farmacológico quando necessário (BRUNNER & SUDDARTH, 2012).

Com isso pode-se considerar que, em qualquer que seja a classificação do DM, uma completa adesão as mudanças de estilo de vida, atua não somente como um benefício ao tratamento não farmacológico, mas também como fator preventivo e de promoção a saúde dos indivíduos.

O referido estudo objetiva identificar a relevância da prática de atividade física e dieta sobre o controle metabólico dos pacientes com diabetes mellitus.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Cabe aos profissionais de saúde instruir os pacientes quanto à importância desta temática, salientando os riscos e as consequências que as elevadas taxas glicêmicas podem vir a causar danos irreversíveis.

O Ministério da Saúde preconiza que o processo de educação em saúde deverá ser contínuo e iniciado na primeira consulta, sendo fundamental para o plano de cuidados dos portadores de DM. Os pilares do tratamento são às mudanças no estilo de vida, com adesão à prática de atividade física e realização de dieta acompanhada por profissional de saúde além da abstinência do uso de álcool e tabaco. Estas ações são essenciais para o alcance de um ótimo controle metabólico, evitando dessa forma possíveis complicações da doença (BRASIL, 2013).

Metodologia

Tipo de Estudo:

Trata-se de um estudo exploratório descritivo.

Cenário e Período:

O estudo foi realizado em 2010, no município de Fortaleza/CE, abrangendo duas unidades de saúde na área de abrangência da Secretaria Executiva Regional (SER III).

População e Amostra:

População do estudo são pessoas com DM acompanhados no Centro de Saúde Anastácio Magalhães (CSAM) ou no Ambulatório de Diabetes do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC). E como amostra foram selecionados, de forma sequencial, em atendimento nos referidos locais, 256 pessoas com DM, sendo 116 do CSAM e 140 HUWC.

Coleta e Análise dos Dados:

Os dados coletados foram relacionados a variáveis sócio-demográficas, clínicas, terapia medicamentosa, não-medicamentosa e adesão ao tratamento. Os dados foram obtidos a partir de uma entrevista dirigida pelo próprio pesquisador e cinco alunas acadêmicas de enfermagem. Os participantes foram entrevistados antes da consulta médica de rotina e cada entrevista teve uma duração de 25 minutos.

Os resultados dos exames laboratoriais foram obtidos a partir da análise dos prontuários em um segundo momento na unidade de saúde onde o paciente era acompanhado (CSAM ou Ambulatório de Diabetes HUWC) e os dados dos valores antropométricos foram coletados por meio do exame após a entrevista.

Para organização dos dados, foi criado, primeiramente, um banco de dados no programa Excel, os quais foram posteriormente transportados para o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 1.4, para Windows). Os dados dos pacientes foram divididos por local onde eram acompanhados para tratamento da doença.

Aspectos Éticos:

Os princípios éticos foram seguidos em todas as fases do estudo, em consonância com o que preconiza a Resolução nº466 do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa com seres humanos do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde. Este foi aprovado sob o número de protocolo 163/10, em 06 de agosto de 2010.

Os participantes do estudo foram orientados sobre o anonimato, natureza, objetivos e benefícios da pesquisa. Além disso, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para o estudo, após uma explanação verbal e escrita, podendo retirar sua anuência no momento que o desejassem.

Resultados e Discussão

Dos 256 pacientes entrevistados, 66,8% eram mulheres, com predomínio da faixa etária acima de 61 anos (46,9%). Quanto aos hábitos de vida, 43,7% (112) praticavam exercício físico, sendo que deste total aproximadamente 2,6% (3) dos pacientes apresentavam a glicemia em jejum normal <110 mg/dl. Identificamos também que 48,0% (123) realizavam dieta acompanhada por profissional de saúde, contudo apenas 15,4% (19) da população apresentava a glicemia em jejum dentro dos parâmetros de normalidade, 30,4% (77) dos pacientes realizavam dieta associada a prática de atividades físicas, deste total 30% (23) apresentavam a glicemia em jejum dentro dos parâmetros de normalidade. Quanto a HbA1c, que é um exame utilizado para avaliar o controle glicêmico em médio e em longos prazos, refletindo os níveis glicêmicos dos últimos dois/três meses, 28,1% (72) dos pacientes alcançaram a meta para o tratamento da hiperglicemia HbA1c <7%.

Estes parâmetros demonstram que para se alcançar melhores taxas de controle glicêmico, é de fundamental importância que a prática de exercício físico seja associada a realização da dieta alimentar. Constatamos que, os resultados esperados não obtiveram resultados significativos quando realizados separadamente. Os profissionais de saúde são fundamentais para prestação de educação em saúde a população, pois fornece as medidas de adesão correta para se alcançar o controle dos níveis glicêmicos, em contra partida, os próprios pacientes não podem ser eximido da responsabilidade de buscarem melhores índices de saúde. Este trabalho deve ser realizado em conjunto entre pacientes e os profissionais de saúde.

Conclusão

Sabe-se que atividade física associada a dieta é fundamental para o ótimo controle metabólico de pacientes com DM, contudo, apesar dos benefícios, poucos pacientes praticam essas mudanças no estilo de vida, isso pode ser visto pela minoria de pacientes que alcançaram a HbA1c dentro da meta recomendada. A ação continua dos profissionais enfermeiros nas ações de educação e promoção da saúde visam uma completa adesão as mudanças de estilo de vida pelos pacientes, para se alcançar um melhor padrão de qualidade de vida.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011-2022. Disponível em: <[http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/23f297804c8702559f5fdf93d95c4045/4.Plano+Nacional+de+Enfrentamento+das+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis+\(DCNT\).pdf?MOD=AJPERES](http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/23f297804c8702559f5fdf93d95c4045/4.Plano+Nacional+de+Enfrentamento+das+Doen%C3%A7as+Cr%C3%B4nicas+N%C3%A3o+Transmiss%C3%ADveis+(DCNT).pdf?MOD=AJPERES)> Acessado em: 24. Jul. 2014.

American Diabetes Association. Disponível em: <<http://www.diabetes.org/diabetes-basics/?loc=db-slabnav>>. Acessado em: 21 abr.

2014.

ARAUJO, Samila Torquato. Adesão terapêutica dos portadores de Diabetes mellitus atendidos na rede pública de saúde do município de Fortaleza, Ceará. 2011. 161 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Federal do Ceará, Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72 p. – (Série B. Textos Básicos de Atenção à Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 8).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus. Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRUNNER & SUDDARTH. SMELTER, Suzame C.; BARE, Brenda G.; HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. v. 3. p. 1200-1249.

Organização Mundial de Saúde (OMS). Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=category&id=901&layout=blog&Itemid=539>. Acessado em: 24. Jul. 2014.

Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acessado em: 21 abr. 2014.

_____. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

Agradecimentos

Às nossas queridas professoras orientadoras deste estudo Samila Torquato Araújo e Adma Câmara Soares Lima que sempre acreditaram em nosso potencial e nos estimularam a iniciação científica. Obrigada por serem exemplo para nós e por sempre contribuírem para nosso crescimento acadêmico e profissional.

ATIVIDADE FÍSICA E PROMOÇÃO À SAÚDE ENTRE OS TRABALHADORES DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

Autor 1 – Hosana Mônica Fernandes Tabosa – Secretaria Estadual de Saúde – hosanatabosa@yahoo.com.br

Autor 2 – Harrismana Andrade Pinto – Secretaria Estadual de Saúde

Autor 3 – Ana Maria Barroso Coelho – Hospital Geral de Fortaleza

Autor 4 – José Luis Paiva – Secretaria Estadual de Saúde

Autor 5 – José Maria Ximenes Guimarães – Secretaria estadual de Saúde

Autor 6 - Fabíola de Lima Gonçalves – Secretaria Estadual de Saúde

Palavras-chave: Ginástica laboral, qualidade de vida, promoção à saúde.

Resumo

A promoção de saúde, está entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, e a informação e educação em saúde com ênfase na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, com cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento. O trabalhador da saúde, com trabalho intenso, muitas vezes exaustivo, devendo ser cuidado também para evitar adoecimento, cuidado para cuidar.

O Programa “Qualidade de Vida”, elaborado e desenvolvido pela Coordenadoria do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), com objetivo de promover saúde entre os trabalhadores da Secretaria Estadual de Saúde (SESA), foi instituído em 2010 e é desenvolvido em treze unidades da SESA, sendo duas em nível de gestão. Citamos as atividades desenvolvidas: ginástica laboral, dança de salão e yoga.

Dentre as atividades desenvolvidas, a ginástica laboral é a de maior adesão entre os trabalhadores, talvez pela praticidade, por ser realizada no próprio ambiente de trabalho e não necessitar de vestimentas específicas. Além da ginástica propriamente dita, o profissional faz orientações sobre ergonomia e sensibilização para prática de atividade física para além do ambiente de trabalho, estimulando para práticas saudáveis.

Introdução

Como objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde, citamos “Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso e bens e serviços essenciais.” As condições de trabalho são determinantes para produção ou não de saúde dos trabalhadores. Destacamos as Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), sendo causadas pela utilização biomecanicamente incorreta dos músculos, dos tendões, das fâscias ou dos nervos, resultando em dor, fadiga, queda do rendimento no trabalho e até mesmo incapacidade temporária, podendo evoluir para a cronicidade. (Oliveira, 2007).

No âmbito físico da condição humana, destaca-se a fadiga por causa dos longos períodos de trabalho, sem uma atividade de pausa, como fator desencadeante de dores e espasmos musculares, sendo agravados pelo longo tempo no trabalho. Citamos fatores importantes que contribuem para o adoecimento dos trabalhadores por Lesões por Esforços Repetitivos (LER) e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT): força, repetição, velocidade, digitação, escrita, atendimento ao telefone, entre outros. (FORNASARI, et al, 2000). Essas atividades são desenvolvidas rotineiramente pelos trabalhadores do nível central da (SESA), pois além de uma excessiva jornada de trabalho, muitas vezes necessitando de jornadas extras.

Segundo Alvarez (apud Figueiredo e Alvão, 2005), a ginástica laboral teve origem no Japão, em 1928, sendo aplicada nos funcionários dos correios, sendo expandida por todo o país, após a segunda guerra mundial. Em 1901, surge no Brasil as primeiras manifestações de atividades físicas para os trabalhadores, mas a ginástica laboral teve sua proposta publicada somente em 1973. Algumas empresas passaram a investir em empreendimentos, com opções de lazer e de esporte para os funcionários, citamos como pioneira a Fábrica de Tecidos Bangu e o Banco do Brasil, com a criação da Associação Atlética do Banco do Brasil. (Oliveira, 2007)

A ginástica laboral compreende exercícios específicos de alongamento, de fortalecimento muscular, de coordenação motora e de relaxamento realizados dentro da empresa, no próprio local de trabalho, com objetivo de promover saúde, com redução de riscos para o desenvolvimento de doenças como LER/DORT, diminuição do stresse e melhora do relacionamento interpessoal. Lima (2004) conceitua a ginástica laboral como “a prática de exercícios, realizada coletivamente, durante a jornada de trabalho, prescrita de acordo com a função exercida pelo trabalhador, tendo como finalidade a prevenção de doenças ocupacionais, promovendo o bem-estar individual, por intermédio da consciência corporal.”

Com objetivo de descrever sobre o Programa “Qualidade de Vida”, elaborado e desenvolvido pela Coordenadoria do Trabalho e da Educação na Saúde (CGTES), atendendo a solicitações de servidores da Secretaria Estadual da Saúde (SESA), essa prática de promoção à saúde dos trabalhadores foi adotada pela SESA desde 2010. A ginástica laboral é oferecida para promoção de saúde com os servidores do nível central, sendo instituído no nível central e em unidades hospitalares e ambulatoriais da rede SESA. O programa oferece ainda dança de salão e yoga para promover saúde aos trabalhadores.

Metodologia

Foi utilizado neste estudo de documentos como fonte de informações, conseqüentemente, será caracterizada como uma pesquisa documental com uma abordagem qualitativa. A pesquisa documental segundo Cellard(2008) favorece a observação do processo de maturação ou de evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, mentalidades, práticas, entre outros.

Figueiredo(2007) complementa lecionando que a pesquisa documental tem o documento como objeto de investigação, que oferece seu conteúdo para elucidar questões de acordo com o interesse do pesquisador.

A pesquisa foi desenvolvida na SESA, por meio da apreciação de relatórios elaborados pelo Núcleo de Desenvolvimento Humano da CGTES, e por utilizar como base de fonte de dados documentos institucionais, a pesquisa pode também ser caracterizada como documental.

Os dados analisados compreenderam o período de 2012 e 2013 para a análise de conteúdo consiste num conjunto de instrumentos metodológicos utilizado no estudo das interpretações, podendo ser utilizado na análise de quaisquer comunicações que ocorram entre emissor e receptor (COOPER; SAYD, 2000). Para Bardin(1977), a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Bardin explica como se desenvolve este processo de análise. O método de Análise de Conteúdo trata a informação seguindo um roteiro:

pré-análise - consiste na escolha dos documentos, formulação de hipóteses e objetivos da pesquisa; exploração do material - aplicação de técnicas de acordo com os objetivos e; tratamento dos resultados e interpretações (BARDIN, 1977). Na análise documental toma-se em consideração a totalidade de um texto, classificando-o segundo a frequência de presença (ou de ausência) de itens de sentido.

Resultados e Discussão

O programa “Qualidade de vida” foi implementado para atender uma solicitação dos próprios trabalhadores das unidades de saúde do Estado do Ceará. Idealizado no ano de 2010 e implementado no ano seguinte através de contrato de prestação de serviços através de professores com formação acadêmica. As atividades são desenvolvidas em onze unidades assistências da SESA e duas unidades de gestão.

Citamos as unidades assistenciais: Hospital Geral de Fortaleza, Hospital São José, Hospital Saúde Mental de Messejana, Hospital Messejana, Hospital Polícia Militar, HEMOCE, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital Geral Cesar Cals, Instituto de Prevenção do Câncer do Ceará, Centro de Diabetes e Hipertensão, LACEN. A SESA (nível central) e a 1ª Coordenadoria Regional de Saúde também participam do programa.

A ginástica laboral é a modalidade com maior participação, sendo facilitada a adesão pela praticidade no que se refere ao vestuário e podendo ser realizada no próprio ambiente de trabalho. O nível central é o local com maior adesão ao programa, talvez por ser um nível de gestão, administrativo, e o atendimento ao público ser infinitamente menor do que nas unidades assistenciais.

Na SESA, objeto desse trabalho, a modalidade laboral é realizada em vários setores por um Educador Físico, duas vezes por semana, nas terças e quintas-feiras, com duração média de quinze minutos por setor e uma participação média de doze servidores. O profissional de educação física, além das aulas de ginástica laboral, ampliou sua atuação para orientações sobre ergonomia, postura correta, adaptações ao ambiente de trabalho, importância das pausas na jornada de trabalho e orientações sobre qualidade de vida. A promoção à saúde no ambiente de trabalho, tem favorecido a uma melhora significativa sobre o stresse e humor.

Conclusão

A promoção à saúde é uma das estratégias de produção de saúde, tem sido implementada em diversos contextos, com distintas concepções e propostas de intervenção mais ou menos abrangentes. A Carta de Ottawa define promoção da saúde como “o processo e capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. Observe-se a ligação estabelecida entre saúde e qualidade de vida e a ênfase na capacitação e ação da comunidade sobre o processo que liga estas duas condições (BUSS, 2002).

Capacitar o trabalhador da saúde para o autocuidado, na prevenção de doenças ocasionadas pelo trabalho, tais como LER/DORT, stresse, sensibilizando esse profissional para o desenvolvimento de hábitos saudáveis também fora do ambiente de trabalho, sensibilizando-os para prevenção de lesões e stresse através da atividade física e de ambientes favoráveis, através da ergonomia do ambiente de trabalho. O desenvolvimento da prática de atividade laboral na SESA vem se desenvolvendo de forma crescente e positiva por parte dos trabalhadores, mas ainda muito incipiente, necessitando de sensibilização para uma maior adesão.

Referências

- APPOLINÁRIO, F. Dicionário de metodologia científica: um guia para a produção do conhecimento científico. São Paulo, Atlas, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2010.
- BUSS, P. M.; Promoção da Saúde. Promoção da Saúde da Família. Rio de Janeiro, 2002
- CELLARD, A. A análise documental. In: POUPART, J. et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópolis, Vozes, 2008.
- COOPER, C. L. F.; SAYD, J. D. Concepções de Saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais. Dissertação de mestrado. Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social da UERJ, 2000.
- FIGUEIREDO, f; alvão, m. a. Ginástica laboral e Ergonomia. Rio de Janeiro, 2005
- OLIVEIRA, J. J. R. G. Rvista de Educação Física. A Importância da Ginástica Laboral na Prevenção de Doenças Ocupacionais. Faculdade Centro Mato-Grossense Sorriso – MT, 2007

ATIVIDADES AQUÁTICAS NA APAE: ATUAÇÃO PROFISSIONAL PARA MELHORIA DA SAÚDE, INCLUSÃO SOCIAL E AÇÃO DE CIDADANIA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, CE

Lídia Maria Alves Freitas¹ – Instituto Federal de Ciência, Educação e Tecnologia - IFCE

Jefferson dos Santos Jerônimo² – Universidade Estadual Vale do Acaraú -UVA

Neires Alves de Freitas³ - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Maria Adelane Monteiro da Silva⁴ - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS

Ana Kelly Cândido Vasconcelos⁵ – Secretaria de Saúde do Município de Sobral

Viviane Oliveira Mendes Cavalcante⁶ - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia - EFSFVS (Tutora) - Orientadora

Palavras-chave: Atividades Aquáticas. Educação Física. Deficiência Intelectual. APAE.

Resumo

O presente estudo relata a experiência e descreve a realização de uma ação acadêmica desempenhada na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de Sobral, CE. Onde foram realizadas atividades aquáticas de caráter lúdico, supervisionadas pela professora responsável pela disciplina de Atividades Físicas para Pessoas com Deficiência, especialista em saúde mental, e desenvolvidas por trinta acadêmicos do curso de Educação Física, Bacharel, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA). Há um grupo de quinze pessoas com deficiência intelectual, sendo sete do sexo masculino e oito do sexo feminino com idade cronológica de aproximadamente doze anos de idade, que recebem cuidados da APAE. Com o objetivo de propiciar e proporcionar a estes, momentos de interação em grupo utilizando o meio aquático como ferramenta chave, e com isso contribuindo para o desenvolvimento da consciência corporal, autoestima, socialização e afetividade. Promovendo também uma melhora no tônus muscular e condicionamento cardiorrespiratório. E, com essa ação, tornar possível a inclusão desses atores na sociedade, despertando-nos o desejo pela vida, com essas atividades torná-los pessoas autônomas, uma vez que é comprovado cientificamente os vários benefícios dos exercícios físicos aquáticos, mostrando e sensibilizando a sociedade que eles são capazes de estar e conviver em plena harmonia entre nós.

Introdução

A Deficiência Intelectual configura-se como uma limitação em qualquer área do funcionamento mental humano. De acordo com o IBGE (2010) mais de 46,5 milhões de brasileiros tem algum tipo de deficiência, e desse total 2,6 milhões possuem deficiência mental ou intelectual. Segundo Velasco (2006) a natação se constitui uma das práticas mais apontadas para o desenvolvimento psicomotor. Quando explora a ludicidade das atividades e valoriza a parte motriz dos atores envolvidos. A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), de Sobral é uma entidade que presta serviços de forma gratuita a pessoas com deficiência, especificamente de ordem intelectual, contando também com atividades complementares como a Educação Física Adaptada. Essa tem como finalidade propiciar e proporcionar o prazer de viver, buscando desenvolver a autonomia e com isso melhorando a qualidade de vida destes que necessitam de cuidados especiais. Esse trabalho teve como objetivo relatar a experiência dos discentes de Educação Física na condução de atividades aquáticas para crianças e adolescentes da APAE de Sobral, CE.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de vivências realizadas por trinta acadêmicos do curso de Educação Física, Bacharel, da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), do sexto semestre, orientados por uma docente especialista em Saúde Mental pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) e a UVA. As práticas ocorreram durante dois dias semanais, no período matutino na piscina da APAE. Participaram das atividades quinze pessoas com deficiência, sete do sexo masculino e oito do sexo feminino na faixa etária média de doze anos de idade. Foram utilizados equipamentos como pranchões, flutuadores e brinquedos, a fim de promover momentos interativos e de inclusão social visto que parte dos discentes já estavam sensíveis quanto à importância, por terem experimentado uma disciplina de Esporte Adaptado. As atividades tiveram caráter adaptativo ao meio-líquido, recreativas e com a finalidade do desenvolvimento motor, buscando trabalhar também a afetividade, socialização e o trabalho em grupo.

De início cada acadêmico ficou responsável por um dos momentos. Como atividade inicial foi proposta o primeiro contato com a água, onde foi perguntado se as pessoas sabiam nadar e se gostariam de estar praticando a natação. Com essa atividade inicial buscamos transmitir segurança e conquistar a confiabilidade deles, mostrando os movimentos realizados para a realização do nado crawl e realizando aquecimento neuromuscular.

No segundo momento foram realizados exercícios utilizando membros superiores e inferiores, com o auxílio de instrumentos aquáticos, objetivando desenvolver a coordenação motora utilizada no nado. Com os exercícios de membros superiores simulando o movimento de braçadas, buscamos exercitar a noção de direita e esquerda, e o desenvolvimento da braçada para o nado. Nos exercícios de membros inferiores, que exige um pouco mais do condicionamento cardiorrespiratório, realizamos pausas de dois minutos entre as séries de pernadas e posteriormente foi trabalhado com eles a respiração.

O terceiro momento constituiu-se de uma prática visando mais o relaxamento, buscando a retomada do corpo a sua condição de repouso. A atividade buscou trabalhar a lateralidade, na posição circular com desenvolvimento de brincadeiras, de cantigas de roda, realizando movimentos laterais de membros inferiores para ambos os lados.

Resultados e Discussão

Com as atividades desenvolvidas, ficou evidente a importância do esporte na vida dessas pessoas, percebemos o desejo de vencer as dificuldades físicas, de viver mesmo diante das adversidades, que mesmo com muita dificuldade não deixavam de persistir até conseguir realizar os movimentos. Foi perceptível a ansiedade por parte de alguns antes de iniciar, porém todo o cuidado necessário foi tomado para garantir a integridade física dos mesmos. De início muitos não conseguiam alternar as pernadas, mas com um pouco de persistência, de ambas as partes, conseguiram realizar o movimento.

Na vivência, tivemos a oportunidade de aplicar os conhecimentos aprendidos na vida acadêmica relacionados a atividades físicas adaptadas, foi algo surpreendente. As expressões nos rostos das pessoas eram de enorme satisfação, e suas deficiências se tornavam minúsculas diante dos momentos de felicidades vividos dentro da piscina. Como futuros Profissionais de Educação Física levamos essa experiência vivida na APAE como um grande aprendizado. Ver a felicidade e a liberdade de movimentos dentro da água destes sob

nossa responsabilidade, fez com que comprovássemos a eficiência das atividades aquáticas para esse público, bem como oportunizá-los a experimentarem práticas diversas e factíveis a todos, visto que precisamos prezar pela equidade da oferta dessas ações. Nesses momentos percebemos a importância das atividades aquáticas na vida desse grupo dando ênfase aos aspectos motores, proporcionando momentos lúdicos e contribuindo para a saúde física e psicológica destes.

Além disso, essa prática permite a expressão da liberdade de movimentos, possibilitando desenvolver suas habilidades e superar limitações não acreditadas pela sociedade contemporânea. Podemos trabalhar além dos aspectos sociais, as funções cognitivas e motoras dos mesmos, melhorando seu sistema cardiorrespiratório. Nossa contribuição para o projeto na APAE, que estava iniciando, foi demonstrada por nossas ações que puderam ser constatadas por parte dos diretores e do corpo de profissionais, que o programa obteria êxito, pois perceberam o efeito das atividades aquáticas para esse público, sendo comprovado pela satisfação e empolgação demonstrada. Que aproveitando essa disposição e sendo realizado um trabalho profissional de qualidade, o objetivo principal do programa foi atingido, que foi torná-los menos dependentes com o intuito de incluí-los socialmente.

Conclusão

A atuação do Profissional de Educação Física bem como de todos os componentes da APAE é de grande relevância para a inclusão desses atores na sociedade, atuando como ferramenta mediadora entre esses dois elos, o que facilita a garantia de uma vida melhor, despertando em seu interior a vontade de viver, mostrando a todos que eles são capazes de conviver em plena harmonia entre nós, sensibilizando e conscientizando a sociedade para o respeito à deficiência de seu próximo. Ter a oportunidade de contribuir para que a vida destes seja ao menos um pouco melhor, é algo inexplicável, encorajador e gratificante. Portanto considero a experiência relatada como favorável e satisfatório a todos participantes desse momento. Isso porque nos aproximou de uma realidade ainda não experimentada, que despertou a motivação em intensificar atividades com esse público. Além disso, investir na formação para melhor atendê-los, como inserção em cursos de extensão e educação continuada. A nossa contribuição durante esse período despertou neles a aspiração em praticar a natação, fato relatado por seus cuidadores na APAE. Concluímos que ao despertar o interesse destes utilizando a natação para explorar de forma lúdica as capacidades físicas, tirando-os da inatividade, proporcionando momentos de exercícios físicos em um ambiente de menos impacto, no caso a piscina, ser a melhor forma de estar trabalhando e explorando de forma benéfica e profissional o desempenho físico e intelectual destes. Isso seguindo protocolos de segurança e com atividades pré-planejadas com embasamento teórico-conceitual.

Referências

Deficiência Mental. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=29>> Acesso em 22 de mar. 2014.

Federação Nacional das APAES. Disponível em <<http://www.apaebrasil.org.br/>> Acesso em 03 de mar. 2014.

FERNANDES, Carla A. F.; JÚNIOR, Rubens V. Educação física adaptada na formação universitária: reflexões sobre a preparação do profissional de educação física para a atuação com pessoas com necessidades especiais. Movimento & Percepção, Espírito Santo do Pinhal, SP, v. 9, n. 12, jan./jun. 2008.

Natação para crianças com deficiência física e seu desenvolvimento psicomotor. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd151/natacao-para-criancas-com-deficiencia-fisica.htm>>. Acesso em 19 de mar. 2014.

PASETTO, Silmara C.; ARAUJO, Paulo F. de; CORREA, Umberto C.. Efeitos de dicas visuais na aprendizagem do nado crawl para alunos surdos. Rev. Port. Cien. Desp., Porto, v. 6, n. 3, out. 2006. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-05232006000300004&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 24 mar. 2014.

Práticas esportivas ajudam na inclusão de pessoas com deficiência mental. Disponível em: <<http://ulbra-to.br/encena/2013/08/22/Praticas-esportivas-ajudam-na-inclusao-de-pessoas-com-deficiencia-mental>> Acesso em 20 de mar. 2014.

Relatório mundial sobre a deficiência / World Health Organization, The World Bank ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo : SEDPcD, 2012. 334 p.

VELASCO, C. G. A luz da psicomotricidade. São Paulo, Phorte, 2006.

Agradecimentos

Agradeço a todos aos profissionais da APAE de Sobral, CE, pela receptividade que foi proporcionada e contribuição para execução de nossas atividades. Não posso deixar de agradecer a professores do Curso de Educação Física da UVA, por fomentar práticas de lazer, esporte adaptado, esporte educacional e de inclusão social, por contribuir continuamente nas disciplinas, do curso, principalmente na de Atividades Físicas para Pessoas com Deficiência, que aconteceu intercâmbio de conhecimento teórico e vivencial. Aos participantes da ação que utilizam os serviços da APAE, por se prontificarem e aderirem às práticas propostas.

ATIVIDADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE REALIZADAS POR UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO TUTORIAL

Arthur Bento de Meneses – Universidade Federal de Campina Grande; e-mail (arthur-mais@hotmail.com)

Fagner Arruda de Lima – Universidade Federal de Campina Grande.

Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande

Ariadne Menssalina Batista Meira – Universidade Federal de Campina Grande

Marcelo Italiano Peixoto – Universidade Federal de Campina Grande

Cristina Ruan Ferreira de Araújo (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Fitoterapia; Plantas Medicinais; Promoção da Saúde.

Resumo

O Programa de Educação Tutorial - PET foi criado pela CAPES/MEC (Coordenadoria de Apoio ao Pessoal de Ensino Superior) em 1979. Seu modelo consiste num grupo de 12 alunos, selecionados com base em testes e no currículo acadêmico, orientados por um tutor. Entre seus principais campos de atuação estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde. Face ao exposto, este trabalho objetiva explicar e descrever as atividades de promoção da saúde promovidas por um grupo PET de Campina Grande, Paraíba. Tratou-se de um estudo de cunho exploratório e descritivo, por meio de pesquisa documental. A criteriosa pesquisa nos três relatórios anuais (2011, 2012 e 2013) do PET-Fitoterapia, de responsabilidade para envio ao Ministério da Educação, selecionou cinco atividades de extensão que se coadunam com os objetivos propostos pela promoção da saúde: Palestras Educativas – Plantas tóxicas; Roda de conversa - “Automedicação” e “Se é natural não faz mal”; Plantas ornamentais x plantas tóxicas: conhecimento e prevenção de acidentes com crianças; Uso de fitoterápicos com potenciais efeitos teratogênicos e abortivos por gestantes: intervenção na atenção básica e em maternidade; e Riscos da Polifarmácia em Idosos no Centro de Convivência do Idoso em Campina Grande- PB. Espera-se que com a renovação das temáticas e a continuidade desse processo de promover saúde a sociedade seja encaminhada para um maior nível de conhecimento concernente ao seu bem-estar físico, mental e social.

Introdução

O Programa de Educação Tutorial - PET foi criado pela CAPES/MEC (Coordenadoria de Apoio ao Pessoal de Ensino Superior) em 1979. Seu modelo consiste num grupo de 12 alunos, selecionados com base em testes e no currículo acadêmico, orientados por um tutor. Sob a orientação de um tutor, o grupo tem condições para a realização de atividades extracurriculares, que complementam a sua formação acadêmica, procurando atender mais plenamente às necessidades do próprio curso de graduação e/ou ampliar e aprofundar os objetivos e os conteúdos programáticos que integram sua grade curricular, além de contribuir para a sociedade onde atua (MARTINS, 2010).

A partir da construção do alicerce acadêmico de excelência, é possível que o aluno, parte de um grupo, crie projetos que visem a promoção da saúde em diversas comunidades e setores diferentes da sociedade. O campo de atuação é amplo. Na perspectiva da promoção da saúde, seu objetivo é o de assegurar a igualdade de oportunidades e proporcionar os meios para que indivíduos e comunidades tenham oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes da sua saúde. Entre seus principais campos estão ambientes favoráveis a escolhas mais saudáveis, acesso à informação e educação em saúde, desenvolvimento de habilidades para uma vida saudável, bem como a reorganização dos serviços de saúde (RIBEIRO, A.; COTTA e RIBEIRO, S. 2012).

Ainda sobre a promoção, os eixos estruturantes dos seus princípios podem ser vistos na Carta de Ottawa, na Política de Promoção da Saúde, que reafirma a busca da qualidade de vida e a redução das vulnerabilidades e dos riscos à saúde, relacionados aos seus determinantes e condicionantes (SANTOS et al., 2012).

Pensando nisso, o grupo PET-Fitoterapia segue implementando, desde 2011, atividades de ensino, pesquisa e extensão que envolvem esse tipo de terapia integrativa complementar – as plantas medicinais. O uso de ervas com poderes terapêuticos é secular e tradicional nas camadas mais populares da sociedade. Sendo assim, o PET promoveu nesses três anos atividades de promoção e educação em saúde para variados públicos-alvo. Para registro, o grupo tem o dever de produzir planejamento e relatório oficiais e anuais de todas as ações promovidas.

Face ao exposto, este trabalho objetiva explicar e descrever as atividades de promoção da saúde promovidas por um grupo PET de Campina Grande, Paraíba.

Metodologia

Tratou-se de um estudo de cunho exploratório e descritivo, por meio de pesquisa documental. A pesquisa descritiva descreve uma realidade tal como esta se apresenta, conhecendo-a e interpretando-a por meio da observação, do registro e da análise dos fatos ou fenômenos (variáveis) (RIBAS e FONSECA, 2008).

Foi desenvolvido de forma exploratória por proporcionar maior familiaridade com o problema, objetivando explicitá-lo. O uso da técnica de pesquisa documental se justificou pela necessidade de estudo de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico (GIL, 2008), tendo como exemplo os relatórios anuais do PET, que já foram processados, mas podem receber outras interpretações.

Resultados e Discussão

A criteriosa pesquisa nos três relatórios anuais (2011, 2012 e 2013) do PET-Fitoterapia, de responsabilidade para envio ao Ministério da Educação, selecionou cinco atividades de extensão que se coadunam com os objetivos propostos pela promoção da saúde.

Palestras Educativas – Plantas tóxicas

A ação foi realizada com exposição de banners e entrega de panfletos, mostrando as principais plantas tóxicas da nossa região, relacionando as ações no organismo e as partes da planta consideradas tóxicas. Além disso, foi explicitada a importância da procura de um serviço especializado, o “CEATOX”, para notificação e recebimento de um correto atendimento e tratamento.

Atualmente, o principal interesse em plantas tóxicas está relacionado com o potencial de causar intoxicações em seres humanos, com prejuízos significativos à saúde pública. (BARBOSA; AGUIAR; SOUSA, 2010). As intoxicações em humanos ocorrem de diferentes formas, de acordo com a faixa etária (DANTAS, 2007).

Seja por automedicação ou prescrição médica, a maior parte dos fitoterápicos que são utilizados atualmente não tem o seu perfil tóxico bem conhecido. Por outro lado, a utilização inadequada de um produto, mesmo de baixa toxicidade, pode induzir problemas graves

desde que existam outros fatores de risco tais como contraindicações ou uso concomitante de outros medicamentos (SILVEIRA; BANDEIRA e ARRAIS, 2008).

Por isso, diariamente segundo o cronograma planejado, a população do bairro Malvinas, Campina Grande - PB, atendida pela Unidade de Saúde abarcada pelo projeto, era abordada pelos alunos participantes do programa. Nos finais de semana, o grupo alcançou a feira livre do bairro, local comum de venda de plantas medicinais.

Roda de conversa - "Automedicação" e "Se é natural não faz mal"

As rodas de conversa ocorreram dentro da Unidade de saúde; durante o período de espera por atendimento, os usuários eram convidados a discutir sobre a temática. Através das conversas ocorridas, os usuários puderam trocar experiências e fazer alguns questionamentos sobre o assunto.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a automedicação como a prática pela qual os indivíduos selecionam e usam medicamentos para tratar sintomas ou pequenos problemas de saúde, segundo suas próprias avaliações. Sendo assim, quando feita de forma correta (o que é difícil atingir), pode trazer benefícios para a saúde, constando inclusive, como parte das ações de autocuidado (CASCAES; FALCHETTI e GALATO, 2008).

O estudo foi justificado diante da realidade encontrada, já que a crença na "naturalidade inócua" dos fitoterápicos e plantas medicinais ainda é percebida no sistema informal e não é facilmente contradita, pois as evidências científicas de ocorrência de intoxicações e efeitos colaterais relacionados com o uso de plantas medicinais consistem em informações que dificilmente chegam ao alcance dos usuários atendidos nos serviços de saúde pública caracterizado como indivíduos de baixa escolaridade e acervo cultural (SILVEIRA; BANDEIRA e ARRAIS, 2008).

Plantas ornamentais x plantas tóxicas: conhecimento e prevenção de acidentes com crianças.

De início, o projeto envolveu uma revisão bibliográfica promovida pela equipe do PET, em conjunto com a tutora do programa, a fim de habilitar os discentes a fim do correto repasse de conhecimento para o público infantil, além de manterem-se atualizados quanto ao conteúdo referente às plantas tóxicas. Depois de preparados, os petianos confeccionaram o material didático: slides para projeção, cartilhas informativas e calendários a serem distribuídos às crianças e seus pais, além de um banner.

A campanha educativa foi desenvolvida de duas formas: a primeira, no local público da cidade, o "Parque da Criança", que é conhecido por fornecer convivência e entretenimento familiar, teve o objetivo de abordar crianças (e seus pais) a fim de distribuir material informativo e orientar sobre os cuidados para evitar contato com plantas tóxicas, além de como se deve proceder caso haja esse contato; a segunda estratégia, visita às escolas públicas, que objetivou abordar os estudantes e os profissionais das escolas públicas municipais Professor Miron e Padre Antonino, Campina Grande. Os temas mais enfáticos permeavam o reconhecimento de plantas tóxicas e maneiras de evitar o contato.

No Brasil, de cada dez casos de intoxicação, seis ocorrem em crianças. As plantas ornamentais, devido as suas características e o seu fácil acesso em ambientes públicos, inclusive escolas, despertam o interesse das crianças, possibilitando o contato e a intoxicação (VASCONCELOS; VIEIRA; VIEIRA, 2009). Por isso, a escola tem papel fundamental na conscientização da criança quanto aos riscos que permeiam o domicílio e os mecanismos de evitá-los (VIEIRA, 2005).

Roda de conversa - Uso de fitoterápicos com potenciais efeitos teratogênicos e abortivos por gestantes: intervenção na atenção básica e em maternidade.

O projeto acima referido propôs-se a desenvolver ações de sensibilização às gestantes atendidas na maternidade Instituto de Saúde Elpídio de Almeida (ISEA) e nas Unidades Básicas de Saúde da Família do bairro Malvinas quanto aos riscos do uso inadequado de determinadas plantas medicinais durante a gestação.

A utilização indiscriminada das plantas medicinais por gestantes torna-se fator preocupante, sendo realizada sem o aviso médico, sem o conhecimento da aquisição e da ação da planta e quando consumida concomitantemente com medicamentos tradicionais (alopáticos), acarretando, possivelmente, na intensificação dos efeitos tóxicos.

O trabalho foi realizado em três etapas, através de palestras e rodas de conversas nas salas de espera das Unidades e do ISEA, abordando temas relacionados ao uso de plantas medicinais com potenciais efeitos teratogênicos e abortivos segundo RESOLUÇÃO SES/RJ Nº 1757 que contraindica o uso de algumas ervas.

Devido ao efeito teratogênico de muitos alopáticos e, portanto, contraindicados durante a gravidez, tem-se como alternativa, então, o tratamento com plantas medicinais (FARIA; AYRES; ALVIM, 2004).

Roda de conversa - Riscos da Polifarmácia em Idosos no Centro de Convivência do Idoso em Campina Grande- PB

Este estudo foi realizado no Centro de Convivência do Idoso, bairro Palmeira, Campina Grande – PB. Foram com compreendidos pelo projeto os vinte e cinco idosos que frequentam o centro.

O aumento da população idosa no Brasil traz desafios cada vez maiores aos serviços e aos profissionais de saúde, Neste contexto, estes indivíduos tornam-se grandes consumidores de medicamentos, tornando-se o grupo mais medicalizado na sociedade (CASCAES; FALCHETTI e GALATO, 2008).

Além dos fatores clínicos que fazem com que os idosos necessitem de farmacoterapia, outros fatores podem estar associados ao uso demasiado de medicamentos, sendo um dos principais a ideia impregnada na sociedade de que a única possibilidade de se ter saúde é consumir saúde, o que é igual a consumir medicações (SILVA et al., 2012).

Foram realizadas atividades educativas, fazendo uso das técnicas de roda de conversa e oficina, abordando temas relacionados à polifarmácia e à associação medicamentosa entre alopáticos e plantas medicinais. Buscou-se também o incentivo à adoção de práticas alimentares saudáveis e exercícios.

Conclusão

Os estudos que envolvem a temática fitoterapia e fazem parte do planejamento do PET, geralmente, tem como objetivo primordial a sensibilização e orientação da população, bases que sustentam a promoção da saúde e corroboram com a prevenção de danos. Espera-se que com a renovação das temáticas e a continuidade desse processo de promover saúde a sociedade seja encaminhada para um maior nível de conhecimento concernente ao seu bem-estar físico, mental e social.

Referência

BARBOSA, J. S.; AGUIAR, C.B.; SOUSA, E. N. A.. A fitomedicina da feira em Campina Grande – PB. RBIC, Campina Grande, v. 1, n. 1, Abr/Jun. 2010.

CASCAES, E. A.; FALCHETTI, M. L. e GALATO, D. Perfil da automedicação em idosos participantes de grupos da terceira idade de uma cidade do sul do Brasil. Arquivos Catarinenses de Medicina. v.37, n.1, 2008.

DANTAS, I.C. O Raizeiro. Campina Grande: EDUEPB. 2007.

FARIA, P.G.; AYRES, A.; ALVIM, N.A.T. O diálogo com gestantes sobre plantas medicinais: contribuições para os cuidados básicos de saúde. Acta Scientiarum. Health Sciences, Maringá, v. 26, n. 2, p. 287-294, 2004.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARTINS, I. L. Educação Tutorial no ensino presencial: uma análise sobre o PET. 2010.

RIBAS, C. C. C e FONSECA, R. C. V. Manual de metodologia OPET. Curitiba, 2008.

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

SANTOS, A. A. G. dos et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. Ciênc. saúde coletiva. v.17, n.5, pp. 1275-1284. 2012

SILVA, A. L. da; RIBEIRO, A. Q.; KLEIN, C. H. et al. Utilização de medicamentos por idosos brasileiros, de acordo com a faixa etária: um inquérito postal. Cad. Saúde Pública. v.28, n.6, pp. 1033-1045. 2012.

SILVEIRA, P. F. da; BANDEIRA, M. A. M. e ARRAIS, P. S. D. Farmacovigilância e reações adversas às plantas medicinais e fitoterápicos: uma realidade. Rev. bras. farmacogn. v.18, n.4, pp. 618-626. 2008.

VASCONCELOS, J.; VIEIRA J. G. P; VIEIRA E. P. P. Plantas Tóxicas: Conhecer para Prevenir; Revista Científica da UFPA, v. 7, n. 01, 2009.

VIEIRA, L. J. E. S. et al. O lúdico na prevenção de acidentes de crianças de 4 a 6 anos. Rev Brasileira de Promoção da Saúde, Fortaleza, v. 18, n.2, p. 78-84, 2005.

Agradecimentos

Agradecimento à CAPES pelo apoio financeiro ao Programa de Educação Tutorial.

ATRIBUIÇÕES DO ENFERMEIRO NA SAÚDE DOS FUMICULTORES POR MEIO DA SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.

Autor 1 (apresentador) – Naise de Moura Dantas- Universidade Federal de Alagoas (UFAL) - naise.canoa@gmail.com

Autor 2 – Adrielle Sonara Gomes Silva – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Autor 3 – Ana Caroline Melo dos Santos – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Autor 4 – Tiago Ferreira Dantas – Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Autor 5 – Marcela Laís Souza Ferreira Gomes (UFAL)

Autor 6 (Orientador) – Karol Fireman de Farias – Universidade Federal de Alagoas - Universidade Federal de Alagoas(UFAL)

Palavras-chave: Assistência de enfermagem. Situação de saúde. Saúde do trabalhador.

Resumo

Trata-se de um estudo que visa aplicar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em um grupo de fumicultores do agreste alagoano buscando assim possíveis alterações de saúde nesses trabalhadores por possíveis consequências do indiscriminado uso de agrotóxicos, visto que o cultivo de tabaco requer uma grande quantidade de agrotóxicos deixando os agricultores vulneráveis aos riscos que esse tipo de cultura representa para a saúde dos fumicultores. Atualmente, condições de ambiente, saúde e segurança no trabalho são essenciais para a qualidade de vida dos homens e o direito de cidadania. Esse estudo está sendo realizado nas comunidades da zona rural da cidade de Arapiraca-AL a fim de se identificar as patologias e os diagnósticos de enfermagem mais incidentes e intervir sobre os mesmos por meio da sistematização da Assistência de enfermagem, buscando promover melhores condições de saúde para o trabalhador fumicultor. Acredita-se na ocorrência de sinais e sintomas e na possibilidade de ocorrências de anomalias congênitas, de câncer, de doenças mentais, de disfunções na reprodutividade humana relacionadas ao uso de agrotóxicos. Diante da evidencia substancial da avaliação em saúde e do papel do enfermeiro nesse contexto é que realizamos esta pesquisa. Acredita-se que os fumicultores desconhecem os riscos à saúde oferecidos pelos agrotóxicos e negligenciam normas de segurança recomendadas para o manuseio destes produtos.

Introdução

No âmbito da promoção da saúde, constatamos uma preocupação crescente dos diversos profissionais em aprimorar conhecimentos técnicos e científicos e propor situações estratégicas, sendo que a mesma compõe diversas combinações estimulando assim seu desenvolvimento e aumentando suas responsabilidades. Entre os profissionais de enfermagem destaca-se a preocupação da aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) utilizando-se do método denominado “Processo de Enfermagem”, pois cada um deles objetiva qualificar cada vez mais o nível de assistência prestada ao cliente, família e comunidade (SOUZA E BARROS, 1998). O Processo de Enfermagem (PE) consiste na dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, desenvolvidas pelo enfermeiro visando o planejamento e a execução dos cuidados de enfermagem (HORTA, 1979).

O desenvolvimento do trabalho do enfermeiro, por meio da SAE, nas instituições de saúde, garante ao mesmo visibilidade e autonomia, bem como identidade da profissão. Segundo Vieira et al (2004) a SAE representa um conjunto de ações sistematizadas e inter-relacionadas que possibilitam reconhecer o problema, intervir e encaminhá-lo, de forma a prestar uma assistência eficaz.

A SAE é um instrumento que pode subsidiar a identificação precoce de problemas a saúde, além disso, possibilita a atuação do enfermeiro na construção do saber científico que alicerça a prestação de um cuidado de qualidade ao indivíduo, destacando dessa forma a utilização do mesmo no cuidado à saúde do trabalhador rural.

A implantação da SAE no país foi direcionada e incentivada por Wanda de Aguiar Horta trazendo como referencial teórico a Teoria das Necessidades Humanas Básicas (baseada na teoria de Maslow) (SANTOS et al, 2011), esse processo baseia-se em seis fases, que compreendem: O histórico de enfermagem, que é o roteiro sistematizado para levantamento de dados; o segundo é o diagnóstico de enfermagem, que permite a identificação das necessidades da pessoa que precisa ser atendida e a determinação, pelo profissional, do grau de dependência desse atendimento; o terceiro é o plano assistencial, em que ocorre a determinação global da assistência de enfermagem que o ser humano deve receber em razão dos diagnósticos estabelecidos; o quarto é a prescrição de enfermagem - a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário, que coordena a ação da equipe de enfermagem; o quinto passo é a evolução de enfermagem, que é o relato diário das mudanças sucessivas que ocorrem no paciente; o sexto e último passo, o prognóstico de enfermagem, é a estimativa da capacidade do paciente em atender as suas necessidades básicas após a implementação do plano assistencial (OLIVEIRA et al, 2007).

Durante a jornada de trabalho o ambiente oferece variados riscos à saúde dos indivíduos, que podem ser evitados ou reduzidos por meio de medidas de proteção variadas. Muitos trabalhadores desconhecem esses riscos aos quais estão expostos diariamente. A falta de orientações sobre ações preventivas levam aos trabalhadores fumicultores a uma suscetibilidade de acidentes no trabalho ou doenças ocupacionais. Esses levam ao afastamento que pode ser temporário ou permanente, podendo também aumentar o risco desse trabalhador desenvolver transtornos psíquicos ou emocionais.

O trabalho agrícola é uma das mais perigosas ocupações na atualidade, diversos atributos levam a essa comprovação, como: o trabalho sob as diferentes condições ambientais, frio, calor, presença de ruído, vibrações mecânica; utilização precária dos equipamentos de proteção individual; tarefas dispersas com elevada exigência energética e muscular, treinamento precário, jornadas de trabalho extensas, absorção de substâncias tóxicas, indistinção entre os ambientes familiar e de trabalho. Dentre estes vários riscos ocupacionais, destacam-se os agrotóxicos que estão relacionados a intoxicações agudas, doenças crônicas, problemas reprodutivos e danos ambientais (ILO/WHO, 2005).

Entretanto, existe uma problemática vinculada à manipulação de agrotóxicos que só a pouco tem sido vista com outros olhos pelos pesquisadores no país: à intoxicação e conseqüentemente agravos muitas vezes irreversíveis no estado de saúde do fumicultor. Assim é relevante pesquisar como se apresenta o estado de saúde dos fumicultores expostos a agrotóxicos no município de Arapiraca-AL.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa exploratória com abordagem quantitativa que foi realizada em comunidades da zona rural de Arapiraca. A coleta de dados ocorrerá através de consultas de enfermagem, por meio de entrevista e exame físico. Os dados serão agrupados por variáveis primárias (idade, sexo e etc) e secundárias (sinais observáveis e sintomas relatados e etc), tabulados no Programa Excel e apresentados em forma de percentual através da análise estatística do adequada, utilizando o programa Statistical Package for Social

Sciences (SPSS) versão 20.0. O projeto foi aprovado para apreciação ética pelo comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Alagoas (CAAE: 31373514.6.0000.5013). A pesquisa foi realizada com 51 fumicultores expostos a agrotóxicos que residiam na comunidade de Pau D'arco.

Resultados e Discussão

A média de idade dos participantes foi de 44,5 anos, em que 81,8% eram do sexo feminino e 18,2% do sexo masculino. 90,2% da religião católica, 51% possuem 1º grau incompleto. 56,9% dos participantes relataram que não são etilistas e 76,5% nega tabagismo. 68,6% dos fumicultores não praticam atividade física. Com essa análise parcial, podemos atentar que o desenvolvimento de ações com ênfase nos hábitos de vida é necessário nessa população.

Foram levantadas 97 queixas dentre os participantes do estudo mencionaram sintomatologia referente à: dificuldade de respirar durante a prática de seu trabalho; inapetite; fraqueza; cansaço; dores nos ossos e nas articulações; dores na coluna; irritabilidade; insônia; tremores nas mãos; começo de depressão; dores na barriga; diarreia aquosa; dor ao urinar, coceira e irritação nos olhos; dor no estômago; dor no peito que irradia para o braço; alergia na face; tontura; cansaço nas pernas; formigamento no rosto; enxaqueca; nervosismo; problema mental; dormência nos MMSS; dificuldade em escutar; calculo renal; escurecimento de vista. Essas queixas podem estar relacionadas a diversos fatores e devem ser orientadas como situações de risco para o trabalhador e instruídas pelo profissional de saúde, em especial pelo enfermeiro.

Por conseguinte os diagnósticos de enfermagem estiveram relacionados às condições clínicas, sociais e de trabalho dos fumicultores. Assim como as intervenções buscaram observar o indivíduo em seu ser integral, promovendo a saúde através da transmissão de informações que possibilitassem o autocuidado.

Conclusão

A SAE é um instrumento que deve ser utilizado pelo enfermeiro durante a consulta de enfermagem, tendo em vista a sua importância para identificar precocemente os agravos à saúde do trabalhador rural. Além disso, permite que o enfermeiro atue de forma humanizada e preste uma assistência qualificada ao fumicultor, visto que essa classe de trabalhadores necessita de um olhar diferenciado por estarem susceptíveis aos diversos riscos ocupacionais e viverem, em sua maioria, em condições precárias de trabalho e com o mínimo apoio governamental.

Assim, a utilização da SAE contribui para a prevenção e promoção à saúde, pois, essa prática facilita e sistematiza o trabalho do enfermeiro, permitindo que o mesmo interaja de forma mais eficaz com o indivíduo e forneça as orientações necessárias para a minimização dos riscos a saúde.

Referências

ILO/WHO. Joint Press Release ILO/WHO: Number of Work related Accidents and Illnesses Continues to Increase - ILO and WHO Join in Call for Prevention Strategies. April, 2005. Disponível em: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/press-and-media-centre/news/WCMS_005161/lang--en/index.htm acesso em 12 de janeiro de 2013.

OPAS/OMS, Representação no Brasil. Manual de Vigilância da Saúde de Populações Expostas a Agrotóxicos. Brasília, 1997.;11(2):X-X, 2004.

HORTA, W.A. Processo de Enfermagem. Editora Pedagógica e Universitária (EPU). São Paulo, pág. 35, 1979.

SOUSA, V.D.; BARROS, A.L.B. O ensino do exame físico em escolas de graduação em enfermagem do município de São Paulo. Rev.latin-am.enfermagem. Ribeirão Preto. 6(3): 11-22, jul 1998.

OLIVEIRA,M.L.; PAULA, T.R.; FREITAS, J.B. Evolução histórica da assistência de enfermagem. ConScientice Saúde, São Paulo, 6(1): 127-136, 2007.

Agradecimentos

Meus agradecimentos a professora Karol Fireman de Farias pela paciência, dedicação e orientação durante a pesquisa; aos acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas envolvidos na coleta de dados e aos agricultores da fumicultura que se dispuseram a participar deste estudo.

ATUAÇÃO DA EDUCAÇÃO AMBIENTAL NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO, MOTOR E SENSORIAL DE CRIANÇAS ESPECIAIS

Ariadne Messalina Batista Meira – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). ariadne.meira@hotmail.com.

Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Arthur Bento Menezes – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Mayrla de Souza Coutinho - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Fagner Arruda de Lima - Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Prof. Dr. Cristina Ruan Ferreira de Araújo – Universidade Federal de Campina Grande (UFCG).

Palavras-chave: Desenvolvimento Cognitivo. Educação Ambiental. Deficiência Mental. Desenvolvimento Motor. Desenvolvimento Sensorial.

Resumo

As novas concepções da deficiência mental têm implicado a valorização da busca e adoção de medidas de apoio aos indivíduos portadores de deficiências cognitivas, em detrimento da categorização desses indivíduos em torno das suas limitações. No campo dessas medidas, tendo em vista a integração, a nível de sistema fisiológico, entre o desenvolvimento cognitivo, motor e sensorial, o presente trabalho busca abordar a educação ambiental, tema largamente difundido na atualidade, devido aos acelerados danos naturais causados pelo homem, enquanto medida cabível de promoção de saúde em ambientes educacionais. Dado suas possibilidades metodológicas de prática e contato com os ambientes externos, apontadas como fundamentais para o desenvolvimento cognitivo, posto que são formadores do interior do indivíduo, este trabalho ensaia apontar sua aplicabilidade no campo do desenvolvimento sensorial, motor e cognitivo, auxiliando no desenvolvimento de indivíduos portadores de deficiência mental, apontando, para isso, exemplos de sua aplicabilidade no território brasileiro, já implementados e com resultados positivos.

Introdução

A deficiência mental está a séculos sendo inserida em categorias de incompetência e limitações generalizadas no sistema social e individual, concepção que contribui até hoje para a manutenção do preconceito e que tem sido notificada e questionada por diversos estudiosos (DE CARVALHO & MACIEL, 2003). Diante disso, Mantoan (1998) aponta que a nova concepção de deficiência mental da AAMR (Associação Americana de Deficiência Mental) implica na proposta de abandonar os graus de comprometimento cognitivo em função de buscar medidas de apoio às pessoas com esses déficits, apontando suas habilidades adaptativas e a consideração do ajustamento entre as capacidades individuais e as expectativas do meio.

Na busca de apoio e participação da sociedade para com a melhoria da qualidade de vida, a Educação Ambiental tem se tornado instrumento fundamental ao proporcionar reflexões sobre as práticas inter-relacionais dos seres entre si, e do ser com o meio em que habita (SANTOS, et al. (2012). Regulamentada por lei, é entendida como “os processos por meio dos quais o indivíduo e a coletividade constroem valores sociais, conhecimentos, habilidades, atitudes e competências voltadas para a conservação do meio ambiente [...] essencial à sadia qualidade de vida [...]” (BRASIL, 1999), e deve estar prevista em todos os níveis e modalidades de ensino, incluindo a educação formal e não-formal.

Tendo em vista o direito a acessibilidade, previsto para todos os cidadãos, torna-se fundamental a inclusão de todas as pessoas na rede de informações e de conhecimento, inclusive aquelas que são portadoras de Necessidades Educativas Especiais, tal como aponta Santos et al. (2012) e com isso, diversas propostas têm sido direcionadas para sua efetivação (BATISTA et al, 2004). Nesse interim, o presente trabalho ensaia a aplicabilidade da educação ambiental em aproximação com alunos portadores de alguma deficiência mental, ou seja, com Necessidades Educativas Especiais, cuja finalidade é a promoção de saúde, no sentido de proporcionar, além do bem-estar pela aproximação com o meio ambiente, a melhoria do desenvolvimento cognitivo, bem como da mobilidade cognitiva e o desenvolvimento psicomotor e sensorial.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, sistematizada, exploratória, de natureza aplicada e de abordagem qualitativa (GIL, 2008), desenvolvida a partir de artigos já publicados. Realizou-se uma revisão da literatura através das bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), IndexPsi e Períodos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), com os descritores os termos “Educação Ambiental”, “Deficiência Mental”, “Educação Ambiental AND Deficiência Mental”, “Educação Ambiental AND Desenvolvimento Cognitivo”, “Desenvolvimento Motor”. Foram encontrados diversos trabalhos, mas para refinamento, utilizou-se como critério de exclusão textos que não fizessem referência direta ao tema, ou diretamente no título, ou no resumo. Diante disso, obteve-se um total de 13 publicações a serem utilizadas para os objetivos do presente trabalho. Foi feita uma leitura sistemática e integral dos artigos, confrontados e contrapostos de modo a ser possível ensaiar suas coordenadas para construção do trabalho proposto.

Resultados e Discussão

O dano neurológico presente em portadores de alguma limitação intelectual ou deficiência mental limita a comunicação sináptica, ocasionando dificuldades na atividade neuronal eficiente (MARCON, 2006). Diante dos prejuízos nos sistemas sensitivo e motor, que garantem, comumente, a maior velocidade no processamento das informações recebidas do meio, diversas limitações verbais, emocionais e motoras se instauram (MARCON, 2006). Frente a isso, a autora em questão aponta a importância fundamental de agregar aprendizado e desenvolvimento às capacidades de aquisição motora e cognitiva, com a devida observação multiprofissional para que se possam propor intervenções com a finalidade de otimizar o desenvolvimento cognitivo desses sujeitos (MARCON, 2006). A pesquisa pedagógica, de acordo com Mantoan (1998), deve visar a autonomia do indivíduo, além de buscar desenvolver habilidades intelectuais alternativas, valorizando todo e qualquer nível de desempenho cognitivo alcançado. Tendo em vista tais apontamentos, a educação ambiental emerge como possibilidade de prática interventora e promotora de saúde em sujeitos com déficit cognitivo, na medida em que a interação com o meio, tal como abordado pelo sócio-interacionismo, seja através da exposição direta à este ou mediado por um terceiro, pode modificar cognitivamente o indivíduo e proporcionar a diminuição entre o desempenho típico e aquele que lhe é potencial (CUNHA & SANTO, 2012). De acordo com Padilha (2000, 201 p.), “o uso criativo dos objetos da natureza e a criação deles transforma o homem”, e reforça essa ideia com o apontamento de Marx (1989 *apud* PADILHA, 2000), acerca da atuação do homem com a natureza

externa, que produz mudanças também na sua própria natureza e possibilita o desenvolvimento de potencialidades adormecidas. Face à promoção de saúde e cidadania, tendo como centro o indivíduo portador de deficiência cognitiva, a educação ambiental, em seu sentido principalmente prático, pode ser utilizada como recurso para melhor desenvolvê-lo tanto cognitivamente como a seus aspectos sensoriais e motores. Estabelece-se, portanto, a possibilidade de melhorar as relações do indivíduo com o meio e, nessa medida, sua relação consigo mesmo. Para pensar nesse sentido, é importante retomar que para Wallon (1963, 1970 *apud* FONSECA, 2008), a motricidade está intrinsicamente ligada ao desenvolvimento do psiquismo, na medida em que é a forma mais rica de interação e envolvimento com o mundo externo, além de ser instrumento de comunicação da vida psíquica. A motricidade fina, por sua vez, capacita o indivíduo a coordenação das mãos e dos dedos, envolvendo a construção, o manuseio, recepção e projeção de objetos, assim como a possibilidade de desenhar, escrever, etc. (FONSECA, 2008). Ao romper os muros da educação formal, em sala de aula, e proporcionar ao indivíduo deficiente mental o contato com o solo, com as plantas, com as diferentes texturas, cheiros e formas que se apresentam, é possível promover esse desenvolvimento, na medida em que o tocar, o apalpar, e o manuseio de objetos permitem uma consciência sensorial, ou seja, que se formem noções de onde começa e onde termina o corpo desse indivíduo (FONSECA, 2008). Sendo fundamental a integração existente entre o desenvolvimento sensorial, a noção corporal e as expressões motoras (FONSECA, 2008), dar possibilidade para o desenvolvimento sensorial, implica dar possibilidades para o desenvolvimento psicomotor, e com isso se dá a importância de permitir a interação desses indivíduos com o mundo exterior. Isso é reforçado por Mansur & Mancon (2006), quando afirmam que

“A percepção da direção, do espaço e da forma pode ser reforçada pelo sentido cinestésico. A escassez de capacitação motora que acompanha o desenvolvimento da criança deficiente mental não lhe permite integrar dados sensitivos e perceptivos do ambiente e estabelecer relações físicas entre os objetos no espaço e o próprio corpo”.

É diante dessa escassez relatada, que a proposta do presente trabalho se sobressai, uma vez que busca tal interação e integração, pois o caminho da educação ambiental amplia as possibilidades metodológicas, por exemplo, dando margens a aprendizagem com desenhos que representem a natureza, determinada flor ou planta, ao conhecimento da biologia formalizada, ou seja, o ensino da fisiologia e anatomia da flora e da fauna, e amplia ainda mais quando possibilita a realização de atividades em âmbito prático, permitindo o contato com o solo e com as plantas, o ensino do plantio e do cultivo que, adequadamente regulados às capacidades cognitivas dos indivíduos participantes, podem galgar pequenos passos em direção à aquisição de novas capacidades cognitivas, sensoriais e motoras.

Propostas como as Trilhas Interpretativas (SANTOS; FLORES; ZANIN, 2011), Trilha da Vida (MATAREZI, 2006) e o Jardim Sensorial (VENTURIN & TEIXEIRA, 2013), demonstram a proposta desse trabalho, com experiências inovadoras de promoção de educação e sensibilização de jovens deficientes que obtêm resultados positivos, como sinônimo de bem estar e eficiência no tratamento de crianças (SILVA, 2011 *apud* VENTURIN & TEIXEIRA, 2013).

Conclusão

Ao considerar o tema da deficiência mental a partir de visões abrangentes, ampliam-se as possibilidades de intervenção em detrimento de deter-se apenas nas patologias, o que dá possibilidade de pensar as limitações cognitivas e motoras como condições modificáveis. Isto, diante dos apontamentos acerca da importância de que o aprendizado circule entre o meio externo e interno, fomentam a criatividade para se pensar métodos de promoção de saúde, compreendida em seus amplos sentidos, de indivíduos com comprometimentos no desenvolvimento cognitivo. A educação ambiental emerge como campo possível para essas práticas, na medida em que oferece possibilidades de estratégias metodológicas diversas, com vistas ao desenvolvimento cognitivo, sensorial e motor notáveis, presentes em experiências já realizadas no Brasil, que demonstram sua eficácia e ampliam as possibilidades de alcance ao longo do território, estratégia que notadamente se configura na viabilização da promoção de saúde em espaços educacionais diversos, onde esteja inserida a proposta de atender às necessidades educacionais especiais.

Referências

BATISTA, M. W.; ENUMO, S. R. F. Inclusão escolar e deficiência mental: análise da interação social entre companheiros. Estudo de Psicologia. V. 9. N. 1, 2004, 101-111 pp. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22386.pdf>>. Acesso em 05 de agosto de 2014.

BRANDAO, M. T.; FERREIRA, M. Inclusão de crianças com necessidades educacionais especiais na educação infantil. Rev. bras. educ. espec. Marília, v. 19, n. 4, 2013.

BRASIL. Da Educação Ambiental. 1999. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9795.htm>. Acesso em 04 de agosto de 2014.

CUNHA, A. C. B.; SANTO, J. G. M. Educabilidade cognitiva de aluno com síndrome do X frágil: um estudo de caso. Rev. Ciência & Cognição. V. 17, n. 1. 2012, 190-204 pp. Disponível em: < <file:///C:/Users/Ariadne/SkyDrive/Documentos/744-5287-1-PB.pdf>>. Acesso em 04 de agosto de 2014.

DE CARVALHO, E. N. S.; MACIEL, D. M. M. A.. Nova concepção de deficiência mental segundo a American Association on Mental Retardation-AAMR: sistema 2002. Temas psicol., Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, 2003.

FONSECA, V. **Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008.

MARCON, A. J. MANSUR, S. S.; Perfil motor de crianças e adolescentes com deficiência mental moderada. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo, v. 16, n. 3, 2006.

MANTOAN, M. T. E. Educação escolar de deficientes mentais: problemas para a pesquisa e o desenvolvimento. Cad. CEDES, Campinas, v. 19, n. 46, 1998.

MATAREZI, José. Despertando os sentidos da educação ambiental. Educ. rev., Curitiba , n. 27, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/er/n27/a12n27.pdf>>. Acesso em 10 de agosto de 2014.

PADILHA, A. M. L. Práticas Pedagógicas na Educação Especial: a capacidade de significar o mundo e a inserção cultural do deficiente mental. 3 ed. Campinas: Autores Associados, 2007.

PADILHA, A. M. L. Práticas educativas: perspectivas que se abrem para a Educação Especial. Educ. Soc. Campinas, v. 21, n. 71, 2000.

SANTOS, M. C.; FLORES, M. D.; ZANIN, E. M. Educação Ambiental por meio de Trilhas Ecológicas Interpretativas com alunos NEEs. Monografias Ambientais. V. 5, n. 5. 2012, 982-991 pp. Disponível em:<<file:///C:/Users/Ariadne/SkyDrive/Documentos/4222-20790-2-PB.pdf>>. Acesso em 05 de agosto de 2014.

SANTOS, M. C.; FLORES, M. D.; ZANIN, E. M. Trilhas Interpretativas como instrumento de interpretação, sensibilização e educação ambiental na APAE de Erechim/RS. Vivências: Rev. Eletr. De Ext. da URI. V. 7, n. 13. 2011, 189-197 pp. Disponível em: <http://www.reitoria.uri.br/~vivencias/Numero_013/artigos/artigos_vivencias_13/n13_21.pdf>. Acesso em 05 de agosto de 2014.

VENTURIN, A.; TEIXEIRA, E. S. T. O Jardim Sensorial como espaço para educação ambiental: um estudo em Pato Branco, Paraná. Curitiba, 2013. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/ANais2013/pdf/6871_4180.pdf>. Acesso em 05 de agosto de 2014.

Agradecimentos

Direciono meus agradecimentos ao PET Fitoterapia, enquanto grupo, por me proporcionar desafios e a ampliação de horizontes frente ao mundo acadêmico, diariamente.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

ANELLY BARBARA FEITOSA DE PAIVA (APRESENTADOR) – barbaraanelly@hotmail.com – UNIVERSIDADE POTIGUAR (UNP)
ANTONIA EMANUELLA DE OLIVEIRA DINIZ (UNP)
JOSE ALISSON DA COSTA MORAIS(UNP)
PAULA BEATRIZ DE MORAIS ARCANJO LIMA(UNP)
RODOLFO FERNANDES DA SILVA(UNP)
FRANCISCA DEBORA CAVALCANTE EVANGELISTA(ORIENTADOR) – (UNP)

Resumo:

Em todo período gestacional ocorrem alterações fisiológicas que são consideradas as mais significativas que o corpo humano pode sofrer. Consiste num período importante na vida da mulher, imbuído de características complexas de mudanças físicas e psíquicas, que se tornam peculiares, se partirmos do ponto de vista da individualidade humana. Para a maioria das mulheres a gravidez é um evento fisiológico natural e normal, porém, para uma pequena parcela de gestantes ela pode ser uma situação de alto risco. A gravidez é considerada de alto risco na presença de algum fator de risco materno ou fetal que afetará adversamente seu resultado. Diante dessas considerações, vários fatores fazem com que o estudo da gravidez de alto risco seja de extrema importância. Dessa forma, na assistência pré-natal de alto risco as gestantes necessitam de uma assistência humanizada e multidisciplinar. Para um bom atendimento a enfermagem dispõe da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem), pois propõe um atendimento contínuo e integral. O objetivo geral foi abordar a gestação de alto risco dentro da alta complexidade. Os objetivos específicos foram: relatar a importância do enfermeiro na assistência do pré-natal de alto risco e identificar os principais diagnósticos de enfermagem nas gestantes de alto risco. Percebeu-se, contudo que o enfermeiro tem papel relevante no acompanhamento à gestação de alto risco devido ao seu cuidado integral e contínuo. Para proceder com a operacionalização deste estudo, utilizou-se a revisão integrativa da literatura.

Palavras-chave: Alto risco. Gravidez. Enfermagem.

Introdução

A gestação consiste num período importante na vida da mulher, imbuído de características complexas de mudanças físicas e psíquicas, que se tornam peculiares, se partirmos do ponto de vista da individualidade humana. Desta forma, podemos dizer que o período da gravidez contribui de forma substancial para a elucidação de sentimentos e emoções vivenciados pela mulher e sua família, desde a sua descoberta até o nascimento. ⁽¹⁾

Diante de todas as transformações desencadeadas pela gestação, todos os conflitos externos (família, cônjuge) e internos (psicológicos: depressão, medo, insegurança) e os riscos que ela pode causar a orientação e o esclarecimento da família e gestante é de suma importância para que aja melhor aceitação do diagnóstico. Dentro deste contexto compreendemos que a gestação de alto risco requer uma integração de estrutura familiar extremamente sólida, com vistas a facilitar o processo de aceitação do diagnóstico, tanto pela gestante quanto pela família, considerando toda esta sucessão de estados e mudanças de esferas psíquica e emocional, envolvidas e amenizar os sentimentos descontentadores. Dessa forma, na assistência pré-natal de alto risco as gestantes necessitam de uma assistência humanizada e multidisciplinar. E ainda normalmente mais especializadas. Sendo que em alguns casos possam ser solucionados no nível primário de assistência, outros serão encaminhados para o nível secundário e terciário, com uma equipe de saúde e tecnologia sofisticadas. ^{(1) (3)}

A atuação multiprofissional deve ter como objetivo o incentivo e a promoção do vínculo, não só mãe-bebê, mas mãe-bebê-família, por meio de o desenvolvimento de um bom acolhimento nos serviços de saúde. Essa equipe deve atuar como facilitador deste processo a cada integrante da família, a partir de ações qualificadas e humanizadas, principalmente quando a necessidade maior desta se concentra na recuperação do recém-nascido, por eventualidade da importância de hospitalização deste nas unidades de terapia intensiva, uma vez que toda essa adaptação à nova realidade exige ao extremo de todos os integrantes desta família, o que pode aumentar o estresse, prejudicando, assim o estabelecimento do vínculo. ^{(1) (3)} Por meio do presente artigo, propomos discutir o seguinte questionamento: como lidar com as mudanças físicas e psíquicas causadas pela gestação? De que forma e por quem deve ser prestada a assistência à gestante de alto risco?

Metodologia

Para proceder com a operacionalização deste estudo, utilizou-se a revisão integrativa da literatura baseado no referencial de MENDES, SILVEIRA e GALVÃO (2008), que são: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; estabelecimento de critérios para inclusão e exclusão de estudos/amostragem ou busca na literatura; definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos na revisão integrativa; interpretação dos resultados; e por fim apresentação da revisão/síntese do conhecimento. A realização da seleção dos artigos aconteceu no mês de setembro de 2013, sendo utilizada as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), sendo achados 13 artigos na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e 7 artigos na Base de Dados de Enfermagem (BDENF). Para o levantamento dos artigos, realizou-se uma busca com os seguintes descritores e suas combinações na língua portuguesa: “Alto risco”, “Gravidez” e “Enfermagem”. Foram utilizados como critérios de inclusão: artigos publicados em português, artigos na íntegra e estudos publicados nos últimos 5 anos.

Resultados

A demonstração dos 15 artigos que foram utilizados para construção da revisão integrativa: Os artigos 1, 2, 4, 8, 10 e 12 estão relacionados com os cuidados à mulher hipertensa durante a gravidez de alto risco. O artigo 3 tem o objetivo de mostrar a efetividade da assistência da enfermagem através de programas que são criados visando a preparação da gestante para a maternidade. Quanto a metodologia os artigos 1, 2, 12, e 13, utilizaram o estudo qualitativo, já o 3 e 9 estudo transversal, na pesquisa do 10 e 11 descritiva, 5, 6 e 7 foram analisados de forma quantitativa. Não foi exposto em seu contexto dos métodos utilizados no artigo 4 a classificação da pesquisa. Algumas dificuldades foram encontradas na busca por ser necessário relatar a atenção terciária à mulher grávida, trazer para a realidade do enfermeiro as condutas na assistência da enfermagem, durante a urgência e emergência direcionada à gestante.

Notou-se a necessidade de qualificação para a equipe de enfermagem na orientação a gestante, os cuidados que devem ser de extrema importância a uma gestante de alto risco, desde o planejamento familiar, pré-natal às palestras.

Discussões

Após a análise dos resultados obtidos com a pesquisa, é sabido que apesar da gravidez ser um processo fisiológico, em aproximadamente 15% das gestações existe riscos, que exigem maiores cuidados e estes especializados e que o risco de morte materna existe em todo mundo, porém com proporções diferentes, isso porque as causas desses agravos na gravidez são variados, de acordo com o país ou região. Por isso no acompanhamento gestacional se deve acrescentar a necessidade de associar a história clínica com a vida pessoal, seus sentimentos, desejos e suas ansiedades, ou seja, uma avaliação integral da saúde da mulher em todo seu contexto social, histórico e político. ^{(1) (6) (7)}

Dentre os principais motivos pela morte materna esta a hipertensão, que quando está relacionada à gravidez pode ser chamada de DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez) ou SHEG (Síndrome Hipertensiva Específica da Gravidez), anteriormente chamada pré-eclâmpsia, é caracterizada pelos seguintes sintomas; proteinúria, edema e hipertensão, que em fase inicial não são apresentados, por isso muitas vezes não é diagnosticada e evolui para a *eclampsia* e ou a *síndrome HELLP*. Sabendo disso, é necessária a avaliação periódica dos níveis pressóricos na gestação, a depender da eficácia do pré-natal e dessas avaliações é que será possível prevenir as complicações da hipertensão na gravidez. Quando acontece o diagnóstico de DHEG ou SHEG, a gestante é considerada de alto risco, não podendo mais realizar seu pré-natal em unidade básica de saúde, sendo assim encaminhada para unidade de referência, o que pode fazer com que a mesma sinta medo e ansiedade relativa à gravidez. ⁽⁸⁾

A gravidez é um período que além das mudanças bioquímicas e hormonais acontecem também às mudanças psíquicas, que decorre importante transição existencial, contribuindo para o surgimento de conflitos internos e externos, nesse período se a mulher não for acolhida de maneira harmônica e humanizada, pode interferir de modo brusco na manutenção da saúde mental materna. Cabe, portanto ao enfermeiro estar atento às mudanças de humor e pensamentos e comportamentos que sugiram a depressão. ^{(9) (10)}

Em consequência do estresse decorrente da gravidez de alto risco o Ministério da Saúde criou a Casa das Gestantes, que funciona com um atendimento menos mecanizado e mais humanizado. É disponibilizado a cada 15 leitos uma equipe composta por enfermeiro obstetra, obstetra, educador físico, nutricionista, terapeuta ocupacional, psicólogo e assistente social. ^{(6) (4)}

Para um bom atendimento a enfermagem utiliza a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) obedece as seguintes etapas; Histórico, Exame Físico, Diagnóstico, Prescrição de Enfermagem e Evolução de Enfermagem. Alguns dos diagnósticos de enfermagem comuns na gravidez de alto risco são; náusea relacionada às alterações da gravidez, privação do sono relacionada à ansiedade, mudança de ambiente e desconforto físico, risco de função hepática prejudicada relacionada a alterações fisiológicas da gravidez e complicações da SHEG, constipação, nutrição desequilibrada e ansiedade. Já os principais cuidados de enfermagem a gestante de risco são repouso no leito preferencialmente do lado esquerdo, aferição da pressão arterial nesta mesma posição, se a grávida estiver internada monitorar seu débito urinário durante 24 horas, avaliação diária da proteinúria e verificar os movimentos fetais.

Considerações Finais

Para concluir a diferença da assistência à saúde e de enfermagem, é preciso associar conhecimento com a prática clínica. A síntese dos resultados foi relevante no que embasou os diagnósticos e cuidados transferindo assim conhecimento novo à prática, fundamentando-se na SAE, corroborando com os objetivos proposto no início do estudo, entendendo que a assistência prestada do enfermeiro, faz o diagnóstico precoce, trata, acompanha e cuida, elucidando a função geral do enfermeiro nos três níveis de atenção. Respondeu as questões levantadas como a multidisciplinariedade profissional, para acompanhar e assistir a gestante de alto risco, apresentados nas discussões como uma premissa básica da atenção, para uma assistência eficaz como é realizado na Casa de Gestantes. Percebeu-se, contudo que o enfermeiro tem papel relevante no acompanhamento à gestação de alto risco, nos três períodos da gestação, devido ao seu cuidado integral e contínuo, é incessante a participação e ocupação da enfermagem, garantindo a tranquilidade e segurança do parto principalmente, o estudo apresentado necessita de mais fundamentação, de forma direta, artigos que abordem mais o trabalho do enfermeiro a gestante de alto risco, de forma que aja literatura suficiente para se possa ter em massa o conhecimento sobre a ação da enfermagem, que é tão eficaz.

Referências

GONÇALVES, G. T. et al. Contribuição da enfermagem para a construção do vínculo mãe-bebê com malformação congênita. Revista Pesqui.: Cuid. Fundam. (Online);3(2):1776-1790,abr-jun.2011

MEINCKE, K. M. S. et al. Perfil sociodemográfico e econômico de pais adolescentes. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):452-6

PAIVA, F. L. et al. Conhecimento e atitudes dos enfermeiros diante de gestantes com sintomas da Doença Hipertensiva Específica da Gestação. J Health Sci Inst. 2010;28(2):151-3

PIMENTA, M. A. ET AL. Programa “Casa das Gestantes”: uma nova lógica de atenção à saúde materna e perinatal. Rev. rene, vol. 11, número especial, 2010. p. 230-233

OLIVEIRA, J. V. Vivenciando a gravidez de alto risco: Entre a luz e a escuridão. Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 07 de março de 2008. Pág. 1-111.

PIMENTA, A. M. et. all. Programa “Casa das Gestantes”: Perfil das Usuárias e Resultados da Assistência à Saúde Materna e Perinatal. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n4/23.pdf>> Acesso em: 11 de out. 2013.

HERCULANO, M. M. S. et. all. Aplicação do Processo de Enfermagem a Paciente com Hipertensão Gestacional Fundametada em Orem. Ver Rene, Fortaleza, 2011. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/171/80>> Acesso em: 11 de out. de 2013.

AGUIAR, M. I. F. et. all. Sistematização da Assistência de Enfermagem a Paciente com Síndrome Hipertensiva Específica da Gestação.

Ver. Rene, Fortaleza, vol. 11, n.4, 2010. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol11n4_pdf/a07v11n4.pdf> Acesso em: 19 de out. de 2013.

Azeredo, Márcia Fontes Peixoto. Repercussões da violência sob a gestação percebidas pelas gestantes com síndromes hipertensivas / Impact of violence in the gestation perceived by pregnant with syndromes hypertensives. Rio de Janeiro; s.n; 2009. 94 p. ilustr. Disponível em: http://www.bdttd.uerj.br/tde_arquivos/20/TDE-2009-10-21T182247Z-581/Publico/Final_Marcia%20Fontes%20Peixoto%20Azeredo.pdf. Acesso em: 25 de Set. de 2013.

BERETTA, M. I. R. et. all. Tristeza/depressão na Mulher: Uma Abordagem no Período gestacional e/ou Puerperal. Rev. Eletr. Enf, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a09.htm>> Acesso em: 20 de out. 2013.

ISERHARD, A. R. M. et. all. Práticas Culturais de Cuidados de Mulheres Mães de Recém-Nascidos de Risco do Sul do Brasil. **Ver. Enferm**, 2009. Disponível em: <http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/20091/ARTIGO%2014.pdf> Acesso em: 20 de out. 2013.

MIRANDA, C. L. M. O Sentido do Ser-Mãe-que-Engravidou-Após-Óbito-Fetal: Possibilidades Assistenciais de e para a Enfermagem. **EEAN**, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <http://teses2.ufrj.br/51/teses/EEAN_D_CarmenLuciaMoraesMiranda.pdf> Acesso em: 20 de out. 2013.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA IMPORTÂNCIA DA IMUNIZAÇÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Samuel Fernandes de Oliveira Souza – FANOR (Faculdade Nordeste)-samuelfernandes_os@hotmail.com

Ana Paula Nogueira de Vasconcelos- FANOR (Faculdade Nordeste) - papaula.heart@hotmail.com

Débora Joyce Nascimento Freitas– FANOR (Faculdade Nordeste)-debinha_ac@hotmail.com

Adriana Simplício de Araújo – FANOR (Faculdade Nordeste)- adrisimplicio@gmail.com

Letícia Mara Oliveira da Silva – FANOR (Faculdade Nordeste)

Francisco Antonio da Cruz Mendonça – FANOR (Faculdade Nordeste)

Palavras-chave: Imunização. Enfermagem. Crianças e adolescentes.

Resumo

A imunização em crianças e adolescentes é de extrema importância desde o seu nascimento perdurando até a velhice. Percebem-se os benefícios da vacinação através de inúmeras patologias desaparecerem ou diminuírem consideravelmente, especialmente em regiões onde ela é aplicada corretamente conforme o calendário vacinal. Quando a criança é vacinada, é protegida de doenças graves que colocam a sua vida em risco. Desde o nascimento, a criança enfrenta desafios para adaptar-se ao mundo. Objetivou-se relatar a atuação da Enfermagem na importância da imunização e promoção da saúde em crianças e adolescentes. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos científicos referentes ao Programa Nacional de Imunizações e sites. A vacinação é considerada um dos principais avanços na saúde pública mundial, podendo evitar pandemias e garantir adultos mais saudáveis. Foi também assumida como instrumento da medicina preventiva, sendo responsável pela redução da mortalidade infantil. Essa afirmação inquestionável parece não ser suficiente para mobilizar adolescentes e adultos que tenham crianças, para que acompanhem mais rigorosamente seus históricos vacinais, sobretudo crianças até 4 anos de idade e mais de 10 anos, assim como indica-se a rotina de vacinas, incluindo aquelas que, ainda não integram o Programa Nacional de Imunizações (PNI). Percebeu-se que através da proposta de instrumentos de conscientização que a população sentiu-se mais informada e disposta a realizar o esquema vacinal.

Introdução

Uma das razões, segundo Figueiredo (2011), para que a vacinação seja realizada de forma incompleta é a contraindicação da imunização, por parte dos profissionais de saúde, um estudo evidenciou que a decisão dos pais em vacinar seus filhos, está ligada a uma ação consciente. Assim, o acesso às informações baseadas em evidências sobre imunização, articuladas às perguntas, dúvidas e crenças dos pais, afirmando a importância de construir e manter a confiança das famílias, bem como fornecer, informações precisas.

Segundo Pereira (2007), é imprescindível que até 5 anos de idade as crianças estejam com as vacinas em dia, pois são elas que ajudam a protegê-las de doenças graves que podem colocar a vida em risco. O programa nacional de imunizações tem como objetivo, em primeira instância, a ampla extensão da cobertura vacinal de forma homogênea, para que a população possa ser provida de adequada proteção imunológica. A meta operacional básica é a vacinação de 100% das crianças menores de um ano, com todas as vacinas indicadas no esquema de vacinação e também a outros grupos populacionais conforme a priorização, objetivando o controle, eliminação e erradicação de doenças evitáveis pela vacinação.

A criança recém-nascida possui um sistema de defesa imaturo que a torna mais suscetível a contrair doenças. Sendo assim, receber as primeiras vacinas principalmente até os cinco anos de idade é fundamental para o desenvolvimento saudável da criança. As primeiras vacinas que a criança recebe é a BCG que protege contra as formas graves da tuberculose e hepatite B. A partir daí começa uma série de vacinas (pelo menos 18) que previne a criança contra outras doenças como tétano, rubéola, paralisia, meningite, sarampo, catapora, entre outras.

Quando a criança é vacinada, ela está protegida de doenças graves que colocam a sua vida em risco. Desde o nascimento, a criança enfrenta desafios para adaptar-se ao mundo. A evolução da medicina oferece muitas contribuições para tornar esta difícil jornada nos primeiros anos de vida, mais saudável e segura. Atualmente, as vacinas são muito seguras e não apresentam reações às crianças, além de uma possível irritação e dor no local da picada ou uma eventual febre moderada, que são sintomas normais e observados como resposta positiva do organismo.

Segundo dados de 2008, da Organização Mundial de Saúde (OMS), 106 milhões de crianças no mundo estão imunizados contra as principais enfermidades infantis. Mas, apesar do grande volume, a Organização mundial de saúde destaca que 24 milhões de crianças ainda não tiveram acesso a essas vacinas. A eficácia da vacinação pode ser atestada pelo fato de algumas enfermidades terem sido erradicadas ou diminuídas consideravelmente. A poliomielite (paralisia infantil) é uma das doenças que desapareceu do cenário nacional.

Um dos maiores avanços da pediatria tem sido a considerável diminuição das doenças infectocontagiosas, devido ao amplo uso da imunização para prevenção de doenças. Embora muitas dessas imunizações possam ser dadas a indivíduos de qualquer idade, o primeiro calendário recomendado se inicia na infância e é completado ainda durante o início da infância. Portanto, a promoção da saúde durante a infância inclui a discussão da imunização para combater as principais doenças que se pode prevenir e orientar aos pais sobre a importância da vacinação para a criança durante toda a vida dela.

Maluf (2008) afirma que o adolescente é considerado o grupo etário mais difícil de sensibilizar a respeito da importância da vacinação. O adolescente tem a sensação de invulnerabilidade e imortalidade e a dificuldade de compreender as consequências desse comportamento para seu futuro. Acredita-se que se estabeleceu um estigma nessa população sobre a vacinação, mas que muitas vezes passa despercebido aos olhos do profissional de saúde.

Winkelstein (2006) diz que a parceria entre o profissional e os pais é um mecanismo poderoso tanto para a capacitação quanto para o 'empoderamento' das famílias. Os pais funcionam como semelhantes respeitados pelos profissionais e têm o direito de decidir o que é importante para eles mesmos e para sua família. O profissional dá apoio e reforça a capacidade da família de encorajar e promover o seu próprio desenvolvimento. Os profissionais também têm que trabalhar juntos como uma equipe de modo a beneficiar as crianças e suas famílias.

Diante disso, a Enfermagem exerce papel fundamental na área de imunização voltado a prevenção de doenças e promoção da saúde em crianças e adolescentes.

É relevante a atuação do enfermeiro em todas as ações de uma sala de vacina, onde é de sua responsabilidade a promoção da saúde, administração das vacinas, capacitação do profissional e elaboração do cartão de vacina, o qual tem o controle das doses administradas na rotina diária, garantindo assim a eficácia de uma possível busca ativa aos faltosos. Também é de competência do enfermeiro através do seu conhecimento científico capacitar para a vacinação e destacar que não serão só aplicadores de vacinas, mas sim profissionais conscientes de que estão cuidando da saúde, da sobrevivência de milhões e milhões de cidadãos.

O atraso vacinal pode ter diferentes significados de maneira geral, atribuídos a mãe: falta de tempo, irresponsabilidade, falta de consciência e orientação. É importante que se aja uma conscientização em relação à importância das vacinas de proteção aos bebês das doenças graves ou até risco de morte. Por isso, a família deve ficar atenta às campanhas de vacinação e ao cartão de vacinação que deve ser preenchido rigorosamente.

Diante desse contexto, objetivou-se relatar a atuação da enfermagem na importância da imunização em crianças e adolescentes.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica através de livros, artigos científicos referentes ao Programa Nacional de Imunizações e sites com o objetivo de relatar a atuação da enfermagem na importância da imunização em crianças e adolescentes quanto a prevenção de doenças por meio da vacinação e seus benefícios e eficácia.

Buscou-se perceber na bibliografia a atuação da enfermagem frente a essa conscientização para que se possa chegar à diminuição da incidência de doenças infecciosas que pode ser evitada e assim reduzir os índices de doenças e mortalidade de crianças e adolescentes não imunizadas.

Resultados e Discussão

Segundo Starfield. B (2002), a vacinação é uma ação integrada e rotineira de serviços de saúde, pertencendo ao nível de atenção primária de baixa complexidade e de grande impacto nas condições gerais de saúde infantil, representando um dos grandes avanços da tecnologia médica nas últimas décadas, se constituindo no procedimento de melhor relação custo e efetividade no setor de saúde. O declínio acelerado de morbimortalidades por doenças imunopreveníveis nas décadas recentes, em nosso país e em escala mundial, serve de prova incontestável de enorme benefício que é oferecido às populações por intermédio de vacinas.

Foi realizada a leitura exploratória de vários artigos científicos e literaturas. E a análise das informações coletadas sobre a atuação da enfermagem na importância da imunização em crianças e adolescentes, vem sendo muitas vezes, a dificuldade do adolescente em respeitar o calendário vacinal, já que esse grupo etário é o mais difícil de levar em conta a importância da vacinação. Apesar da melhoria das taxas de vacinação, os adolescentes muitas vezes possuem a imunização incompleta. O atraso dos pais em imunizar recém-nascidos que ainda existe, oportunidades perdidas acontecem todos os dias nos PSF. Para que este esquema esteja completo, em torno dos seis anos, são necessárias entre 11 e 12 injeções aplicadas em oito a nove visitas aos serviços de saúde. Entretanto, a introdução de novas vacinas combinadas poderá reduzir o número de injeções administradas nas visitas de rotina¹. Desde 1993, vêm sendo administradas vacinas não incluídas no PNI em situações especiais através da implantação dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (Ministério da Saúde, MS, 2001).

Outro aspecto importante é que os enfermeiros têm de estar conscientes da responsabilidade de manter os pais adequadamente informados sobre a natureza, prevalência e os riscos da doença, o tipo de produto a ser utilizado na imunização; Na sala de vacinação das unidades de saúde em nosso país, as atividades devem ser desenvolvidas por uma equipe de enfermagem treinada para o manuseio, conservação e administração dos imunobiológicos (Queiroz AS, et al, 2009).

Portanto também é imprescindível observar, a cultura e conhecimentos dos pais e responsáveis sobre a vacinação, pois só assim será possível estabelecer uma comunicação eficaz. Na comunicação com pais e filhos de diferentes culturas, é fundamental considerar que os padrões de comunicação, práticas de educação das crianças e práticas de saúde, podem diferir dos conceitos que norteiam o profissional de enfermagem (Engel J, 2002).

Com isso, percebeu-se a importância da atuação da enfermagem na conscientização de pais e responsáveis pela imunização em crianças e adolescentes. É fundamental o acompanhamento do profissional na rotina de consulta da criança fornecendo informações precisas e de fácil utilização sobre vacinas, O profissional deve evitar julgamentos, Adaptar diálogos educativos a necessidades dos pais e cuidadores e reconheça a preocupação dos pais de uma forma genuína e com empatia. Assim, Os pais e os profissionais poderão quebrar às barreiras que impedem os responsáveis no acesso a vacinação da criança e do adolescente.

Conclusão

Conclui-se que a atuação da enfermagem na conscientização e incentivo a imunização em crianças e adolescentes é de suma importância visto que é um recurso oferecido gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde onde todos têm direito e o dever de vacinar-se. Sendo assim, espera-se chamar a atenção dos pais e dos adolescentes para a necessidade da imunização desde o nascimento da criança para prevenção de doenças infectocontagiosas e que se complete todo o calendário vacinal.

Tendo em vista, as pesquisas realizadas pode-se considerar a vacinação como o principal instrumento de proteção contra doenças, e que o papel do enfermeiro na atuação como protagonista dessa prevenção, também se deve a educação em saúde aos pais para que sejam repassadas todas as informações necessárias sobre a importância desse ato.

Referências

1. Figueiredo GLA, Pina JC, Tonete VLP, Lima RAG, Mello DF. *Experiências de famílias na imunização de crianças brasileiras menores de dois anos*. Rev. Latino-Am. Enfermagem. maio-jun. 2011
2. PEREIRA, mad, BARBOSA. *Cuidar de enfermagem na imunização: Mitos e verdades*. Rev. Meio amb.saúde 2007;2(1):76-88.

3. Organização mundial de saúde, OMS (2008) site- disponível em <http://saibadesaude.blogspot.com.br/2009/12/importancia-da-vacinacao.html>
4. MALUF;ALDENUCCI. *Calendário vacinal da criança e do adolescente*; about Farhat et al. 5° ed. São Paulo; Atheneu,2008 ,pag 87.
5. WINKELSTEIN, *perspectivas da enfermagem pediátrica*, about WILSON et al, 2006, pag 10-11.
6. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre as necessidades de saúde, serviços e tecnologia.Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/ Ministério da Saúde; 2002.
7. Ministério Da Saúde. Manual de Normas de Vacinação. 3ed. Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde. 72p, jun 2001.
8. Queiroz AS, Moura ERF, Nogueira PSF, Oliveira NC, Pereira MMQ Q. Atuação da equipe de enfermagem na sala de vacinação suas condições de funcionamento. Rev Rene. 2009; 10(4):126-35.
9. Engel J. Avaliação em pediatria. 2ª ed. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso; 2002.

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a Deus que sempre nos dá força e sabedoria para realização deste trabalho. Ao nosso orientador Antônio Mendonça pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções. Aos nossos pais, pelo amor, incentivo e apoio incondicional. E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte do nosso trabalho.

ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

Hanna Maria Rebouças Bezerra de Menezes – Universidade de Fortaleza – hannamenezess@hotmail.com

Davylla Virgínia Martins Costa – Universidade de Fortaleza

Klávdiá Francelino de Castro – Universidade de Fortaleza

Amanda Rebouças Bezerra de Menezes – Universidade Federal do Ceará

Nayara Cristh Almeida da S. de Oliveira – Universidade de Fortaleza

Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Relações Mãe-Filho. Enfermagem.

Resumo

Os objetivos do estudo foram analisar as publicações científicas relacionadas à enfermagem e a promoção do aleitamento materno, bem como conhecer as tecnologias utilizadas para promoção do aleitamento materno e desmame precoce. Estudo do tipo revisão de literatura, para o qual foram utilizadas as bases de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). A busca ocorreu no período de maio de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Aleitamento materno” e “Enfermagem”. Foram encontrados 173 artigos ao todo durante as buscas, dos quais 151 não corresponderam aos critérios de inclusão, restando a amostra de 22 artigos. A análise ocorreu de forma descritiva dos conteúdos. Após leitura da publicações foi possível verificar os temas que surgiam com maior frequência, resultando na estruturação de três categorias de análise, que versaram sobre: A enfermagem e o aleitamento materno; Tecnologias utilizadas para promoção do aleitamento materno; O desmame precoce. A assistência de Enfermagem à puérpera é de extrema importância para promover e apoiar o aleitamento materno, contribuindo para o estabelecimento e manutenção desta prática como uma experiência positiva e satisfatória para a mulher, mas para isso estes profissionais precisam estar devidamente qualificados e sensibilizados para oferecer às gestantes e nutrízes orientações adequadas e acessíveis.

Introdução

O aleitamento materno (AM), enquanto uma prática social tem passado por transformações através dos tempos. Devido à sua complexidade e importância para a saúde materno - infantil, torna-se relevante a constante abordagem e estudo do tema (DUBEUX et al, 2004). O aleitamento materno exclusivo (AME), preconizado pelo Ministério da Saúde (MS) até o sexto mês de vida, se caracteriza pela oferta a criança somente de leite materno, sem quaisquer outros líquidos ou alimentos, tanto de forma direta, sugando ao seio materno, quanto de forma indireta, por meio de copinho ou sonda (WHO, 2002).

O aleitamento materno tem forte impacto sobre a mortalidade infantil, visto que um estudo realizado em 42 países mostrou que o aleitamento materno poderia evitar 13% das mortes em menores de cinco anos de idade se 90% das crianças fossem amamentadas exclusivamente até os seis meses e se a amamentação fosse continuada após a introdução da alimentação complementar saudável. Além de proporcionar diversos benefícios à saúde da criança, o aleitamento materno decorre em benefícios para a mulher e para sociedade (BRASIL, 2011).

Apesar das inúmeras vantagens da prática da amamentação, evidenciadas na literatura científica, e da melhora da situação do aleitamento materno no Brasil, seus indicadores têm revelado uma tendência à estabilização, que ainda estão aquém do recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, de aleitamento materno exclusivo até seis meses de vida e complementado por dois anos ou mais (BRASIL, 2009). Os dados da “Pesquisa de Prevalência em Aleitamento Materno” nas capitais brasileiras e Distrito Federal, realizada em 2008, identificaram que a prevalência da amamentação exclusiva com leite materno em menores de seis meses foi de 41% e a duração mediana de AME foi de 54,1 dias (1,8 meses) (BRASIL, 2010).

Por essa razão, o fortalecimento das ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno é de fundamental importância para a melhoria dos índices de aleitamento materno e diminuição das taxas de morbimortalidade infantil. Aumentar a taxa de amamentação exclusiva e a duração mediana de aleitamento materno tem sido um desafio no mundo e, em especial, no Brasil (ARAÚJO et al, 2003; KUMMER et al, 2000). Assim, os objetivos do estudo foram analisar as publicações científicas relacionadas à enfermagem e a promoção do aleitamento materno, bem como conhecer as tecnologias utilizadas para promoção do aleitamento materno e desmame precoce.

Metodologia

Trata-se de uma revisão de literatura, no qual o caminho metodológico adotado foi à 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). Foi estabelecida a seguinte questão norteadora para esta revisão: Que ações de enfermagem são desenvolvidas para a promoção do aleitamento materno e que tecnologias são utilizadas para este fim?

A busca ocorreu no período de maio de 2014, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DECS): “Aleitamento materno” e “Enfermagem”. Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos online disponíveis na íntegra, produzidos por enfermeiros, com ou sem parceria com outros profissionais, que abordassem a temática, publicados a partir do ano 2001. A análise dos artigos ocorreu de forma descritiva dos conteúdos. Foram encontrados 173 artigos nas buscas, dos quais 151 não corresponderam aos critérios de inclusão, restando a amostra de 22 artigos.

Resultados e Discussão

Após leitura da publicações foi possível verificar os temas que surgiam com maior frequência, resultando na estruturação de três categorias de análise, que versaram sobre: A enfermagem e o aleitamento materno; Tecnologias utilizadas para promoção do aleitamento materno; O desmame precoce.

A enfermagem e o aleitamento materno

A Assistência de Enfermagem à puérpera é de fundamental importância para evitar as lesões de mamilo e promover o aleitamento materno como uma experiência positiva e satisfatória para a mulher. As orientações durante o pré-natal são relevantes, porém muitas

vezes depois do parto a atuação profissional se faz imprescindível. Considerando que para um parto sem intercorrência a permanência da mulher na Maternidade é de poucos dias, é justamente nos profissionais da atenção básica, principalmente a Enfermeira, que a puérpera se apoiará (CHAVES et al, 2011).

A atuação dos profissionais de saúde pode influenciar negativamente o estabelecimento e manutenção do aleitamento materno, caso estes não tenham uma visão ampliada que vá além do manejo clínico e ofereça suporte às mães (NAKANO, 2007). Assim, são necessárias estratégias que facilitem a difusão de informações sobre os fundamentos anatômicos, fisiológicos, imunológicos do aleitamento materno, o manejo clínico da amamentação e das intercorrências mamárias. Com esse conhecimento, o profissional da equipe de enfermagem é capaz de repassar informações e atuar criativamente a respeito das vantagens e importância do aleitamento materno e de maneiras de conciliar esta prática com outros papéis exercidos pela mulher na sociedade (FREITAS et al, 2008; MACHADO; BOSI, 2008).

Esta é uma tarefa de todos os profissionais de saúde, com destaque para a equipe de enfermagem, visto que ela atua como agente da promoção da saúde, influenciando positivamente a prática do aleitamento materno. Assim, a enfermagem deve valorizar a força do processo educativo, pois este contribui para a aproximação entre as pessoas e para o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas no que se refere à valorização da saúde, à utilização de recursos disponíveis e ao exercício da cidadania. (FREITAS et al, 2008; ORIÁ; GLICK; ALVES, 2005).

O apoio às mães para superar as dificuldades encontradas pode representar a diferença entre o sucesso e o abandono do aleitamento. O processo de aleitar será melhor conduzido dependendo de como a mulher se sente em relação a si mesma e ao seu momento de vida sendo assim, o apoio profissional e primordial para seu êxito (GALVÃO, 2011).

Tecnologias utilizadas para promoção do aleitamento materno

A forma como os profissionais de saúde, assim como os meios de comunicação, abordam a amamentação com as puérperas e familiares, quando realizada de maneira efetiva contribui para o estímulo ao aleitamento materno exclusivo, principalmente quando se agregam tecnologias. Entretanto, as tecnologias representam um conjunto de conhecimentos e práticas que se relacionam a produtos e materiais utilizados para produzir saúde. As tecnologias podem ser classificadas em leves, leve-duras e duras. Na área da saúde, compreende-se que, dentre estas tecnologias, a tecnologia leve deve ser o eixo central da assistência em saúde. A tecnologia leve representa o conjunto das relações humanas as quais envolvem o vínculo, a autonomização e a gestão como estratégias de orientação do processo de trabalho (MEHRY, 2002).

Na enfermagem, a tecnologia também está presente nos momentos do cuidado. Entretanto, observa-se na prática assistencial que, dentre as tecnologias utilizadas para o incentivo ao aleitamento materno, a tecnologia dura é predominante (JOVENTINO et al, 2011), o que vai de encontro ao que se postula como eixo central para o cuidado em saúde, que é o uso de tecnologias leves, revelando a necessidade de mudanças. Por tecnologia dura entendem-se equipamentos, normas e estruturas organizacionais utilizados na assistência à saúde. Dentre as tecnologias duras utilizadas para a promoção do aleitamento materno estão: folhetos, cartões-postais, livretos, filmagem, *software* educativo, escalas que avaliam as mamadas e indicam os aspectos que necessitam de maior acompanhamento e testes laboratoriais do leite materno (MEHRY, 2002; JOVENTINO et al, 2011).

Por tecnologia leve-dura entende-se a tecnologia que utiliza saberes estruturados como teorias, modelos de cuidado, assim como o processo de enfermagem (MEHRY, 2002).

Ainda são poucos os profissionais de saúde que utilizam tecnologias leves para a promoção do aleitamento, principalmente, o aconselhamento. Dessa forma, pode-se questionar como a comunicação entre os profissionais e as puérperas é realizada por meio destas tecnologias propostas e qual é a atuação do profissional, no que se refere à comunicação no processo de educação para a saúde. (JOVENTINO et al, 2011; SILVA et al, 2014).

Como um educador, o enfermeiro é indispensável neste processo, não podendo ser substituído pela tecnologia dura ou leve-dura, ou seja, o profissional de enfermagem deve integrar-se a estas tecnologias, pois a interação entre profissional e puérpera demonstra exercer influência maior na prática do aleitamento materno exclusivo, principalmente, quando é realizada desde o pré-natal até o puerpério (JOVENTINO et al, 2011). A enfermagem tem um importante papel no incentivo à amamentação, em todas as fases de seu processo, tais como acompanhamento do pré-natal por meio das visitas domiciliares, palestras, grupos de gestantes e a manutenção no período puerperal. Passar confiança nas informações para as mulheres e uma das pontes para o sucesso de uma prática correta, e isto deve ser incentivado desde o início do processo de formação profissional (SOUZA FILHO; GONÇALVES NETO; MARTINS, 2011).

Os profissionais de enfermagem precisam estar devidamente qualificados e sensibilizados para oferecer às gestantes e nutrízes orientações adequadas e acessíveis. Este cuidado promove e apoia o aleitamento materno, e contribui para o estabelecimento e manutenção desta prática. (FONSECA- MACHADO, 2012).

O desmame precoce

A interrupção precoce da amamentação muitas vezes é atrelada ao desconhecimento materno sobre as vantagens do aleitamento, ao despreparo dos profissionais de saúde em orientar as mulheres, bem como ao suporte inadequado diante das complicações, além da maior atuação da mulher no mercado de trabalho e as fragilidades das políticas públicas na promoção do aleitamento materno (BUENO; TERUYA, 2004).

Artigos analisados apontaram a importância das orientações acerca da ordenha e armazenamento do leite, pois assegura a mãe, além do conhecimento necessário para manter adequadamente o leite, a possibilidade de não interromper a amamentação quando do seu retorno ao trabalho. A literatura apresenta a volta ao trabalho ou ao estudo como o fator mais alegado pelas mães para o desmame precoce (FIGUEIREDO, 2009; UCHIMURA et al, 2001). Pautadas nessas evidências, políticas e ações complementares à iniciativa “Hospital Amigo da Criança” são propostas como incentivo às nutrízes trabalhadoras, tais como Rede Amamenta e Alimenta Brasil, Sala de Apoio à Amamentação e legislações trabalhistas. Dentre as legislações, destaca-se a lei que permite a ampliação da duração da licença-maternidade para seis meses, sancionada em 2008, que assegura este direito às servidoras federais e promove que as empresas privadas adotem essa iniciativa por meio de isenções fiscais (BRASIL, 2008).

Apesar de esta lei ter sido sancionada para que haja ampliação do período de convívio direto entre mãe e bebê e o incentivo à prática do AME, ela por si só não garante que as mães pratiquem a AME, necessitando que estas tenham suporte e apoio adequados conforme destacado anteriormente. (SILVA et al, 2014). A dedicação e o apoio da equipe de saúde são fundamentais para o sucesso da amamentação e na prevenção dos traumas e mastites, que podem ocorrer nos primeiros dias de puerpério. É importante que o enfermeiro conheça estas dificuldades e intervenha, de modo que a lactação seja bem sucedida, uma vez que as dificuldades enfrentadas pelas mulheres no processo de aleitar podem ser preditivas de desmame. (ROCCI; FERNANDES, 2014).

Oliveira (2009) afirma que o leite fraco é um fator cultural, um mito, pois a maioria das mulheres produz leite suficiente para sustentar a criança. Esta percepção errônea pode estar vinculada ao desconhecimento das mães quanto ao seu leite, sobre como é produzido, e ao fato de relacionarem o choro do bebê a carência de alimento. A cultura interfere fortemente nas crenças maternas e a ingerência de

outras pessoas (avós, vizinhas) no que tange ao leite fraco, pode levar as mães a acreditarem que não são capazes de produzir leite em quantidade suficiente, mesmo quando são orientadas.

Assim, o acompanhamento das mães pela equipe de apoio nos primeiros seis meses como incentivo a continuidade do aleitamento materno exclusivo é uma estratégia fundamental. Estudo que avaliou o desmame em prematuros observou que fatores culturais foram responsáveis por 56% dos desmames. Há de se considerar também que, em algumas circunstâncias a mãe não quer amamentar e justifica a interrupção do aleitamento com o argumento de leite fraco ou pouco leite, pois precisa dar uma satisfação para si mesma e para os outros por não nutrir o filho com o próprio leite (OLIVEIRA, 2009; ROCCI; FERNANDES, 2014).

Conclusão

Após a análise das publicações, conclui-se que a enfermagem exerce um papel indispensável na promoção do aleitamento materno, ou seja, sua atuação para que o aleitamento seja uma experiência positiva para a mãe e seu filho é essencial. Percebe-se que este profissional deve utilizar estratégias, repassar informações e ser um agente da promoção da saúde, oferecendo sua contribuição no apoio às mães.

A contribuição que é dada pelos profissionais de enfermagem em relação à promoção do aleitamento materno depende da abordagem feita, as práticas e do uso das tecnologias, sejam elas leves ou duras, pois é no momento dos cuidados que o enfermeiro estimula a relação humana, utilizando equipamentos tecnológicos, as normas e os conhecimentos por ele adquiridos. A comunicação exerce um papel fundamental, pois o enfermeiro será o educador, deverá transmitir confiança e estar qualificado e sensibilizado para estimular o aleitamento materno.

Referências

- ARAÚJO, M.F.M. et al. Incentivo ao aleitamento materno no Brasil: evolução do Projeto Carteiro Amigo da Amamentação de 1996 a 2002. Rev. bras. saúde matern. infant., v.3, n.2, p.195-204, 2003.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros: situação do aleitamento materno em 227 municípios brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- Brasil. Ministério da Saúde. Além da sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 50 p.
- BUENO, L.G.S.; TERUYA, K.M. Aconselhamento em amamentação e sua prática. J pediatr., Rio de Janeiro, v.80, n.5, p.126-130, 2004.
- CHAVES, M.M.N. et al. Amamentação: a prática do enfermeiro na perspectiva da Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.45, n.1, p.199-205, 2011.
- DUBEUX, L.S. et al. Incentivo ao aleitamento materno: uma avaliação das equipes de saúde da família do município de Olinda, Pernambuco. Rev. bras. saúde matern. infant., v.4, n.4, p.399-404, 2004.
- FIGUEIREDO, S.F. Avaliação da iniciativa Hospital Amigo da Criança na prática do Aleitamento Materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida em uma maternidade pública da cidade de São Paulo. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo; 2009.
- FONSECA-MACHADO, M.O. et al. Aleitamento materno: conhecimento e prática. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.46, n.4, p.809-815, 2012.
- FREITAS, G.L. et al. Avaliação do conhecimento de gestantes acerca da amamentação. REME Rev. min. enferm., Minas Gerais, v.12, n.4, p.461-468, 2008.
- GALVÃO, D.G. Formação em aleitamento materno e suas repercussões na prática clínica. Rev. bras. enferm., Brasília, v.64, n.2, p.308-314, 2011.
- JOVENTINO, E.S. et al. Tecnologias de enfermagem para promoção do aleitamento materno: revisão integrativa da literatura. Rev. gaucha enferm., Porto Alegre, v.32, n.1, p.176-184, 2011.~
- KUMMER, S.C. et al. Evolução do padrão de aleitamento materno. Rev. saúde pública. 2000;34(2): 143-8.
- MACHADO, M.M.T.; BOSI, M.L.M. Compreendendo a prática do aleitamento exclusivo: um estudo junto a lactantes usuárias da Rede de Serviços em Fortaleza, Ceará, Brasil. Rev. bras. saúde matern. infant., v.8, n.2, p.187-196, 2008.
- MEHRY, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: UCITEC, 2002. 189 p.
- NAKANO, M.S. O espaço social das mulheres e a referência para o cuidado na prática da amamentação. Rev Latino Am Enferm., v.15, n.2, p.230-238, 2007.
- ORIÁ, M.O., GLICK, D.F., ALVES, M.D. Trends in breastfeeding research by brazilian nurses. Cad. saúde pública, v.21, n.1, p.20-28, 2005.
- ROCCI, E.; FERNANDES, R.A.Q. Dificuldades no aleitamento materno e influência no desmame precoce. Rev. bras. enferm., Brasília, v.67, n.1, p.22-27, 2014.
- SILVA, N.M. et al. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. Rev. bras. enferm., Brasília, v.67, n.2, p.290-295, 2014.
- SOUZA FILHO, M.D.; GONÇALVES NETO, P.N.T.; MARTINS, M.C.C. Avaliação dos problemas relacionados ao aleitamento materno a partir do olhar da enfermagem. Cogitare Enferm., v.16, n.1, p.70-75, 2011.
- UCHIMURA, N.S. et al. Estudo dos fatores de risco para desmame precoce. Acta Sci., v.23, n.3, p.713-718, 2001.
- WHO. World Health Organization. Global strategy for infant and young child feeding. Geneva: WHO; 2002.

Agradecimentos

Sabemos que todas as coisas contribuem juntamente para o bem daqueles que amam a Deus. (Romanos 8:28).

ATUAÇÃO DA RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA NO PROCESSO DE IMPLEMENTAÇÃO DO PMAQ-AB.

Autor 1 – Ana Carolina Oliveira Peres – Universidade Federal de Santa Catarina – anacaroll.peres@gmail.com

Autor 2 – Maria Eduarda Pereira Caminha - Universidade Federal de Santa Catarina

Autor 3 – Rafael Sebold – Prefeitura Municipal de Florianópolis

Autor 4 – Ana Izabel Jatobá de Souza - Universidade Federal de Santa Catarina

Autor 5 – Ana Lúcia S. Ferreira de Mello - Universidade Federal de Santa Catarina

Palavras-chave: Avaliação em saúde. Atenção Primária à Saúde. Qualidade, Acesso e Avaliação da Assistência à Saúde. Melhoria de Qualidade.

Resumo

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) é uma estratégia do Ministério da Saúde para qualificar a atenção básica por meio de incentivos financeiros às equipes de saúde mediante pactuação de metas de qualidade. O PMAQ iniciou em Florianópolis - SC no ano de 2012 e o Programa se mostrou potente estratégia formadora do Curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) realizado em parceria com a Universidade Federal de Santa Catarina. Pesquisa de abordagem qualitativa, com referencial metodológico Estudo de caso, analisando-se dados secundários e documentos oficiais. Analisar a participação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família na implementação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade em um Centro de Saúde. Pesquisa de abordagem qualitativa, com referencial metodológico Estudo de caso, analisando-se dados secundários e documentos oficiais. Os resultados revelam as estratégias adotadas para alcançar as metas e a vinculação dos residentes frente às ações selecionadas para impactar os indicadores que necessitavam melhoria. As ações realizadas pelos residentes tiveram pouca visibilidade para os gestores, embora tenham se mostrado eficientes na ampliação do acesso, na promoção de saúde e prevenção de agravos e possibilitado um olhar diferenciado, pautado na construção coletiva, promovendo integração entre incluindo coordenação, funcionários e usuários do sistema.

Introdução

Diante do desafio de planejar a gestão municipal de saúde, o governo normatiza os compromissos entre os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de prioridades que são relevantes para saúde pública brasileira (SILVA, 2012). A pactuação de prioridades, objetivos, metas, indicadores de monitoramento e avaliação devem representar o compromisso entre os gestores do SUS em torno do desenvolvimento de ações que impactem positivamente as condições de saúde da população (BRASIL, 2009a).

Um dos mecanismos que viabiliza esta pactuação é o Plano de Saúde que se apresenta como um instrumento estratégico para a efetivação do Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS) em cada esfera de gestão: federal, estadual e municipal. A Lei Nº 8.080/90 já apontou que os Planos de Saúde são a base das atividades e programações de cada nível de direção do SUS.

Para a elaboração do Plano Municipal de Saúde é preciso uma análise detalhada dos indicadores de saúde do município. Ao longo dos últimos anos a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem contribuído de forma significativa para a melhoria dos indicadores de saúde no país. Porém, não é possível perceber, sem os instrumentos de avaliação adequados, os alcances e as limitações da ESF nos territórios (BONITA, BEAGLEHOLE, KJELLSTRÖM, 2010).

Com a necessidade de trabalhar os indicadores de saúde e analisar os resultados da Autoavaliação para Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (AMAQ-AB), foi implementado o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) (BRASIL, 2012b). O PMAQ situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde através de incentivos financeiros às equipes de saúde da família, que pactuam metas de qualidade (NORMAN, 2012).

O PMAQ tem como principal objetivo induzir a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica (AB), com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente, de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à AB, considerando as diferentes realidades de saúde do país (BRASIL, 2012b). Em Florianópolis, o Pacto Municipal de Saúde, que adota estratégias intersetoriais capazes de modificar a realidade sanitária e epidemiológica, com o envolvimento de diferentes atores sociais interessados na busca da qualidade de vida e do desenvolvimento social da população (FLORIANÓPOLIS, 2007). Com base no Pacto Municipal de Saúde e visando a melhoria de seus indicadores de saúde o município de Florianópolis, em março de 2012, iniciou o processo de implementação do PMAQ-AB.

O curso de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (REMULTISF) objetiva formar profissionais atuantes na área da saúde, através da educação em serviço, buscando qualificá-los para o desempenho de suas atividades no SUS, visando o alcance de competências técnica, política e ética da ESF. A residência oportuniza um aprendizado em equipe, está inserida na realidade concreta dos serviços de saúde, cujo processo de trabalho pode ser potencialmente construído e reconstruído no cotidiano da ESF, buscando articular o conhecimento interdisciplinar e a prática multiprofissional e intersetorial.

Neste contexto, apresenta-se a seguinte questão norteadora: Quais as ações desenvolvidas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um Centro de Saúde do município de Florianópolis, para alcançar as ações propostas pela AMAQ e as metas de melhoria do acesso e qualidade dos serviços ofertados a fim de alcançar o proposto pelos indicadores do Pacto Municipal de Saúde, após a implementação do PMAQ-AB?

O presente estudo tem como objetivo analisar as ações que foram adotadas pelas Equipes de Saúde da Família, com o apoio da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, para alcançar as metas pactuadas no Pacto Municipal de Saúde e na melhoria dos padrões avaliados insatisfatoriamente na AMAQ, após a implementação do PMAQ-AB em 2012, em um Centro de Saúde no município de Florianópolis.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e analítica, com referencial teórico metodológico o Estudo de Caso, que utilizou dados secundários e análise de documentos disponibilizados pelo município, tais como as atas de reuniões de planejamento, os relatórios de produção do Sistema de Informação Municipal (INFOSaúde), as planilhas de planejamento da AMAQ e a matriz de intervenção do PMAQ proposta para o Centro de Saúde (CS) eleito para o caso. A análise incluiu três dimensões:

as estratégias adotadas pelo CS, a participação dos residentes nas ações desenvolvidas e a atuação dos residentes de Odontologia e Enfermagem nos indicadores selecionados.

Resultados e Discussão

Em 2012, foi elaborado o Pacto Municipal de Saúde, instrumento de planejamento da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) no qual consta as estratégias, diretrizes, objetivos e indicadores. A partir de indicadores de pactos anteriores, um plano de monitoramento para as mudanças foi elaborado, agregando diretrizes provenientes de oficinas municipais e dimensões de acesso, baseadas em revisões de literatura. A partir disso, definiu-se os novos indicadores para melhoria do acesso para o Pacto Municipal de 2012 (GODOI, 2014).

A escolha dos indicadores ficou limitada àqueles que podiam ser monitorados e avaliados por meio do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), por este ser o único instrumento disponível para alimentação e acompanhamento das equipes de maneira individualizada. Dentre os 47 indicadores selecionados, o CS do estudo avaliou insatisfatoriamente e priorizou 7 padrões que interferem diretamente nos indicadores relacionados à saúde bucal, saúde da mulher e saúde da criança, propondo para eles ações de intervenção.

A partir da priorização, as equipes adotaram estratégias na busca pela melhoria do acesso da população aos serviços e para o alcance das metas pactuadas. Foram estratégias adotadas: 1 – Reestruturação do Grupo de Gestantes; 2 – Reorganização das atividades do Programa Saúde na Escola; 3 – Ampliação do acesso para prevenção do câncer de colo de útero; 4 – Promoção do Aleitamento materno exclusivo; 5 – Ampliação do acesso à 1ª consulta odontológica programática; 6 – Promoção e Educação em saúde do escolar: Grupos de Escuta.

Em todas as estratégias adotadas, as residentes de odontologia e enfermagem atuaram de maneira ativa desde o planejamento até a realização das ações. O quadro abaixo sintetiza as estratégias planejadas e as ações geradas.

PLANEJAMENTO	AÇÃO GERADA
Participação na criação das estratégias a serem adotadas pela equipe	Reorganização das atividades do Programa Saúde na Escola (PSE) Integração intersetorial; Integração profissional-residentes-usuários no ambiente de trabalho (CS); Promoção da autoavaliação e monitoramento das ações da equipe;
Participação construtiva e ativa do residente no planejamento e na realização das ações em prol das metas pactuadas	Avaliação clínica em saúde bucal no território; Criação e Realização do Grupo de Escuta para o PSE; Realização do Grupo de Gestantes no território; Fortalecimento do trabalho multiprofissional na realização do Grupo de Bebês
Ampliação do acesso aos serviços de saúde	Aumento da oferta de vagas para 1º consulta odontológica programática; Manutenção da oferta do nº de consultas de enfermagem para realização do preventivo; Aumento das ações coletivas de escovação bucal supervisionada;

Porém, a realização dessas ações foram expressivas e efetivas apenas para os atores envolvidos ativamente nesse processo: Funcionários do CS, Residentes e Comunidade. Para a gestão, as equipes não conseguiram atingir as metas pactuadas para os indicadores, pois a produtividade do residente não é computada para os profissionais das equipes as quais os residentes estão inseridos, apesar da pró-atividade, da atuação de forma crítico-reflexiva, pautado no apoio e na construção coletiva junto da coordenação, funcionários e junto aos usuários do CS, sendo capaz de contribuir na dinâmica do território, promovendo saúde e prevenindo agravos.

Conclusão

Com a realização desse trabalho, foi possível identificar as fortalezas e fragilidades presentes nas relações de trabalho e como é possível modificá-las em prol de metas, de melhorias de acesso aos usuários, na promoção de saúde. O maior desafio está em conferir maior visibilidade ao trabalho realizado pelo residente, uma vez que sua produção não pode ainda ser contabilizada para a equipe de saúde da família, impossibilitando o registro pelo PMAQ. A REMULTISF oportunizou com essa parceria, o aprendizado para a gestão articulando conhecimento e prática multiprofissional na atenção básica.

Referências

- BONITA, R.; BEAGLEHOLE, T.; KJELLSTRÖM. Epidemiologia Básica. Editora Santos. 2ª Edição, São Paulo, Santos. 2010.
- 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, 2012a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ): manual instrutivo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações Acerca dos Indicadores de Monitoramento Avaliação do Pacto pela Saúde, nos Componentes pela Vida e de Gestão para o Biênio 2010 – 2011. Brasília. 2009a. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1305295553733Instrutivo_ms_2010_2011.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde na Escola. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde; Ministério da Educação. Programa Saúde na Escola. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes da política nacional de saúde bucal. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA, B. F. Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Conhecer para desenvolver [Trabalho de conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Especialização em Gestão em Saúde, 2012.

FLICK, U. Desenho da Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

GODOI, D. F.; SILVEIRA, E. R.; ZEPEDA, J. E. S.; GARCIA, L. P.; CALDERON, D. B. L.; ANDRADE, M. P. O processo de implantação do PMAQ em Florianópolis: alinhando o programa à identidade institucional. Aprovado para Mostra Nacional da Atenção Básica. Brasília, 2014. Disponível em: < <http://atencaobasica.org.br/relato/2576>>.

LOPES, E. A. A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica e seu potencial de gerar mudanças no trabalho dos profissionais [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília, Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2013.

NORMAN, A. H. Qualidade em Saúde. Revista Brasileira Medicina de Família e Comunidade. Florianópolis, 2012, Abr.-Jun; 7(23).

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – SC. Plano Municipal de Saúde de Florianópolis, 2007-2010. Aprovado pela Resolução no 48/CMS/2007. Florianópolis, 2007. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxwbGFuZWphbWVudG9lbXNhdWRlcG1mfGd4OjJiNWZIM2Q2N2Q1YjYwMDE>>.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS – SC. Plano Municipal de Saúde de Florianópolis, 2011-2014. Florianópolis/SC, 2010. Disponível em: <<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=ZGVmYXVsdGRvbWFpbmxwbGFuZWphbWVudG9lbXNhdWRlcG1mfGd4OjNkODNiMjQ5MDIzODZkNGI>>.

SILVA, S. F. A análise dos indicadores do Pacto pela Saúde como ferramenta do planejamento de gestão [trabalho de conclusão de curso]. São Lourenço do Sul/RS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Curso de Especialização em Gestão em Saúde pela Escola de Administração, 2012.

ZAMPIERI, M. F. M.; GREGÓRIO, V. R. P.; CUSTÓDIO, Z. A. O.; REGIS, M. I.; BRASIL, C. Processo educativo com gestantes e casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. Revista Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2010 Out-Dez; 19(4): 719-27.

Agradecimentos

"À comunidade da Prainha, aos profissionais do CS do estudo, nosso muito obrigado pelo privilégio de partilhar grandes momentos de construção e reconstrução do nosso SUS".

ATUAÇÃO DO ACADÊMICO DE ENFERMAGEM A UM GRUPO DE IDOSO PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA.

Germana Maria da Silveira (apresentadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – germanasilveira@hotmail.com

Samy Loraynn Oliveira Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Marcelo dos Santos Feitoza – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Camila Bezerra de Lima Mendonça – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – Faculdade Integral do Ceará (FIC)

Denise Tomaz Aguiar (Orientadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Idoso. Hipertensão. Farmacoterapia. Educação em Saúde.

Resumo

Este estudo objetiva Investigar os fatores que dificultam os hipertensos a aderirem ao tratamento farmacoterapico. Trata-se de uma pesquisa – ação, com abordagem qualitativa, desenvolvida no período de março de 2012 a junho de 2013, no Centro de Saúde da Família Alto da Brasília, com um grupo de hipertensos. Para a coleta de dados aplicou-se uma entrevista e realizou-se o desenvolvimento de ações educativas. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em Sobral/CE, por meio do CAAE Nº 11156213.6.0000.5053. Os resultados demonstram que o maior percentual dos hipertensos apresenta baixo grau de adesão, sendo o esquecimento e o descuido quanto ao horário os principais fatores associados significativamente a não adesão adequada ao tratamento anti – hipertensivos medicamentosos. Nesse sentido salienta-se a importância de se desenvolver ações de promoção em saúde para que os hipertensos se conscientizem da importância de aderir adequadamente aos regimes terapêuticos.

Introdução

A Hipertensão arterial configura-se como um substancial fator de risco, à proporção que esta associada à frequentes alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, predispondo o consequente desenvolvimento de doença arterial coronariana, acidente vascular cerebral, doença vascular periférica, insuficiência renal e insuficiência cardíaca congestiva (BRASIL, 2006).

Estima-se que no Brasil, há em torno de 17 milhões de pessoas com hipertensão, atingindo cerca de 35% da população a partir de 40 anos. E um fenômeno ascendente, cada vez mais precoce, que representa em sério problema de Saúde Pública no Brasil e no mundo. (BRASIL, 2006). Além disso, isoladamente ou associada a outras co-morbidades, tais como diabetes e dislipidemia, constitui-se e um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento das doenças cardiovasculares, explicando 40% das mortes por acidente vascular cerebral e 25% por doença arterial coronariana (SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO, 2010).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) valores pressóricos ideais são aqueles que se encontram abaixo de 140 mmHg (pressão sistólica) e 90 mmHg (pressão diastólica). Sendo a Hipertensão Arterial Sistêmica um agravante de saúde pública, ela necessita de tratamento, e este se dá, principalmente, através de medicação anti-hipertensiva. Nessa perspectiva certifica-se que, o tratamento farmacológico visa reduzir os níveis da pressão à abaixo desses valores, objetivando controlar os riscos de morbimortalidade cardiovascular, aumentados em decorrência dos altos níveis tensionais e de outros fatores agravantes. (BRASIL, 2007).

O tratamento da hipertensão arterial pode ser realizado através da terapêutica farmacológico e não-farmacológico. O farmacológico compreende a utilização de drogas anti-hipertensivas, que podem ser divididas em diuréticos; inibidores adrenérgicos; vasodilatadores diretos; inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA); bloqueadores dos canais de cálcio; inibidores dos receptores da angiotensina II, e inibidores de endotelina (SILVA, 2006). Ressalta-se que a decisão terapêutica deve se da após a confirmação diagnóstica, considerando presença de fatores de risco, lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares.

O tratamento medicamentoso dos hipertensos deve basear-se, por um lado, em estudos farmacológicos das drogas e, por outro, no perfil individual e único do paciente, tendo como mediador desses o clínico, que deve estar preparado para adequar os dois elementos (SILVA, 2006). Como o tratamento é complexo, as medidas farmacológicas não são suficientes para reduzir os valores pressóricos, logo deve-se fazer uma associação entre medidas não-farmacológicas isoladas e fármacos anti-hipertensivos (BRASIL, 2006). Contudo, Akashi *et al* (1998) afirma que a terapêutica medicamentosa mostra-se eficaz no controle da pressão arterial (PA), contribuindo para a redução de eventos cardiovasculares.

A adesão à terapêutica é um fenômeno sujeito à influência de múltiplos fatores que afetam diretamente o paciente. Dentre estes podem destacar-se: os relacionados ao paciente (sexo, idade, etnia, estado civil, escolaridade e nível socioeconômico); à doença (cronicidade, ausência de sintomas e consequências tardias); às crenças de saúde, hábitos de vida e culturais (percepção da seriedade do problema, desconhecimento, experiência com a doença no contexto familiar e auto-estima); ao tratamento dentro do qual engloba -se a qualidade de vida (custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos), à instituição (política de saúde, acesso ao serviço de saúde, tempo de espera *versus* tempo de atendimento); e, finalmente, ao relacionamento com a equipe de saúde (GOMES *et al*, 2007).

Frente ao panorama descrito sobre as consequências da não adesão ao tratamento, considera-se relevante, esta pesquisa devido à possibilidade de determinar a prevalência da adesão ao tratamento anti-hipertensivo na comunidade e buscar identificar os fatores que estão associados à adesão e não adesão ao tratamento, com intuito a subsidiar gestores e equipes de saúde no estabelecimento de estratégias no desenvolvimento de uma prática profissional sistemática e contextualizada, que proporcione a prevenção ou controle por meio de mudanças de estilo de vida e/ou adesão ao tratamento farmacológico. Portanto o presente artigo tem como objetivo investigar os fatores que dificultam os hipertensos a aderirem ao tratamento farmacoterapico.

Metodologia

O estudo consistiu em uma pesquisa -ação, com abordagem qualitativa. Optou-se por realizar esta modalidade metodológica, mediante as possibilidades de estratégias e a significativa participação dos pesquisados, que permitem a resolução de problemas e a construção social de conhecimento por meio da interação entre os que estão imersos no contexto da pesquisa. Nessa perspectiva a pesquisa-ação se configura como um instrumento valioso para a aplicabilidade científica, à medida que procura unir a pesquisa a ação ou a prática, ou seja, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática.

A pesquisa foi desenvolvida entre o período de março de 2012 a dezembro de 2013, no Centro de Saúde da Família Alto da Brasília, no município de Sobral-CE.

A população a ser estudada foi constituída por 10(dez) hipertensos que pertencem à área de abrangência do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília. A obtenção da relação dos hipertensos foi através dos sistemas de informação do referido CSF, tais como: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA); Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e fichas de aprazamentos.

Para a composição da amostra, estabeleceram-se alguns critérios de inclusão dos hipertensos, os quais intenciou-se uma seleção condizente com a pretensão da pesquisa. Destes referenciam-se os seguintes: diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica, confirmado no prontuário médico; estar cadastrado e em acompanhamento no Centro de Saúde da Família Alto da Brasília; participar do Grupo de Caminhada Corpo e Mente; estar em uso de fármacos anti-hipertensivos há pelo menos seis meses; dispor de capacidade cognitiva que permita compreender, verbalizar e responder as perguntas realizadas.

É importante ressaltar que o presente estudo observou a preservação da privacidade e individualidade do sujeito investigado na pesquisa, requisito esse preconizado pela Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do qual regula as pesquisas envolvendo seres humanos, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), simbolizando a garantia do anonimato das respostas e autorização para a divulgação e publicação dos resultados, recebendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, em Sobral/CE, por meio do CAAE Nº 11156213.6.0000.5053.

Resultados e Discussão

Para obtenção das informações que fundamentarão o desenvolver dessa pesquisa, realizou-se aplicação de um instrumento: uma entrevista constituída de 22 questões subjetivas e de múltipla escolha, elaborado de acordo com as bases de referências bibliográfico sobre a temática estudada e os registros dos prontuários dos hipertensos, com o intuito de investigar os fatores que dificultam os hipertensos a aderirem ao tratamento farmacoterapico. Ainda como requisito de coleta de dados, realizou-se ações intervencionistas, que foram divididas em dois momentos: abordagem do assunto e avaliação dos conhecimentos adquiridos.

Adotou-se a entrevista como instrumento de pesquisa por facilitar a obtenção de dados, como demonstra Gil (2009) em suas publicações, onde o descreve, como uma das técnicas mais eficientes para coleta de dados, definido quando o pesquisador formula questões previamente elaboradas e registra as respostas obtidas.

Aproximação do campo

Durante a abordagem inicial apresentou-se ao grupo, falou-se sobre o interesse em realizar uma pesquisa com os referidos, salientando-se sobre o tema, a finalidade e o benefício da pesquisa. Neste momento percebeu-se o anseio e a vontade dos integrantes do grupo, em participar do desenvolvimento do estudo, instigando ainda mais aos pesquisadores em dar prosseguimento a pesquisa.

Salienta-se que durante os momentos vivenciados com o grupo, assim como em uma das indagações realizadas na entrevista, investigaram-se os assuntos que as participantes gostariam que fossem abordados nas ações educativas, visando priorizar as necessidades das mencionadas. Evidenciou-se uma maior necessidade do grupo na abordagem de assuntos relacionados à hipertensão arterial sistêmica e ao uso da medicação e os seus benefícios.

Caracterização dos participantes

Os integrantes que fizeram parte da amostra da pesquisa foram 10 (dez) participantes, do sexo feminino, com faixa etária de 62 a 77 anos, 8 (80%) casadas e 2(20%) viúvas. Salienta-se que a amostra consta somente de sujeitos do sexo feminino devido ao fato deste grupo ser mais prevalente na unidade básica de saúde, visto que a população feminina procura mais os serviços de saúde, facilitando dessa forma um diagnóstico e um tratamento mais precoce (GIROTTI, 2008).

Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)

Foi possível confirmar através dos relatos das entrevistadas, que todas são portadoras de hipertensão, constando-se uma variação de cinco a vinte anos de período de adoecimento, visto que 3(30%) relataram serem portadoras de hipertensão há cinco anos, 2(20%) há seis anos, 2(20%) há oito anos, 1(10%) há dez anos, 1(10%) há dezesseis anos e 1(10%) há vinte anos.

Entre as participantes entrevistadas, observou-se que o maior percentual dos valores da pressão arterial sistólica foram de 140 mmHg, sendo o valor máximo de 160 mmHg e valor mínimo de 120 mmHg. No tocante a pressão arterial diastólica o maior percentual dos valores obtidos foram de 100 mmHg, sendo o valor máximo de 100mmHg e valor mínimo de 80mmHg. Diante do exposto afirma-se que o controle da pressão arterial não atingiu a meta recomendada pelas Diretrizes Brasileiras Hipertensão, pois a maior incidência dos valores da pressão arterial foi de 140 x 100 mmHg, entretanto o preconizado pelas diretrizes como metas ideais a serem atingidos são valores equivalentes a 120 x 80 mmHg. Ressalta-se ainda que na ótica das participantes o controle da pressão artéria não esta satisfatório, visto que 60% referiram que a pressão não esta controlada, enquanto 40% consideraram controlada, como revela os recortes das falas que seque:

“Eu acho que esta um pouco alta, eu não sinto nada” (P1);

“Eu acho que ela não esta controlada” (P2);

“Eu sei que não” (P3);

“Está certo não” (P4);

“Acho que não esta controlada” (P5);

“Minha pressão sempre está alta” (P6);

“Acho que tá, por enquanto” (P7)

“Eu acho que está controlada” (P8)

“Esta boa” (P9)

“Eu acho que esta boa” (P10)

Durante uma das etapas realizadas em umas das intervenções com as participantes, a qual intuía avaliar por meio de dinâmica de sondagem inicial a percepção das participantes sobre a Hipertensão Arterial Sistêmica, e dessa forma contribuir para o enfoque dos assuntos a serem abordados na explanação da temática, foi possível corroborar o já exposto anteriormente, que as participantes desta pesquisa apresentam um déficit no conhecimento, visto que se obtiveram apenas alguns relatos sobre consequências da doença, tais como o AVC e o infarto e comportamentos que são relevantes para promover o controle, tais como alimentação saudável e atividade física. No entanto nenhum das participantes soube explicar o que era a doença, os fatores de riscos, as complicações, e como preveni-la, entre outros. Evidenciou-se também a ausência quanto a referencia da importância do tratamento medicamentoso no controle da HAS. Destacam-se posteriormente recortes das falas de algumas das participantes:

“É uma doença perigosa que pode matar se a gente não se cuidar.” (P1)

“É uma doença que pode dar derrame e infarto também.” (P3)

“É importante fazer exercício físico, e agente não pode comer gordura e comida salgada.” (P5)

“Ela da AVC, agente tem que se cuidar, comer verduras e frutas.” (P7)

“A gente sente dor de cabeça, falta de ar e vontade de vomitar. É uma doença que não tem cura” (P9)

Uso de medicamentos

Pode-se destacar como os medicamentos produzem um efeito desejável no controle de qualquer patologia. Sendo assim, para a ANVISA (2010) “medicamentos são produtos especiais elaborados com a finalidade de diagnosticar, prevenir, curar doenças ou aliviar seus sintomas, sendo produzidos com rigoroso controle técnico”. Quanto à utilização de medicamentos, todas as hipertensas entrevistadas referiram utilizar algum medicamento anti-hipertensivo para o controle da hipertensão arterial. Dentre os quais houve uma variação de quatro fármacos: Captopril, Hidroclorotiazida, Propanolol, e Alodipina. Todos os fármacos anti-hipertensivos visam a redução dos valores pressóricos. Contudo, é necessário a associação de anti-hipertensivos, já que poucos hipertensos conseguem o controle ideal da pressão com um único agente terapêutico (LIMA *et al*, 2011). Salienta-se que a maior parte dos participantes referiu nunca ter apresentado reação adversa com a utilização destes medicamentos.

Foi observado que o uso da medicação era quase concomitante ao período da descoberta da doença, visto que o intervalo entre o diagnóstico da doença e a utilização do fármaco era em média de um a dois anos. Os participantes que são hipertensos há cinco anos referiram tomar a medicação em torno de três a quatro anos; os que são portadores há seis anos relataram fazer uso dos fármacos por volta de quatro a cinco anos; os de oito anos referiram tomar a medicação em torno de seis a sete anos; os de dez anos por volta de oito a nove anos; os de dezesseis anos em torno de quatorze anos; já os de vinte anos tomam a medicação por volta de 18 anos.

No referente ao horário da ingestão das medicações os resultados apresentados no quadro 2 mostram que 4 (40%) das participantes avaliadas, apresentam a ingestão medicamentosa sempre nos mesmos horários, enquanto 6 (60%) da amostra, referiram uso da medicação, prescrita, porém fora do horário recomendado. Nessa perspectiva, considera-se relevante que os profissionais de saúde do CSF Alto da Brasília desenvolvam estratégias que proporcione uma modificação na atitude desses hipertensos, embora consciente que é prestado um devido acompanhamento aos indivíduos portadores dessa doença crônica.

Conclusão

Nesse sentido, para que o hipertenso cumpra os regimes terapêuticos propostos é necessário que este, além da observância da orientação profissional, se adapte a novas situações, como a tomada diária de medicamentos e mudanças de hábitos de vida. Para isso, é importante que o hipertenso tenha envolvimento com todo o processo, desde o conhecimento da hipertensão arterial, passando pelo tratamento propriamente dito, e também o conhecimento dos benefícios do cumprimento da terapia a que o mesmo foi submetido.

Deste modo, é indiscutível a importância de estudos que forneçam informações sobre a adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Assim sendo, os resultados deste estudo permitiram subsidiar os profissionais de saúde do Centro de Saúde da Família Alto da Brasília, na identificação de grupos mais vulneráveis à não-adesão ao tratamento, de modo a implementarem políticas e práticas de saúde mais eficazes, além de contribuir para que outros estudos possam gerar mais conhecimento sobre todos os aspectos que envolvem a hipertensão arterial e a complexidade de seu controle.

Referências

AIRES, C.C.N.F; MARCHIORATO, L. Acompanhamento farmacoterapêutico a hipertensos e diabéticos na unidade de saúde Tereza Barbosa: análise de caso. R. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde. São Paulo v.1 n.1 1-24 set./dez. 2010.

ANVISA. O que devemos saber sobre medicamentos. 2010. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/d1ebd3804745871090afd43fbc4c6735/Cartilha+o+que+devemos+saber+sobre+medicamentos.pdf?MOD=AJPERES>. pdf. Acesso em: 24 de maio de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde, Hipertensão arterial sistêmica – Cadernos de Atenção Básica nº 15. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GIROTTTO, Edmarlon. Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma unidade de saúde da família, Londrina, PR / Edmarlon Girottto. –Londrina, 2008.

LIMA, Crisnatany Lillian Pereira; RIOS, Priscila Souza de Sena; LIMA, Cláudio Moreira de; Rios, Marcos Cardoso. Interações medicamentosas na hipertensão: papel do farmacêutico no acompanhamento clínico dos pacientes. Cadernos de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde, Aracaju, v. 13, n.14, p. 69-81, jul./dez. 2011.

SILVA, Penildon. Farmacologia. Guanabara Koogan. 7ª edição, 2006. p.1398, ISBN: 8527711249

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA / SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO / SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Agradecimentos

Agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú e a professora Denise Tomaz Aguiar pelo incentivo a pesquisa e aos co-orientadores pela contribuição na construção dessa pesquisa.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO.

Andreza Moita Morais (apresentador) – Instituto Superior de Teologia Aplicada-andrezinho@hotmai.com

Maria Gardenia Garcia Andrade- Instituto Superior de Teologia Aplicada

Francisco Elinaldo Santiago Bastos- Instituto Superior de Teologia Aplicada

Francisco Leandro de Carvalho Alcântara- Instituto Superior de Teologia Aplicada

José Fláson Marcos da Silva- Instituto Superior de Teologia Aplicada

Iellen Dantas Campos Verdes Rodrigues (Orientador) – Instituto Superior de Teologia Aplicada- iellendantas@hotmail.com

Palavras-chave: Aleitamento materno. Promoção de saúde. Enfermagem.

Resumo

A amamentação é o meio ideal de alimentação para o recém-nascido e lactente, pois possibilita um crescimento e desenvolvimento saudável, além de ser parte integral do processo reprodutivo, com importantes implicações para a saúde materna. (OMS 2003). No pré-natal a(o) enfermeira(o) deve ficar atenta(o) para, também, interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo (ambiente, família, mudanças físicas, psicológicas e sociais) por ser essa uma experiência única. Assim, é preciso uma maior sensibilização e conscientização do enfermeiro e dos demais profissionais da saúde para a assistência à mãe, visando garantir os benefícios do AME, enfatizando a responsabilidade e os cuidados que todos devem ter para que a amamentação ocorra de forma correta a fins de promoção de saúde. A partir do momento em que as orientações individuais e coletivas e o diálogo foram desvelados, proporcionará subsídios para (re) pensar a assistência/cuidado que está sendo realizado para esta clientela, além da percepção de que a amamentação exclusiva traz inúmeros benefícios. Convém salientar que a amostra revelou maioria dos artigos que o enfermeiro promove o aleitamento materno através de palestras e diálogos.

Introdução

A amamentação é o meio ideal de alimentação para o recém-nascido e lactente, pois possibilita um crescimento e desenvolvimento saudável, além de ser parte integral do processo reprodutivo, com importantes implicações para a saúde materna. (OMS 2003).

Preconiza-se o aleitamento materno exclusivo (AME) como única fonte de nutrientes até o sexto mês de vida, devendo posteriormente ser mantido associado a uma alimentação complementar até o segundo ano de vida conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (MS), Organização Mundial de Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (VENÂNCIO, 2003).

O AME apresenta vantagens para a mãe e o bebê, tais como prevenção de infecções gastrointestinais, respiratórias e urinárias; proteção contra alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca e melhora a adaptação a outros alimentos. A longo prazo pode-se referir sua importância na prevenção da diabetes e de linfomas. (UNICEF 2008). Nos serviços de saúde o enfermeiro desempenha papel de destaque na promoção do AME, visto que seu papel de orientador se faz presente nas três esferas de cuidado. Oliveira e Gavasso (2012) abordam que as ações de promoção do AME que poderão ser realizadas por enfermeiras de unidades de estratégia de saúde da família são importantes formas de incentivar e, conseqüentemente, elevar os índices de aleitamento materno. A consulta de pré-natal, os encontros com a comunidade, os grupos de gestantes e as consultas e visitas puerperais são formas de promover a amamentação exclusiva dentro da comunidade.

Assim, é preciso uma maior sensibilização e conscientização do enfermeiro e dos demais profissionais da saúde para a assistência à mãe, visando garantir os benefícios do AME, enfatizando a responsabilidade e os cuidados que todos devem ter para que a amamentação ocorra de forma correta a fins de promoção de saúde. (Pinto e Pontes; 2009)

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa do tipo bibliográfica, utilizou-se os bancos de dados Scielo, Bireme e Lilacs com os seguintes descritores: promoção de saúde; aleitamento materno; enfermagem materno-infantil; educação em saúde e enfermagem. A coleta de informações ocorreu no mês de Agosto de 2014, utilizou-se um instrumento de coleta de dados que continha informações sobre o pesquisador, a base de dados, revista/periódico, descritores, ano, estado/país da pesquisa, título do artigo, autores principais, e a pergunta problema: qual a atuação do enfermeiro na promoção do aleitamento materno exclusivo? Inicialmente foi proposto e escolhido o tema, posteriormente o título, as palavras-chaves, e em seguida pesquisou-se na página do DEC'S os descritores para a pesquisa. encontramos promoção de saúde; aleitamento materno; enfermagem materno-infantil; educação em saúde e enfermagem. Ao realizar as buscas nos bancos de dados obteve-se um total de 570 publicações na primeira base, aos quais aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão: artigos referentes à temática e publicados entre 2008 e 2013, disponíveis eletronicamente e no idioma português. Após aplicação dos critérios de inclusão foram selecionados cinco artigos relacionados a atuação do enfermeiro na promoção de aleitamento materno exclusivo. O que se fez necessário modificar um dos critérios de inclusão, aumentando o limite de publicação de 2000-2013, encontrando no total de 14 obras, no qual foram selecionadas 12 publicações que se relacionavam com o tema proposto. Para a análise de dados foi utilizado quadros e discursão das informações encontradas que organizasse os artigos por: título, autor, ano de publicação, área do periódico, presença de descritores nos artigos.

Resultados e Discussão

Os achados da pesquisa foram agrupados em forma de quadro, abordando o ano de publicação dos artigos, autores, título, descritores, a revista, os objetivos e os resultados, como expresso abaixo.

Quadro 1: Distribuição dos artigos encontrados nos bancos de dados on-line, segundo ano de publicação, autores, título de artigo e resultado. Sobral-CE, 2014.

Nº	Ano	Autores	Título do artigo	Resultados
01	2007	Rios CTF; Vieira NFC	Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta De enfermagem como um espaço para educação em	a(o) enfermeira(o) desenvolver a ação educativa durante o pré-natal, já que esta atividade faz parte da assistência voltada para esse período.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

			saúde	Por outro lado, é importante, também, que o profissional disponha de tempo para que possa organizar melhor a assistência pré-natal e pôr em prática as ações educativas durante a consulta.
02	2004	Almeida NAM; Fernandes AG; Araujo CG.	Aleitamento materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto	Ao realizar o processo de enfermagem as ações tornam-se efetivas e de maior qualidade facilitando adaptação da puérpera para o auto-cuidado, para os cuidados com o recém-nascido e consequentemente maior adesão e sucesso no aleitamento materno,
03	2011	Chaves MMN et al	Amamentação: a prática do enfermeiro na	O Enfermeiro atua para promover a saúde da mulher no período puerperal por ser essa uma fase que demanda intervenções de Enfermagem na sua saúde, bem como na saúde da criança.
04	2000	Silva IA	Perspectiva da Classificação Internacional de	A aplicação do conhecimento biológico em conjunto ao conhecimento da experiência da mulher em amamentar propicia uma amplitude de cuidados que nos aproxima da nossa clientela, permitindo uma atuação por inteiro.
05	2006	Gaiva MAM; Medeiros LS.	Lactação insuficiente: uma proposta de atuação do enfermeiro	Estabelecer uma relação de confiança com a lactante em todos momentos de contato, criando espaço para a "escuta".
06	2008	Nitschke RG; Teixeira MA	Modelo de cuidar em enfermagem junto às mulheres-avós E sua família no cotidiano do processo de amamentação	A construção de um cotidiano de cuidado junto às mulheres-avós e seus familiares para a promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno.
07	2002	Rezende MA et al	O processo de comunicação na promoção do aleitamento materno	características essenciais: autenticidade, aceitação incondicional ou confiança e compreensão empática. Essas qualidades permitem ao profissional de saúde entrar em sintonia.
08	2004	Barreira SMC; Machado MFAS.	Amamentação: compreendendo a influência do familiar	Foi percebido que a nutriz executa um processo consciente ou inconsciente de eleição de um membro familiar, que se mostra geralmente uniforme e obedece às características semelhantes.
09		PINTO L de FO; PONTES DBde S.	Aleitamento materno e a atuação do enfermeiro	Os profissionais da saúde, promove palestras para as mães respeitando sua individualidade e transmitindo-lhes confiança.
10	2006	Araújo MDM et al	O papel da amamentação	O enfermeiro, ao realizar um cuidado educativo junto

			ineficaz na gênese da obesidade Infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem	às mães que aleitam, além de reduzir uma futura vulnerabilidade em relação à obesidade infantil e adulta.
11	2005	Parada CMG de L	Situação do aleitamento materno em população assistida Pelo programa de saúde da família-psf	As equipes de PSF incentivem a amamentação, a prevalência do AME ainda foi baixa e a introdução chás, água e sucos na dieta das crianças deu-se precocemente.
12	2008	Parizoto GM et al	Tendência e determinantes do aleitamento materno exclusivo em crianças menores de 6 meses	A implementação de ações organizadas para aumentar a promoção e o apoio ao aleitamento materno junto às mães do município também poderia ser, ao menos em parte, responsável pela tendência. Tal hipótese encontra forte apoio na literatura.

Dos artigos explorados quatro relacionam o AME como benefício para mãe e filho, assim observa-se que o incentivo da enfermagem para este binômio como promoção de saúde, onde atenta a diversidade das revistas, visto que cada obra foi publicada em editoras distintas. Silva (2000) considera a importância da informação/educação das mulheres em relação aos cuidados pré e pós natais para prevenção e tratamento de intercorrências e problemas mais usuais da amamentação. Estas estratégias pareciam ser eficientes para garantir a minimização de problemas, ou garantir o sucesso da amamentação para grande parte dos binômios. Araújo *et al.* (2006) confirmam que o aleitamento materno exclusivo até o sexto mês deve ser um comportamento incentivado por meio de políticas públicas de saúde e a equipe de enfermagem, a fim de que se possa atenuar a problemática da obesidade na infância e, conseqüentemente, na idade adulta, como também previne doenças nas mães.

Dias *et al.* (2014) confirmam que Acredita-se que a AME até os seis meses de idade, considerando ações educativas poderá alcançar o sucesso se houver apoio dos profissionais de saúde de maneira efetiva para facilitar o esclarecimento de dúvidas sobre o manejo e os benefícios do AME. Além do envolvimento e ampliação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do reforço da equipe de enfermagem no incentivo, promoção e apoio ao AME.

Existem diversas possibilidades que a equipe de enfermagem possa realizar a promoção do AME como foi visto nos artigos analisados das quais ressalta-se as palestras, visitas domiciliares, orientações individuais durante o pré-natal e o diálogo. O diálogo foi citado em quatro artigos afirmando que a troca de saberes, e escuta baseado assim em Paulo Freire confirma que o diálogo não é apenas um método, mas uma estratégia para respeitar o saber do aluno que chega à escola.

Em três dos artigos foi visto a participação da família como incentivo ao AME, porém com mitos e tabus, como relatam Barreira e Machado (2004) ao afirmarem que a nutriz executa um processo consciente ou inconsciente de eleição de um membro familiar, que se mostra geralmente uniforme e obedece às características semelhantes: geralmente um membro mais velho, mais experiente, particularmente que já tenha vivenciado a maternidade o que por muitas vezes prejudica o aleitamento materno exclusivo.

Desse modo percebe-se a importância do enfermeiro na promoção do AME, seu apoio e incentivo ao aleitamento é responsável em promover a saúde materno-infantil.

Conclusão

O estudo permitiu avaliar a atuação da equipe de enfermagem na promoção do aleitamento materno exclusivo, contribuindo para o bem está do binômio mãe e filho, por meio da análise das publicações existentes sobre a temática. Confirma-se que apesar das limitações e as dificuldades identificadas como os mitos, tabus e crenças da família, o aleitamento materno exclusivo é reconhecido como meio que propicia a qualidade de vida da mãe e do filho, o que contribui para a permanência do AME. O apoio da enfermagem por meio do cuidado, diálogo e orientações neste momento ímpar da vida de uma mulher ocupa um papel fundamental para a promoção de saúde.

A partir do momento em que as orientações individuais e coletivas e o diálogo for desvelada, proporcionará subsídios para (re) pensar a assistência/cuidado que está sendo realizado para esta clientela, além da percepção de que a amamentação exclusiva traz inúmeros benefícios. Convém salientar que a amostra revelou maioria dos artigos que o enfermeiro promove o aleitamento materno através de palestras e diálogos, porém devemos (re) pensar se este é o único fator em que os enfermeiros e a política de saúde pode utilizar, ou se existe ainda uma outra possibilidade de ampliar o campo de trabalho.

Referências

OMS. Organização Pan-Americana da Saúde. Amamentação. Disponível em: <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/saude-epidemias-xcampanhas-dados-descobertas/texto-87-amamentacao.pdf>. Acesso em: 12 jun. 2014.

VENÂNCIO, S.I. Dificuldades para o Estabelecimento da Amamentação: O Papel das Práticas Assistenciais das Maternidades. *Jornal Pediatria*, 79 (1): p.1-2, 2003. Disponível em: <http://www.jped.com.br/conteudo/port_resumo.asp?varArtigo=927> Acesso em: 12 ago. 2014.

Parada CMGL, Carvalhaes MABL, Winckler CC, Winckler LA, Winckler VC. Situação do aleitamento materno em população assistida pelo programa de saúde da família-PSF. *Rev Latino-am Enfermagem* 2005 maio-junho; 13(3):407-14.

ARAÚJO, M.F.M; BESERRA, E.P; CHAVES, E.S. O papel da amamentação ineficaz na gênese da obesidade infantil: um aspecto para a investigação de enfermagem. *Acta Paul Enferm* 2006;19(4):450-5.

PINTO, L. de F. O.; PONTES, D. B. de S. ALEITAMENTO MATERNO E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO. Disponível em:<http://fio.edu.br/cic/anais/2009_viii_cic/Artigos/07/07.13.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2014.

King, F. Savage. Como ajudar as mães a amamentar. Ministério da Saúde. 4ed. Brasília: 2001

GADOTTI, M. PAULO FREIRE: Uma biobibliografia. CORTEZ EDITORA. São Paulo: 1996.

ALMEIDA, Nilza Alves Marques, FERNANDES, Aline Garcia; ARAÚJO, Cleide Gomes - Aleitamento Materno: uma abordagem sobre o papel do enfermeiro no pós-parto. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 06, n. 03, p. 358-367, 2004. Disponível em:<www.fen.ufg.br>. Acesso em: 15 jul. 2014.

Agradecimentos

À Deus pela saúde e força para enfrentar as dificuldades. Aos nossos pais que admiramos a garra, coragem, disposição e a determinação na luta pelos seus ideais. As Faculdades Inta pelo ambiente criativo e amigável que proporciona. A nossa orientadora Iellen Dantas, pelo empenho dedicado à elaboração deste trabalho. A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a elaboração deste trabalho, muito obrigado.

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL DO PACIENTE COM ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Daisy Maria Silva (apresentador) – Universidade Federal do Ceará/ daisy_nha691@hotmail.com

Zuila Maria de Figueiredo Carvalho – Universidade Federal do Ceará

Amanda Holanda Severo – Universidade Federal do Ceará

Renata Sá Ferreira Brasileiro – Universidade Federal do Ceará

Priscila Alencar Mendes Reis – Universidade Federal do Ceará

Samia Jardelle Costa de Freitas Maniva (Orientador) – Universidade Federal do Ceará/Faculdade Católica Rainha do Sertão

Palavras-chave: *Acidente vascular cerebral. Educação em saúde. Enfermagem*

Resumo

Objetivou-se descrever a atuação do enfermeiro no atendimento ambulatorial do paciente acometido por acidente vascular cerebral (AVC). Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência. O cenário foi o ambulatório de neurologia de hospital público terciário, situado na cidade de Fortaleza-CE. O enfermeiro realiza a consulta de enfermagem como parte essencial do atendimento. Para tanto, é utilizado um instrumento para coleta de dados e realizado o exame físico do paciente para identificar as necessidades de saúde dos pacientes. Em seguida, são selecionados os diagnósticos de enfermagem prevalentes. Posteriormente, efetuam-se as intervenções de enfermagem. Dentre atividades efetuadas, destaca-se a educação em saúde com vistas a promoção da saúde e prevenção de complicações. Nesse sentido, a consulta de enfermagem desenvolvida por meio da sistematização da assistência de enfermagem promove o cuidado individualizado e integral aos pacientes com AVC, contribuindo para a identificação de problemas reais ou potenciais que comprometem a qualidade de vida e dificultam o enfrentamento da doença.

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é considerado a maior causa de mortalidade no mundo. Atualmente, é uma das condições crônicas mais prevalentes no Brasil, superando as doenças cardíacas e o câncer. Portanto, constituindo-se em foco de atenção na promoção de cuidados centrados na individualidade (GOMES. SENNA, 2008). Outra medida de impacto da doença é as deficiências que prejudicam o desempenho das atividades de vida diária, acarretando graves repercussões para o indivíduo, família e sociedade (LESSMAN et al, 2011).

No AVC, os principais cuidados para melhorar a assistência de enfermagem e contribuir para a promoção da saúde dos pacientes relacionam-se com a alimentação, a hidratação, a higiene, as mudanças de decúbito, as orientações medicamentosas, de autoajuda e de autocuidado (COSTA, COSTA, 2011). Assim, a implementação da consulta de enfermagem nos programas de saúde em ambulatório é uma recomendação na literatura (FRAZEN et al, 2012).

A consulta de enfermagem representa uma importante estratégia de cuidado. Trata-se de atividade respaldada por lei, privativa do enfermeiro, que oferece inúmeras vantagens na assistência prestada: facilita a promoção da saúde e prevenção de doenças, o diagnóstico e o tratamento precoce (OLIVEIRA et al, 2013). Quando efetuada em pacientes vitimados por AVC, de forma subsequente à alta hospitalar, configura-se no elo entre o paciente e o profissional de saúde, constituindo-se num momento oportuno para a avaliação, reabilitação e educação do paciente frente às novas demandas.

Acredita-se na relevância do estudo, pois permitirá a reflexão sobre a atuação de enfermagem junto ao paciente com AVC, bem como, servirá de orientação para o estabelecimento de atividades ambulatoriais voltadas a esta clientela, contribuindo para a assistência dos enfermeiros no Brasil.

Diante do exposto, o estudo objetivou relatar descrever a atuação do enfermeiro no atendimento ambulatorial do paciente acometido por AVC.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência acerca da atuação do enfermeiro no atendimento de um ambulatório de neurologia de um hospital público terciário, situado na cidade de Fortaleza-CE, no período de janeiro a março de 2014. As consultas ocorrem às terças-feiras, no período da tarde. O agendamento ocorre por contato telefônico após a alta hospitalar. A periodicidade das consultas é de aproximadamente três meses. O serviço conta com equipe multiprofissional composta por dois neurologistas, uma enfermeira e uma fisioterapeuta. Os dados foram coletados por meio da observação de campo das consultas de enfermagem e são apresentados descritivamente. Foram respeitados os aspectos éticos da resolução 466/12 que trata de pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

As atividades de enfermagem no ambulatório com os pacientes acometidos por AVC iniciaram-se em junho de 2010, com o objetivo promover a sensibilização dos pacientes e seus familiares para a prática do autocuidado, visando à promoção da saúde e à prevenção de complicações clínicas. Para tanto, elaborou-se instrumentos para facilitar a consulta de enfermagem com base na Resolução 358/2009 do COFEN, utilizando a teoria do autocuidado de Dorothea Orem.

A escolha pelo referencial de Orem justificou-se pelo fato de que os pacientes com AVC são complexos e necessitam de acompanhamento sistemático e individualizado, com ênfase na prática do autocuidado. Esta, por sua vez, favorece maior sobrevivência, possibilitando adesão ao tratamento e mudança de comportamento. Pois, para Orem, o cuidado pessoal é indispensável ao indivíduo para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento em benefício da vida, saúde e bem-estar. A teórica identifica cinco métodos de ajuda que o enfermeiro pode utilizar na assistência ao autocuidado: 1) Agir ou fazer pelo outro; 2) Guiar o outro; 3) Apoiar o outro; 4) Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal; 5) Ensinar o outro (OREM, 1995).

Inicialmente, realiza-se a acolhida do paciente e familiar pela enfermeira, a qual verifica peso e altura e os encaminha para o consultório. Em seguida, são aferidos os sinais vitais, a relação cintura-quadril (RCQ) e a glicemia capilar. Para o levantamento das necessidades de saúde é utilizado um formulário único de enfermagem que acompanha o paciente ao longo do acompanhamento ambulatorial e anexado ao prontuário.

O formulário da consulta de enfermagem é constituído por seis itens: 1) dados de identificação do paciente (nome, idade, sexo, número

do prontuário, endereço, escolaridade, estado conjugal, renda familiar, ocupação/profissão, e cuidador principal). 2) Avaliação das queixas. 3) Medidas antropométricas e escalas de Barthel e Rankin modificada. 4) Identificação dos requisitos de autocuidado universal, desenvolvimental e desvios de saúde. 5) Sistematização da assistência de enfermagem, com os diagnósticos prevalentes e as principais intervenções de enfermagem. 6) Evolução de enfermagem.

O instrumento da consulta de enfermagem identifica as necessidades de assistência mediante os requisitos de autocuidado propostos por Orem ⁽¹²⁾: *Universal*, aborda os cuidados associados ao processo de vida, à manutenção da integridade, estrutura e funcionamentos humanos. São eles: higiene corporal, vestuário, ingestão de líquidos e alimentos, eliminação urinária e intestinal, mobilidade física/locomoção, prática de exercício físico, sono e repouso, interação social, tabagismo, etilismo e prática sexual. O *Desenvolvimental*, esta relacionado aos processos de desenvolvimento humano e eventos ocorridos ao longo do ciclo vital, como o AVC. Este item contempla: participação em atividades de promoção da saúde e prevenção do AVC, bem como as adaptações às mudanças após a doença e, finalmente, os *Desvios de saúde* que inclui as alterações advindas do processo de adoecimento, as quais podem gerar dificuldades na manutenção adequada do cuidado. Destaca-se: uso regular da medicação, comparecimento às consultas e conhecimento sobre a doença e terapêutica.

Após a coleta dos dados mediante os requisitos de autocuidado, foram selecionados os diagnósticos de enfermagem prevalentes, utilizando Taxonomia II da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA): Deambulação prejudicada; Déficit no autocuidado para banho/higiene, vestir-se/arrumar-se e alimentar-se; Comunicação verbal prejudicada; Eliminação urinária alterada; Constipação; Disfunção sexual; Risco para quedas; Risco para integridade da pele prejudicada; Risco para enfrentamento pessoal ineficaz; Controle ineficaz do regime terapêutico; Dor.

Em seguida, foram escolhidas as intervenções para cada diagnóstico conforme a *Nursing Interventions Association* (NIC). O registro é efetuado no formulário no espaço designado para cada consulta, de modo que é possível fazer avaliação comparativa, e definir quais intervenções de enfermagem são prioritárias para o paciente naquele momento. Em geral, a primeira consulta é mais longa tem duração de trinta minutos, as subseqüentes duram em torno de quinze minutos.

Durante o atendimento de enfermagem, são efetuadas orientações para promoção da saúde, prevenção de complicações e manutenção do autocuidado, oferecidas na medida da necessidade do paciente e familiar. Os principais temas abordados são: orientações sobre o AVC controle dos fatores de risco; cuidados na alimentação; uso correto das medicações; prática regular de exercícios físicos; orientações para as atividades de vida diária; posturas, transferências e prevenção de quedas; e cuidados para paciente em uso de anticoagulantes.

O paciente, ao passar pela enfermeira, é encaminhado para a consulta médica e desta, para a consulta com o fisioterapeuta.

Conclusão

A atuação do enfermeiro no ambulatório de neurologia tem possibilitado a identificação de problemas de saúde reais e potenciais dos pacientes com AVC. E mantém o foco nas atividades educativas voltadas ao autocuidado. Assim, o enfermeiro apoia e ensina os pacientes e seus familiares a manterem uma vida saudável, aumentando a adesão ao tratamento e facilitando no enfrentamento da doença. Apesar do mérito das atividades desenvolvidas, outros recursos são necessários para abordagem integral do paciente como a incorporação de outras categorias profissionais como nutricionista, psicólogo e fonoaudiólogo. Além disso, o trabalho em equipe tem propiciado uma experiência multidisciplinar valiosa para o paciente com AVC e seus familiares.

Referências

COSTA, A.D.; COSTA, M.E.D. Assistência do enfermeiro ao paciente incapacitado por acidente vascular cerebral. **Revista Enfermagem Integrada** [Internet]. 2011 [citado 2013 jul 01] v.4, p.698-707. Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v4/06-assistencia-do-enfermeiro-ao-paciente-incapacitado-por-acidente-vascular-cerebral.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2014.

FRANZEN, E.; SCAIN, S.F.; ZÁCLIA, A.S.; SCHMIDT, M.L.; RABIN, E.G.; ROSA, N.G.; MENEGON, D.B.; SANTOS, L.B.; HELDT, E. Consulta de enfermagem ambulatorial e diagnósticos de enfermagem relacionados a características demográficas e clínicas. *Rev. Gaúcha Enferm.* [Internet]. 2012 [citado 2013 set 04]. n.33, v.3, p.42-51. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/06.pdf>>. Acesso em: 05 de maio de 2014.

GOMES, S.R.G.M.; SENNA, M. Assistência de enfermagem à pessoa com acidente vascular cerebral. **Cogitare Enferm** [Internet]. 2008[citado 2013 jul 01]; n.13, v.2, p.220-26. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/12486/8556>>. Acesso em: 07 de maio de 2014.

LESSMANN, J.C.; CONTO, F.; RAMOS, G.; BORENSTEIN, M.S.; MEIRELLES, B.H.S. Atuação da enfermagem no autocuidado e reabilitação de pacientes que sofreram Acidente Vascular Encefálico. *Rev. bras. enferm.* [Internet]. 2011[citado 2013 jul 01]; n.64, v.1, p.198-202. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n1/v64n1a30.pdf>>. Acesso em: 07 de maio de 2014.

MCCLOSKEY, J.C.; BULECHEK, G.M. Classificação das Intervenções de Enfermagem. 3 ed. São Paulo: 2004.

NANDA Internacional. Diagnóstico de Enfermagem da NANDA: Definições e classificações 2012-2014. Porto Alegre: Artmed, 2012.

OLIVEIRA, S.K.P.; QUEIROZ, A.P.O.; MATOS, D.P.M.; MOURA, A.F.; LIMA, F.L.T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Rev. bras. enferm.* [internet]. 2012, [citado 2013 jul 02] n.65, p.155-161. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n1/23.pdf>>. Acesso em: 09 de maio de 2014.

OREM, D.E. Nursing: concepts of practice. 5 ed. St. Louis: Mosby, 1995.

Agradecimentos

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

ATUAÇÃO DO MONITOR DO PET SAÚDE NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Antonia Suelen da Silva Alexandre¹ (apresentador) – Monitora do Pet-Saúde da Universidade de Fortaleza - CE. E-mail: suelenalexandre@hotmail.com

Amanda Alexia Rodrigues Vieira² – Monitora do Pet-Saúde da Universidade de Fortaleza - CE.

Carla Renata Braga de Souza³ – Mestranda de Psicologia pela Universidade de Fortaleza – CE.

Maria de Fatima Cardoso Marques⁴ – Enfermeira do Programa Saúde da Família. Preceptora do Pet Saúde pela Universidade de Fortaleza – CE.

Priscilla Leandro Bezerra⁵ – Monitora do Pet-Saúde da Universidade de Fortaleza – CE.

Roberta Vasconcelos Braga⁶ (Orientador) – Enfermeira do Programa Saúde da Família. Preceptora do Pet Saúde pela Universidade de Fortaleza – CE.

Palavras-chave: Enfermagem. Pré-Natal. Sistema Único de Saúde.

Resumo

Trata-se de um relato de experiência dos monitores bolsistas e voluntários de alguns cursos da área de saúde da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) no projeto PET-Saúde, sob supervisão dos preceptores e de um tutor do projeto realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Município de Fortaleza. O objetivo é relatar as experiências vivenciadas pelos monitores do Pet-Saúde durante consultas de pré-natal realizadas por enfermeiro. Os monitores puderam vivenciar a rotina das consultas de pré-natal no serviço de Atenção Primária. Com esse estudo foi possível agregar conhecimento no campo de prática no qual os monitores atuam. Essa vivência proporcionou aos monitores do PET-Saúde uma oportunidade de acompanhar consultas de pré-natal, aliando conhecimento, experiência e contribuição para a sociedade, fortalecendo os princípios do sistema único de saúde e foi possível agregar conhecimento prático a formação dos monitores.

Introdução

O Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) é regulamentado pela portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, na qual tem como objetivo atuar incentivando a integração ensino-serviço-comunidade, por meio da inserção de estudantes de graduação na rede pública de saúde, denominados monitores, na qual tem como função apresentar vivências em serviço e atividades de pesquisa, sob orientação do tutor e do preceptor. Uma dessas vivências é a participação em consultas de pré-natal, já que estão inseridas como uma das estratégias do Programa Pró Saúde e Pet Saúde. Cada grupo PET-Saúde/Saúde da família é formado por um tutor acadêmico, trinta estudantes, sendo que doze estudantes monitores, que efetivamente recebem bolsas e seis preceptores. Caracteriza-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, para elaboração de novos desenhos, aprimoramento e promoção de Redes de Atenção à Saúde bem como de iniciação ao trabalho e formação dos estudantes dos cursos de graduação na área da saúde, de acordo com as necessidades do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRASIL, 2010).

O Pet-Saúde incorporou às suas linhas temáticas, a linha Rede Cegonha, devido a recente estratégia criada pelo Ministério da Saúde a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde e consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher: o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério; bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2011).

A razão da mortalidade materna no Brasil, segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2011 foi de 64,8 por cem mil nascidos vivos. A região Nordeste não teve nenhum registro nesse período. Ao compararmos com os anos anteriores, percebemos que essa razão foi a menor de todas. Com isso concluímos que um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna (BRASILa, 2012).

O pré-natal na rede básica de saúde é realizado pelo enfermeiro e pelo médico com o objetivo de monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério (DOTTO, MOULIN e MAMEDE, 2006).

O Enfermeiro deve realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades das gestantes em todas as ações; ressaltamos algumas atribuições como, orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido; realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco; solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal; realizar testes rápidos; prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico). Assim, o profissional irá proporcionar um atendimento humanizado e de qualidade (BRASILb, 2012).

Neste contexto, surge como objetivo relatar as experiências vivenciadas pelos monitores do Pet-Saúde durante consultas de pré-natal realizadas por enfermeiro.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência dos monitores bolsistas e voluntários da Universidade Fortaleza (UNIFOR), que engloba estudantes dos cursos de diversas áreas da saúde que trabalham há, pelo menos, seis meses no projeto, sob supervisão dos preceptores profissionais da área da saúde atuantes na UBS.

O trabalho foi desenvolvido em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Fortaleza que faz parte do Programa Rede Cegonha, no período de março de 2014, durante a realização de consultas de pré-natal realizadas por enfermeiros, na qual foram acompanhadas 35 gestantes.

Resultados e Discussão

A consulta de enfermagem compreende a anamnese, o exame físico, avaliação antropométrica e bioquímica. Em todas as consultas, os monitores, junto com a supervisão do enfermeiro, realizaram anamnese e exame físico. Foram verificadas as queixas das pacientes, a idade gestacional, calendário de vacinas, altura uterina, peso e estatura, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a presença de edemas e solicitação de exames preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), como hemograma completo, tipagem sanguínea ABO e fator Rh, glicemia em jejum, sorologia para sífilis, toxoplasmose, hepatite B, anti-HIV e sumário de urina.

Verificou-se que, seis gestantes tiveram os resultados dos exames da primeira consulta ou no terceiro trimestre com atraso, o que nos fez realizar testes rápidos para sífilis e HIV em consultas posteriores. No momento do teste, percebeu-se grande interesse das gestantes, pois estavam atentas e interagem, esclarecendo dúvidas.

Ao final, realizou-se educação em saúde com orientações a respeito da alimentação adequada, focando no controle da anemia e do peso e orientações sobre a amamentação. Percebeu-se que a demanda de gestante era superior, podendo comprometer a qualidade do trabalho tendo em vista a diminuição do tempo de atendimento do profissional decorrente do grande número de famílias acompanhadas pelas equipes.

Conclusão

Durante as consultas observou-se que todas as gestantes compareciam ao consultório sozinhas. Isso nos leva a pensar numa possível estratégia futura para reforçar a participação do parceiro durante as consultas de pré-natal.

Com esse estudo foi possível agregar conhecimento no campo de prática no qual os monitores atuam. Essa vivência proporcionou aos monitores do PET-Saúde uma oportunidade de acompanhar consultas de pré-natal, aliando conhecimento, experiência e contribuição para a sociedade, fortalecendo os princípios do sistema único de saúde e foi possível agregar conhecimento prático a formação dos monitores.

A presença dos acadêmicos proporcionou a comunidade. Observou-se também que para oferecer uma assistência de enfermagem de qualidade no pré-natal, torna-se necessário aumentar a equipe de profissionais para atender a demanda de família no tempo necessário, suficiente para o adequado atendimento, no qual está incluso a realização do exame físico, dos testes rápidos de HIV e Sífilis, educação em saúde e fortalecimento do vínculo entre profissional e usuária e isso muitas vezes não foi possível realizar devido à demanda na unidade de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial de nº 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/inter-ministerial/103143-421.html>. Acesso em: 02 de abril de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Diário Oficial da União, nº 125, de 01 de julho de 2011, seção 1, página 61. Brasília, DF. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 02 de abril de 2014.

BRASILa. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde – RIPSa. Indicadores de Mortalidade 2012. Razão de Mortalidade Materna. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2012/c03.htm>. Acesso em: 05 de abril de 2014.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000500007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 02 de abril de 2014.

BRASILb. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília – DF. 2012.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, nossos familiares e a professora Dra. Virginia pela orientação e a UNIFOR pelo o espaço concedido para aprofundarmos nosso conhecimento.

ATUAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA COM PROFESSORES DA REDE PÚBLICA MUNICIPAL DE FORTALEZA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Nívea Adriano de Santana e Santos (apresentador) – Universidade de Fortaleza – niveaadriano@gmail.com

Juliana Brito Cavalcante – Universidade de Fortaleza

Irveny Eveline Beserra de Araújo – Universidade de Fortaleza

Jéssica de Brito Cavalcante – Universidade de Fortaleza

Daniela Gruska Benevides Prata (Orientadora) – Universidade de Fortaleza

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

Resumo

As Políticas Públicas de Saúde tem como frente de trabalho pressupostos constitucionais do acesso universal à saúde, equidade no atendimento às necessidades em saúde, integralidade das ações em saúde, descentralização e o controle social efetuado pelos usuários dos serviços. A Atenção Primária à Saúde, como política, vem se materializar através da Estratégia de Saúde da Família, que é composta por profissionais que tem como característica desenvolver a visão holística de saúde voltada ao usuário. Partindo desta premissa são implantados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, compostos por profissionais de diversas categorias, que visam, dentre suas diretrizes fomentar e incentivar os grupos referenciados pelo seu território, ações promotoras de saúde e qualidade de vida. Este trabalho objetiva trazer a percepção da área da Psicologia, sobre a atuação do Núcleo de Apoio à Saúde, com professores de uma Escola da Rede Pública Municipal de Fortaleza, e seus impactos aliados a qualidade de vida, bem como sensibilizar sobre a importância de atuação e políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador e principalmente aquele que exerce a função do cuidar.

Introdução

Entre as principais características do modelo de organização da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, que o diferencia de outros países estão: a definição do território de responsabilidade, a composição multidisciplinar das equipes profissionais, que integram também o Agente Comunitários de Saúde (ACS) e o acesso ao cuidado de saúde bucal (MENDONÇA, 2010).

A Portaria Nº 648 GM/2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelece a Saúde da Família (SF) como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). A ampliação e a melhoria da Atenção Primária, organizadas pela Saúde da Família como estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde tem provocado um importante movimento com a finalidade de reordenar o modelo de atenção no SUS (BRASIL, 2008).

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) nasceu em 1994, sendo uma política pública em processo evolutivo viabilizando o fortalecimento do ideal de saúde operada com qualidade de vida abrangendo seu conceito. As equipes de saúde da família passaram a ser organizadores da demanda local, dentro da lógica da adesão, planejadores das ações de saúde, educadores populares e agentes de transformação social provocando mudanças efetivas no desempenho do sistema de saúde e na atenção às pessoas com doenças crônicas, principal causa de morte e incapacidade física no mundo (CAMPOS e GUERRERO, 2010).

Cada equipe de SF é responsável pelo acompanhamento de um determinado número de famílias, tendo como base o conhecimento do perfil epidemiológico e demográfico de sua área de atuação. O principal propósito da ESF é reorientar a prática da atenção à saúde com base em novos fundamentos e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade da vida da população.

Este modelo visa superar a antiga concepção centrada na doença, desenvolvendo-se por meio de práticas gerenciais e sanitárias participativas que possibilitam o compromisso e a co-responsabilidade destes profissionais com os usuários e a comunidade. A atenção é deslocada do indivíduo para a família, entendida a partir do ambiente/território no qual reside e de suas práticas culturais.

Neste sentido, Amarante(2007), relata que a ESF é a possibilidade de aplicação de tecnologias leves no sentido de investir na promoção da saúde e educação da comunidade para pensar e lidar com os diversos aspectos da saúde, considerando que 80% dos problemas de saúde poderiam ser resolvidos na Rede Básica, isto é, com cuidados mais simples, com ações de saúde e a baixo custo.

As ações de saúde são entendidas como medidas educativas em que, tanto os profissionais da área como usuários aprendem e ensinam, numa construção de conhecimento. A universalidade, a equidade e a integralidade das ações têm disputado espaço com as propostas racionalizadoras e de contenção de custos (OLIVEIRA, 2011).

Visando apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar o alcance das ações da Atenção Primária, o Ministério da Saúde (MS) criou o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com a Portaria GM nº 154. O NASF é entendido como uma importante estratégia que objetiva atuar de forma integrada à rede de serviços de saúde a partir das demandas identificadas no trabalho conjunto com as equipes de SF, criando espaço para a produção de novos saberes e ampliação da clínica em uma perspectiva de co-responsabilidade e gestão.

A organização do processo de trabalho, com ênfase nos territórios de sua responsabilidade, conjuntamente com as equipes de SF que a ele se vinculam, se organizam de forma a priorizar ações clínicas compartilhadas, para uma intervenção interdisciplinar, capacitação e responsabilidades mútuas, gerando experiência para os diversos profissionais envolvidos. O estudo e discussão de casos e situações, realização de projeto terapêutico singular, orientações, espaços de reuniões, intervenções específicas do profissional do NASF com os usuários e/ou famílias, discussão e negociação a priori com os profissionais da equipe de SF e ações compartilhadas nos territórios de sua responsabilidade, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF, são, algumas das atividades desenvolvidas. Envolve, ainda, outros setores como: o desenvolvimento do projeto de saúde no território, planejamentos, reuniões, apoio aos grupos, trabalhos educativos, de inclusão social, enfrentamento da violência, ações junto aos equipamentos públicos, como escolas, creches, igrejas, pastorais etc.

As ações intersetoriais são necessárias para abordar os determinantes da saúde da população e estabelecer relações sinérgicas com outros atores e setores, por meio de vínculos entre as áreas públicas, privadas e não governamentais, tanto no interior como fora dos serviços de saúde, para que tenham impacto sobre a saúde ou sobre seus determinantes (SANTANA, 2008).

Metodologia

De acordo com os focos de responsabilidade do NASF, a população e o território, o cenário de intervenção foi uma Escola da Rede Pública Municipal da Cidade de Fortaleza, Ceará, localizada na Secretaria Executiva Regional III.

A Secretaria Executiva Regional III conta com 378.000 habitantes que estão distribuídos em 17 bairros, onde, em sua maioria, os

Índices de violência são alarmantes.

A demanda para intervenção foi apresentada através da enfermeira responsável pelo território da Unidade de Saúde. A equipe do NASF foi contactada pela coordenação da escola, a qual informou que os professores estavam com alto índice de absenteísmo por licença médica, desmotivados e estressados. A mesma solicitou uma intervenção da equipe multiprofissional do NASF composta por fonoaudiólogo, fisioterapeuta, psicólogo e nutricionista.

Os sujeitos da intervenção foram os professores da rede pública municipal que ministravam aulas pelo período da manhã, onde as queixas apresentadas eram mais recorrentes. Através de reuniões com a coordenação e entrevista com os professores sobre as problemáticas existentes, foi elaborado um cronograma de atuação da equipe do NASF, quinzenalmente pela manhã, com atividades multiprofissionais voltadas para a saúde física e mental dos participantes.

Os encontros foram desenvolvidos utilizando-se de oficinas as quais abordavam temáticas informativas voltadas para a área específica de formação de cada profissional que compõe a equipe, sendo articulado os saberes multiprofissionalmente. Espaços para a percepção ocupacional e as demandas apresentadas pelos participantes foram contemplados e fomentados.

A análise da demanda é um ponto preponderante para a área da Psicologia, pois é reconhecido como processo pelo qual os indivíduos fazem o primeiro contato ao profissional, para em seguida ir definindo, com maior ou menor qual de dificuldade outras demandas inconscientes ou implícitas (ENRIQUEZ, 1997).

Os encontros eram desenvolvidos em grupos compostos por dez professores, e ocorreram durante o período de abril à dezembro de 2013, totalizando 18 encontros com duração média 1 hora e 30 minutos realizados no auditório da Escola.

Resultados e Discussão

Durante as primeiras atividades desenvolvidas, a resistência inicial era algo presente, onde os profissionais estavam mais focados aos conteúdos que os alunos iriam “perder”. Percebemos que o grupo necessitava de um espaço para se colocar, onde foi fomentado espaços para catarse coletiva, ligado aos aspectos do trabalho.

A catarse é um conceito psicanalítico que objetiva minimizar perturbações psíquicas, tensões e angústias, através da provocação de uma explosão emocional, baseando-se no relato de cenas e de fatos passados que estejam ligados àquelas perturbações. É o experimentar da liberdade em relação a alguma situação opressora, tanto as psicológicas quanto as cotidianas, através de uma resolução que se apresente de forma eficaz, compatível com a possibilidade de tal resolução. Para se transformar em catarse, a qualidade de tal resolução necessita ser suficiente diante da opressão que o sujeito vive (FREUD, 1993).

A articulação entre as demandas apresentadas pelos participantes e a equipe multiprofissional foi uma estratégia reforçadora que contribuiu potencializar as ações grupais voltadas para a discussão do processo de formação de saúde e qualidade de vida.

Ao final da realização das atividades foi percebido pela equipe, através de relatos dos participantes, redução nos níveis de ansiedade no trabalho, bem como relatos advindos da coordenação da escola acerca do melhor relacionamento interpessoal entre o grupo de professores.

Conclusão

Considerar a APS como ordenadora do cuidado em Saúde do Trabalhador (ST), além de colocar a área em sintonia com as diretrizes mais gerais do modelo de atenção à saúde, significa, estar integrada nas redes de atenção, uma vez que, na perspectiva da intrasetorialidade, desenvolvendo ações de proteção e vigilância em saúde, experiência recente em construção.

Referências

AMARANTE, P.D.C. A clínica e a reforma psiquiátrica. In: AMARANTE, P.D.C.(Org.). Archivos e Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2007, v. 1, p. 45-66.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 154/08. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008.

CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (orgs.). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2010

ENRIQUEZ, E. A organização em análise. Petrópolis: Vozes, 1997.

FREUD, S. Totem et tabou. Paris: Gallimard, 1993.

OLIVEIRA, A. Tratamento não medicamentoso da hipertensão arterial. Revista Bioquímica da Hipertensão. São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://bioquimicadahipertensao2011.blogspot.com>>. Acesso em 06 de ago de 2014.

MENDONÇA, C.S. O profissional médico e suas competências na Atenção Primária. Belo Horizonte, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, 2010.

SANTANA, C.S. Intersetorialidade entre SUS e o SUAS: Uma construção possível. Rio de Janeiro, 2008. Monografia para grau de Especialista. Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Acesso em 13 de ago de 2014.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente à Deus, pela vida. Agradecemos aos colegas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da Regional III, a todos que contribuíram para a elaboração e encaminhamento desta pesquisa.

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL DE RESIDENTES EM SAÚDE DA FAMÍLIA COM CRIANÇAS, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Lidiane Medeiros Melo – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas. lidimm@hotmail.com

Marília Gabriela Vieira Macêdo – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Cyntia Márcia da Silva Toledo - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Emanuele Sarmento de Vasconcelos - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Maria Rafaela de Araújo Moraes - Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Maria Helena Rosa da Silva – Universidade Estadual de Ciências da Saúde de Alagoas

Palavras-chave: Promoção da saúde, Crianças e Atenção Básica.

Resumo

Uma forma mais ampla de conceituar a promoção da saúde na prática das ações de saúde, é considerar que as pessoas possam ampliar o controle sobre suas vidas, visando transformações das realidades sociais e políticas por meio da participação em grupos. O que implica na diferenciação da abordagem tradicional centrada apenas na mudança de comportamento individual. Os profissionais de saúde residentes buscam articular a prática de saúde junto as diretrizes políticas que são estabelecidas para garantir a promoção da saúde. Tendo como base a política nacional da Atenção Básica que visa garantir uma atenção integral que possua impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades. As ações de promoção da saúde direcionadas as crianças foram desenvolvidas por meio da utilização do lúdico. Ressaltando que o lúdico foi adquirindo uma valorização essencial no que se refere aos estudos voltados para necessidade básica da originalidade do indivíduo, fazendo uma interface com o corpo e a mente, podendo ser caracterizado como espontâneo funcional e satisfatório.

Introdução

A promoção da Saúde segundo a Carta de Ottawa em 1986 é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.

Buss, 2000, afirma que a promoção da saúde representa uma estratégia promissora para o enfrentamento de muitos problemas de saúde que vem afetando as populações nestes últimos anos. Levando em consideração um conceito amplo do processo de saúde-doença e de seus determinantes, a promoção da saúde vem propor a articulação de saberes técnicos e populares, e as mobilizações de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Os profissionais de saúde residentes buscam articular a prática de saúde junto as diretrizes políticas que são estabelecidas para garantir a promoção da saúde. Tendo como base a política nacional da Atenção Básica que visa garantir uma atenção integral que possua impacto na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos condicionantes e determinantes de saúde das coletividades (BRASIL,2006). Também possui base na política nacional de promoção da saúde que visa dentre outros objetivos reconhecer na promoção da saúde uma parte fundamental na busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. Buscando fortalecer a participação social como essencial na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial o empoderamento individual e comunitário. (BRASIL, 2010)

No SUS, a estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde-doença em nosso País. (BRASIL, 2010). Uma forma mais ampla de conceituar a promoção da saúde na prática das ações de saúde, é considerar que as pessoas possam ampliar o controle sobre suas vidas, visando transformações das realidades sociais e políticas por meio da participação em grupos. O que implica na diferenciação da abordagem tradicional centrada apenas na mudança de comportamento individual. (Chiesa e Veríssimo 2001).

As ações de promoção da saúde são desenvolvidas em um grupo formado por crianças quem encontram-se em área da comunidade com maior representação de vulnerabilidade social detectada durante o processo de territorialização. Corroborando com Silva, 2007, quando conceitua que a vulnerabilidade social pode se manifestar em dois planos: estrutural e subjetivo. No plano estrutural, pode ser dada por uma mobilidade descendente e, no plano subjetivo, pelo desenvolvimento de sentimentos de incerteza, insegurança, de não-pertencimento a determinado grupo, de fragilidade dos atores.

As ações de promoção da saúde direcionadas as crianças foram desenvolvidas por meio da utilização do lúdico. Considerando Bezerra e Gomes, 2010, ressaltando que o lúdico foi adquirindo uma valorização essencial no que se refere aos estudos voltados para necessidade básica da originalidade do indivíduo, fazendo uma interface com o corpo e a mente, podendo ser caracterizado como espontâneo funcional e satisfatório.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência descritivo de atividades já desenvolvidas em um grupo com crianças moradoras de uma comunidade vulnerável socialmente. A formação do grupo foi desenvolvida com base no processo de territorialização realizado pelos profissionais de saúde da Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Tal processo contou com a participação da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família presente na comunidade, moradores e lideranças comunitárias. As ações passaram a ser planejadas a partir das necessidades e prioridades apresentadas pela comunidade e levando em consideração a coleta de dados realizada no Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB e em secretarias e órgãos públicos.

O grupo ocorre uma vez por semana, com duração média de duas horas, com localização em uma rua inserida na área de maior vulnerabilidade social da comunidade. Conta com a participação de 25 crianças. O grupo possui como objetivos o desenvolvimento de ações de caráter educativo que possam despertar o interesse das crianças no âmbito da promoção da saúde e prevenção de agravos, a aproximação das crianças aos serviços de saúde, a otimização e a utilização dos espaços e recursos disponíveis na comunidade e a construção de espaços dialógicos que possam promover o pensamento crítico e político das crianças quanto a saúde. Além de promover a mudança no padrão de comportamento de forma coletiva. Podendo tornar as crianças em multiplicadoras do conhecimento.

As ações são desenvolvidas por meio da utilização de atividades lúdicas (circuitos, peças teatrais, jogos, brincadeiras, gincanas e músicas), recursos educativos de baixo custo confeccionados pelas residentes de acordo com as temáticas a serem trabalhadas, por meio de rodas de conversas de caráter dialógico, articulando o saber popular ao científico, a partir da troca de experiências e saberes de forma horizontal. E por meio da interação direta do grupo com os moradores espectadores presentes. Já foram trabalhadas as temáticas: Conceito ampliado de saúde, cidadania, meio ambiente, saúde ocular, primeiros socorros, trânsito, higienização corporal, dentre outras temáticas também sugeridas pelos membros do grupo e moradores da comunidade.

Resultados e Discussão

Tendo em vista o diagnóstico realizado durante o processo de territorialização, observou-se a necessidade de desenvolver alguma ação de educação em saúde com foco em promoção da saúde, prevenção de doenças e redução de danos que contemplasse o grande número de crianças e adolescentes que residem determinada área de grande vulnerabilidade. A partir disto, foram realizadas ações na rua em que residem a maioria das crianças e adolescentes. As ações foram adaptadas para a realidade do local e ao nível de desenvolvimento intelectual dos participantes visto que, algumas crianças não eram alfabetizadas. Na maioria das vezes contávamos com a presença de adultos que acompanhavam o decorrer das atividades de maneira curiosa e contribuíam com o incentivo verbal para a participação de seus filhos.

Com o desenvolvimento das atividades, e a interação do público alvo foi possível perceber (através do aumento de participantes nas atividades ao longo das semanas, da cobrança de quando seria o próximo dia de atividade, e pelo questionamento de crianças e adultos moradores da região sobre o motivo da frequência das atividades não ser maior) que as ações executadas estavam surtindo efeito positivo, além de estarem sendo aceitas pela população beneficiada contribuindo para a maior adesão dos envolvidos bem como a maior percepção de benefícios trazidos pela informação, fato observado em um estudo realizado com crianças e adolescentes feito por Murta et al, 2009.

Além disso, foi possível perceber a maior interação entre os participantes e um maior respeito e cuidado dos mais velhos com relação aos mais novos, embora conflitos e desentendimentos fossem frequentes. Fato corroborado por Júnior et al, 2006, que em um estudo realizado com crianças e adolescentes em uma sala de espera de um hospital no Distrito Federal, constatou uma maior tendência ao aumento da probabilidade da participação do público alvo nas ações desenvolvidas, além de uma maior interação entre os participantes independente da idade. Outro ponto importante das atividades realizadas foi a construção de vínculo entre a equipe de Residentes e os moradores da Rua em questão, que mostravam-se receptivos e acostumados com a nossa atuação na área.

Faziam parte das nossas atividades a revisão dos temas abordados ao final de cada mês ou bimestre, nesta ocasião podemos observar um número elevado de acertos, o que sugere a assimilação do conteúdo abordado. O aumento da informação acerca de determinados temas de saúde e o crescimento da interação social entre o público alvo também foi observado em um estudo realizado por Júnior et al, 2006, reforçando os achados desse relato. Como todas as atividades eram realizadas através de momentos lúdicos e interativos o momento de aprendizado confundia-se com um momento de lazer dos participantes, que ao final de algumas atividades manifestavam o interesse que a mesma fosse repetida.

Ao decorrer do desenvolvimento das ações alguns fatores limitantes foram sendo observados, a falta de limites e a agressividade das crianças, o ambiente desprovido de saneamento básico com a presença constante de animais de rua, entulhos e elementos dispersantes da atenção (bicicletas, carros e outros), eram grandes obstáculos durante a atuação no local, toda via estratégias como o uso de brincadeiras atrativas, convite direto dos participantes, jogos competitivos, uso de bolas, bambolês e cordas que despertam o interesse das crianças eram usados constantemente, objetivando atrair a atenção do maior número de participantes possível.

Conclusão

A atuação multiprofissional através do lúdico, inserida no contexto social e adaptada às particularidades de cada grupo surte efeitos positivos na atuação profissional, colaborando positivamente para o processo de educação em saúde com foco em promoção de saúde independente da faixa etária. Ações regulares voltadas para crianças são escassas, e deveriam ser mais desenvolvidas, visto que é nesta fase da vida que há a formação do indivíduo e seus hábitos de vida.

Referências

- BEZERRA, T; GOMES, J. O Lúdico e as Atividades de Educação em Saúde Bucal: um Estudo de Caso na Unidade de Saúde da Família do km 06-Natal/ RN. Trabalho de Conclusão de Curso de Lazer e Gestão Desportiva do Instituto Federal de Rio Grande do Norte, Natal, 2010.
- BRASIL, M. S. 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 à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL, M. S. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BUSS, P. M. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, 2000.
- CARTA DE OTTAWA. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986.
- Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- CHIESA, A. M; VERÍSSIMO, M. R. A Educação em Saúde na Prática do PSF. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/Universidade de São Paulo/Ministério da Saúde, organizadores. Manual de enfermagem. p.34-32 Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- SILVA, A. V. Vulnerabilidade Social e suas Consequências: O Contexto Educacional da Juventude na Região Metropolitana de Natal. 13º Encontro de Ciências Sociais do Norte Nordeste. Universidade Federal de Alagoas, Maceió, Alagoas, 03 a 06 de Setembro de 2007.
- BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. Departamento de Administração e Planejamento em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, RJ, 2000.
- MURTA, S. G. MARINHO, T. P.C. A Clínica ampliada de assistência social: uma experiência com adolescentes no programa de atenção integral à família. Revista Eletrônica de Psicologia e Políticas Públicas Vol.1 N°1, 2009.
- JÚNIOR, A. L. C. COUTINHO, S. M. G. FERREIRA, R. S. Recreação planejada em sala de espera de uma unidade pediátrica: efeitos comportamentais. Paidéia 16(33), 111-118, 2006.

Agradecimentos

É de suma importância agradecer a credibilidade e a confiança depositadas em nós residentes pelos moradores da área em que atuamos especialmente as crianças e adolescentes que de modo geral nos retribuem a atenção dedicada a eles com muito carinho e reconhecimento, sem elas nenhuma de nossas ações teriam sido válidas. Somos gratas a nossa equipe multiprofissional de residentes que vem caminhado na perspectiva da educação permanente e luta por práticas consolidadas na atenção básica, aos agentes comunitários de saúde, pela mobilização dos usuários e disponibilidade. Aos nossos familiares, professores e preceptores, pela orientação e incentivo no decorrer desta trilha a ser seguida.

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM UM GRUPO DE GESTANTES: CONSTRUINDO UM ESPAÇO DE CONHECIMENTO

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;

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;

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

Palavras-chave: Atividade em grupo. Educação em saúde. Gestação.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional na participação em um grupo de gestantes, através de atividades de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará. Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado em um grupo de gestantes do território de abrangência do Centro de Saúde da Família do Novo Recanto em Sobral, Ceará. As atividades realizadas tiveram início em junho de 2014 e seguem até os dias atuais, através de momentos de abordagens de educação em saúde com as mulheres grávidas. O planejamento de todas as atividades, temas, frequência, horários, assim como o nome do grupo foi definido pelas participantes. Os agentes comunitários realizaram um levantamento, identificando todas as gestantes da sua área, em seguida a equipe de residência confeccionou convites nominais as gestantes, os quais foram entregues através de visita domiciliar. Até então, foram realizados cinco encontros abordando temas pactuados com a gestante, através de targetas com temas sugeridos pela equipe e targetas brancas para possíveis sugestões. Os temas selecionados foram: gestação e pré-natal; alimentação adequada na gestação; direito da gestante e cuidados com o bebê. A formação do grupo proporcionou fortalecimento de vínculos com a equipe de residentes, assim como é a promoção do autocuidado das gestantes.

Introdução

O período gestacional compreende um momento especial na vida da mulher, caracterizado por várias mudanças, sejam fisiológicas ou emocionais. A gravidez demanda um profundo processo adaptativo da mulher, de seu parceiro e dos demais membros de sua família em razão das intensas transformações físicas, psíquicas, familiares e sociais inerentes a ela. Especialmente, os desconfortos físicos e as alterações emocionais podem provocar impacto sobre a forma como a gestação é vivenciada (HOGA; REBERTE, 2006).

A ansiedade está presente durante a toda a gravidez, envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionados ao contexto familiar e social. Neste sentido, atendimento às necessidades da gestante e seus familiares podem ser desenvolvidos na assistência pré-natal; em algumas circunstâncias, precisam-se incorporar recursos complementares, como os grupos de educação e promoção à saúde, para que haja correspondência a todas as demandas por cuidados (SILVA et al., 2008; MALDONATO; CANELLA, 2003).

A atividade em grupo pode ser utilizada como uma estratégia de educação em saúde, partindo da construção do conhecimento mediante a interação das pessoas, de maneira dinâmica e reflexiva, onde é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional.

O grupo pode ser entendido como espaço de compartilhamento e construção de sentidos, através do diálogo, onde objetiva facilitar a emergência de novas percepções sobre fatos e acontecimentos. O grupo busca trazer a gravidez de uma forma mais saudável e plena, utilizando os recursos disponíveis para o preparo para a maternidade (SILVA, 2002; MALDONATO, 2000).

A participação de uma equipe saúde multiprofissional em um contexto de grupo é de fundamentação importância, pois possibilita a diversidade de conhecimento, sendo possível uma abordagem integral das gestantes, onde ações podem modificar ou melhorar hábitos, comportar-se seguindo seus instintos e a sintetizar seus próprios hormônios são importantes, pois o conhecimento sobre a maternidade não é mais transmitido de geração para geração, na sociedade moderna, e quando isto acontece se faz de maneira distorcida (MADER et al., 2002).

A assistência integral deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto, disponibilizando atender às necessidades individuais e coletivas, no uso do saber de cada profissional. Assim, atuação multiprofissional em atividade grupal com gestantes engloba aspectos sociais, culturais, psicológicas e econômicas das mesmas.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional na participação em um grupo de gestantes, através de atividades de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado em um grupo de gestantes do território de abrangência do Centro de Saúde da Família do Novo Recanto em Sobral, Ceará.

As atividades realizadas nesses momentos consistiram de abordagens de educação em saúde com as mulheres grávidas, tendo sido realizado mapeamento prévio da quantidade e busca ativa das mesmas, a fim de estimular sua presença ativa no grupo, favorecendo sua autonomia no cuidado com a gestação, parto e puerpério.

Essas ações foram iniciadas em maio de 2014 seguindo aos dias atuais pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família e contando com o apoio da equipe de referência; utilizando o método participativo para orientar as futuras mães. Os grupos acontecem quinzenalmente no turno vespertino, horário tido como melhor para adesão das participantes, tendo um público em média 15 mulheres, entre elas adolescentes.

O estudo respeita os aspectos éticos e legais, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações, além de autonomia dos sujeitos participantes, porém por se tratar de um relato de experiência não requer aprovação por comitê de ética.

Resultados e Discussão

A proposta surgiu em virtude da grande demanda de gestantes, sendo levantado pelos agentes comunitário de saúde (ACS), assim como da nutricionista residente, que se sensibilizou com os inúmeros encaminhamentos. Assim foi acordada junto a equipe a criação de grupo de gestantes, no intuito de promover educação em saúde, também associada a atividades diversas, durante as decisões foram

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

nomeadas duas ACSs como facilitadoras do grupo junto à equipe de residência, mantendo apoio dos demais ACSs assim como o resto da equipe mínima e o Núcleo de apoio a saúde da família (NASF).

O planejamento de todas as atividades, temas, frequência, horários, assim como o nome se deu através das participantes do grupo. Os agentes comunitários realizaram um levantamento, identificando todas as gestantes da sua área, em seguida a equipe de residência confeccionou convites nominais as gestantes, os quais foram entregues pelas ACSs através de visitas domiciliares.

Durante os encontros utilizamos o método participativo, em que acreditamos ser o mais adequado, visto que possibilita que as participantes recebam as informações de que necessitem, como também, sentirem-se seguras por estar em conjunto com outras pessoas, que vivem a mesma realidade, o que propicia a livre comunicação e o questionamento do assunto em discussão, de maneira a fixarem melhor o seu aprendizado.

1º Encontro

As atividades tiveram início em maio, sendo realizado o primeiro encontro, foi um momento de apresentação da equipe de saúde, assim como das gestantes, sendo convidadas a falar um pouco de sua vida, além de trazer um pouco de suas experiências, durante a apresentação a maior parte das gestantes se sentiram a vontade para falar. Após a apresentação, onde já iniciou um clima de aproximação, seguimos buscando as opiniões quanto a frequência e melhor horário para o grupo, ficando decidido que os encontros aconteceriam quinzenalmente, às 16:00h, sendo formulado o nome do grupo: “Gestantes saudáveis”.

Foram levados targetas com diversos temas, onde as mesmas foram convidadas a pontuar quais temas seriam abordados durante os encontros, sendo entregues targetas brancas para possíveis sugestões. Os temas selecionados foram: gestação e pré-natal; alimentação adequada na gestação; direito da gestante; cuidados com o bebê, sendo estes abordados na respectiva ordem.

A participação ativa dos integrantes possibilita a troca de experiências e é um fator relevante na interação do grupo de gestantes. Esse envolvimento cria uma atmosfera de coesão e compreensão mútua dos membros do grupo de forma harmônica e construtiva. Neste clima, seus integrantes se sentem incentivados a participar e expressar suas ideias, promovendo o compartilhamento de vivências, expectativas, temores e dúvidas que são inerentes ao processo (HOGAI; REBERTE, 2007).

2º Encontro

Esse encontro foi facilitado pela enfermeira e nutricionista da residência, as quais tiraram dúvidas sobre as consultas do pré-natal, utilizando como método, a dinâmica do repolho, onde as gestantes ficavam em círculo e repassando uma bola, formada por vários papéis com as perguntas mais frequentes sobre o pré-natal. O “repolho” era passado de uma a uma à medida em que tocava uma música e uma pessoa parava sem ver em que mãos estava o “repolho”, assim a partir da pergunta contemplada, as gestantes compartilhavam seus conhecimentos e mediante esclarecimento de possíveis dúvidas.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver em a educação como dimensão do processo de cuidar. Todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher é uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIO; VIEIRA, 2007).

3º Encontro

O momento facilitado pela nutricionista residente, trabalhando questões sobre alimentação saudável, ressaltando a importância do ferro e o ácido fólico, além de orientações sobre como controlar os enjoos; o que fazer para melhorar a absorção do ferro, que alimentos devem ser consumidos ou evitados durante a gravidez, entre outros questionamentos. A discussão foi levantada pelas gestantes que expressaram suas opiniões sobre alguns mitos e verdades do período gravídico.

Durante a gravidez, o corpo se manifesta também quanto a certos alimentos, por meio do desejo ou enjôo, que podem variar entre os indivíduos. A ingestão de energia, proteína, ferro, folato, vitamina C e cálcio, visto que esses nutrientes durante a gestação aumentam suas necessidades, devido as constantes modificações no corpo feminino, assim como o desenvolvimento do conceito. A anemia ferropriva é carência que mais se manifesta nessa fase, sabendo dos riscos que a anemia pode causar para a gestante e o bebê, ainda as dificuldades que pode vir a sofrer durante o parto, devido tamanha prevalência, torna-se um problema de saúde pública, assim como a suplementação do ácido fólico, no intuito de garantir a formação adequada do embrião (PERES; LESSE; JUN, 2005).

A atenção ao pré-natal e a atividade em grupo mostra-se como um cuidado fundamental para melhores resultados na gestação, destacando a importância do repasse das informações sobre a alimentação como um fator contribuinte para a adequação para alimentar na gestação destas jovens e futuras mães.

4º Encontro

Intercalando os temas pontuados, levado uma proposta de oficina para a confecção de lembrancinhas que foi muito bem aceita pelas gestantes, as quais aproveitaram o momento para discutir sobre o cuidado com os bebês e expressar o carinho que já sentem por seus filhos que ainda não nasceram.

Apesar da ansiedade e expectativa por dar a luz, esse foi um momento de descontração e criatividade das mães, que produziram trabalhos manuais com EVC.

5º Encontro

A assistente social da residência multiprofissional facilitou o encontro abordando os direitos das gestantes; o assunto foi explorado através das dúvidas mais frequentes relatadas pelas assistentes sócias, onde as participantes se sentiram contempladas com as perguntas formuladas pelos facilitadores.

As atividades continuam sendo realizadas, mantendo o planejamento através dos profissionais e das opiniões das gestantes, buscando sempre trazer os temas de maneira dinâmica, além de realizar as atividades através da participação das mesmas, transformando em um momento agradável de encontro e troca de experiências, fortalecendo o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Conclusão

As atividades de educação em saúde são estratégias de extrema importância para a promoção da saúde da população, especialmente no caso das gestantes que possuem suas particularidades e necessitam de um cuidado mais próximo e de um vínculo mais efetivo com a equipe de saúde, para facilitar seu autocuidado e cuidado com a criança.

A inserção da equipe multiprofissional no grupo de gestantes, potencializou o cuidado à gestante, visto que a união de saberes e práticas permite uma atenção integral, facilitando o percurso de uma gravidez mais saudável, prevenindo complicações futuras na medida em que estas são sensibilizadas quanto à melhoria na eficácia do cuidado prestado a ela e ao bebê.

Referências

- BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D., & TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7(1), 39-48. (2006).
- HOGA LAK; REBERTE L M. Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 308-13.
- HOGAI L A K, REBERTE L M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(4):559-66.
- MALDONADO MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 15a ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
- MADER CVN, NASCIMENTO CL, SPADA PV, NÓBREGA FJ. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. Rev Paul Pediatr 2002;5:236-40.
- MALDONADO MT, CANELLA P. O trabalho grupal. In: Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com os clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Afonso Editores; 2003. p. 279-309.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde Assistência pré-natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: 2000.
- PERES D A C; LESSE A C; JUN RT. Anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes. Alim. Nutr , Araquara v.16, n 3 p. 227-232 , jul./set 2005.
- RIOS C T F,VIEIRA C FV. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):477-486, 2007
- SILVA DDF; LIMA DL; ROSITO DB; RIBEIRO SMF; FIGUEIREDO MC. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. RFO, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto 2008.
- SILVA, R. C. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002.

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 o esforço na construção da atividade grupal em que estamos desenvolvendo, como forma de promoção da saúde.

ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM UM GRUPO DE GESTANTES: CONSTRUINDO UM ESPAÇO DE CONHECIMENTO

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;

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;

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

Palavras-chave: Atividade em grupo. Educação em saúde. Gestação.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional na participação em um grupo de gestantes, através de atividades de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará. Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado em um grupo de gestantes do território de abrangência do Centro de Saúde da Família do Novo Recanto em Sobral, Ceará. As atividades realizadas tiveram início em junho de 2014 e seguem até os dias atuais, através de momentos de abordagens de educação em saúde com as mulheres grávidas. O planejamento de todas as atividades, temas, frequência, horários, assim como o nome do grupo foi definido pelas participantes. Os agentes comunitários realizaram um levantamento, identificando todas as gestantes da sua área, em seguida a equipe de residência confeccionou convites nominais as gestantes, os quais foram entregues através de visita domiciliar. Até então, foram realizados cinco encontros abordando temas pactuados com a gestante, através de targetas com temas sugeridos pela equipe e targetas brancas para possíveis sugestões. Os temas selecionados foram: gestação e pré-natal; alimentação adequada na gestação; direito da gestante e cuidados com o bebê. A formação do grupo proporcionou fortalecimento de vínculos com a equipe de residentes, assim como é a promoção do autocuidado das gestantes.

Introdução

O período gestacional compreende um momento especial na vida da mulher, caracterizado por várias mudanças, sejam fisiológicas ou emocionais. A gravidez demanda um profundo processo adaptativo da mulher, de seu parceiro e dos demais membros de sua família em razão das intensas transformações físicas, psíquicas, familiares e sociais inerentes a ela. Especialmente, os desconfortos físicos e as alterações emocionais podem provocar impacto sobre a forma como a gestação é vivenciada (HOGA; REBERTE, 2006).

A ansiedade está presente durante a toda a gravidez, envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionados ao contexto familiar e social. Neste sentido, atendimento às necessidades da gestante e seus familiares podem ser desenvolvidos na assistência pré-natal; em algumas circunstâncias, precisam-se incorporar recursos complementares, como os grupos de educação e promoção à saúde, para que haja correspondência a todas as demandas por cuidados (SILVA et al., 2008; MALDONATO; CANELLA, 2003).

A atividade em grupo pode ser utilizada como uma estratégia de educação em saúde, partindo da construção do conhecimento mediante a interação das pessoas, de maneira dinâmica e reflexiva, onde é fundamental para garantir uma abordagem integral e, ao mesmo tempo, específica à assistência no período gestacional.

O grupo pode ser entendido como espaço de compartilhamento e construção de sentidos, através do diálogo, onde objetiva facilitar a emergência de novas percepções sobre fatos e acontecimentos. O grupo busca trazer a gravidez de uma forma mais saudável e plena, utilizando os recursos disponíveis para o preparo para a maternidade (SILVA, 2002; MALDONATO, 2000).

A participação de uma equipe saúde multiprofissional em um contexto de grupo é de fundamentação importância, pois possibilita a diversidade de conhecimento, sendo possível uma abordagem integral das gestantes, onde ações podem modificar ou melhorar hábitos, comportar-se seguindo seus instintos e a sintetizar seus próprios hormônios são importantes, pois o conhecimento sobre a maternidade não é mais transmitido de geração para geração, na sociedade moderna, e quando isto acontece se faz de maneira distorcida (MADER et al., 2002).

A assistência integral deve ser capaz de proporcionar à mulher e ao conceito um período satisfatório de bem-estar, visando o fortalecimento do vínculo mãe-feto, disponibilizando atender às necessidades individuais e coletivas, no uso do saber de cada profissional. Assim, atuação multiprofissional em atividade grupal com gestantes engloba aspectos sociais, culturais, psicológicas e econômicas das mesmas.

Diante desse contexto, este trabalho tem como objetivo relatar a experiência vivenciada por uma equipe multiprofissional na participação em um grupo de gestantes, através de atividades de educação em saúde em uma Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará.

Metodologia

Este estudo consiste em um relato de experiência vivenciado em um grupo de gestantes do território de abrangência do Centro de Saúde da Família do Novo Recanto em Sobral, Ceará.

As atividades realizadas nesses momentos consistiram de abordagens de educação em saúde com as mulheres grávidas, tendo sido realizado mapeamento prévio da quantidade e busca ativa das mesmas, a fim de estimular sua presença ativa no grupo, favorecendo sua autonomia no cuidado com a gestação, parto e puerpério.

Essas ações foram iniciadas em maio de 2014 seguindo aos dias atuais pela equipe de residentes multiprofissionais em saúde da família e contando com o apoio da equipe de referência; utilizando o método participativo para orientar as futuras mães. Os grupos acontecem quinzenalmente no turno vespertino, horário tido como melhor para adesão das participantes, tendo um público em média 15 mulheres, entre elas adolescentes.

O estudo respeita os aspectos éticos e legais, garantindo a confidencialidade e sigilo das informações, além de autonomia dos sujeitos participantes, porém por se tratar de um relato de experiência não requer aprovação por comitê de ética.

Resultados e Discussão

A proposta surgiu em virtude da grande demanda de gestantes, sendo levantado pelos agentes comunitário de saúde (ACS), assim como da nutricionista residente, que se sensibilizou com os inúmeros encaminhamentos. Assim foi acordada junto a equipe a criação de grupo de gestantes, no intuito de promover educação em saúde, também associada a atividades diversas, durante as decisões foram

nomeadas duas ACSs como facilitadoras do grupo junto à equipe de residência, mantendo apoio dos demais ACSs assim como o resto da equipe mínima e o Núcleo de apoio a saúde da família (NASF).

O planejamento de todas as atividades, temas, frequência, horários, assim como o nome se deu através das participantes do grupo. Os agentes comunitários realizaram um levantamento, identificando todas as gestantes da sua área, em seguida a equipe de residência confeccionou convites nominais as gestantes, os quais foram entregues pelas ACSs através de visitas domiciliares.

Durante os encontros utilizamos o método participativo, em que acreditamos ser o mais adequado, visto que possibilita que as participantes recebam as informações de que necessitem, como também, sentirem-se seguras por estar em conjunto com outras pessoas, que vivem a mesma realidade, o que propicia a livre comunicação e o questionamento do assunto em discussão, de maneira a fixarem melhor o seu aprendizado.

1º Encontro

As atividades tiveram início em maio, sendo realizado o primeiro encontro, foi um momento de apresentação da equipe de saúde, assim como das gestantes, sendo convidadas a falar um pouco de sua vida, além de trazer um pouco de suas experiências, durante a apresentação a maior parte das gestantes se sentiram a vontade para falar. Após a apresentação, onde já iniciou um clima de aproximação, seguimos buscando as opiniões quanto a frequência e melhor horário para o grupo, ficando decidido que os encontros aconteceriam quinzenalmente, às 16:00h, sendo formulado o nome do grupo: “Gestantes saudáveis”.

Foram levados targetas com diversos temas, onde as mesmas foram convidadas a pontuar quais temas seriam abordados durante os encontros, sendo entregues targetas brancas para possíveis sugestões. Os temas selecionados foram: gestação e pré-natal; alimentação adequada na gestação; direito da gestante; cuidados com o bebê, sendo estes abordados na respectiva ordem.

A participação ativa dos integrantes possibilita a troca de experiências e é um fator relevante na interação do grupo de gestantes. Esse envolvimento cria uma atmosfera de coesão e compreensão mútua dos membros do grupo de forma harmônica e construtiva. Neste clima, seus integrantes se sentem incentivados a participar e expressar suas ideias, promovendo o compartilhamento de vivências, expectativas, temores e dúvidas que são inerentes ao processo (HOGAI; REBERTE, 2007).

2º Encontro

Esse encontro foi facilitado pela enfermeira e nutricionista da residência, as quais tiraram dúvidas sobre as consultas do pré-natal, utilizando como método, a dinâmica do repolho, onde as gestantes ficavam em círculo e repassando uma bola, formada por vários papéis com as perguntas mais frequentes sobre o pré-natal. O “repolho” era passado de uma a uma à medida em que tocava uma música e uma pessoa parava sem ver em que mãos estava o “repolho”, assim a partir da pergunta contemplada, as gestantes compartilhavam seus conhecimentos e mediante esclarecimento de possíveis dúvidas.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver em a educação como dimensão do processo de cuidar. Todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação.

Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher é uma experiência especial no universo feminino, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores que compartilham saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIO; VIEIRA, 2007).

3º Encontro

O momento facilitado pela nutricionista residente, trabalhando questões sobre alimentação saudável, ressaltando a importância do ferro e o ácido fólico, além de orientações sobre como controlar os enjoos; o que fazer para melhorar a absorção do ferro, que alimentos devem ser consumidos ou evitados durante a gravidez, entre outros questionamentos. A discussão foi levantada pelas gestantes que expressaram suas opiniões sobre alguns mitos e verdades do período gravídico.

Durante a gravidez, o corpo se manifesta também quanto a certos alimentos, por meio do desejo ou enjôo, que podem variar entre os indivíduos. A ingestão de energia, proteína, ferro, folato, vitamina C e cálcio, visto que esses nutrientes durante a gestação aumentam suas necessidades, devido as constantes modificações no corpo feminino, assim como o desenvolvimento do conceito. A anemia ferropriva é carência que mais se manifesta nessa fase, sabendo dos riscos que a anemia pode causar para a gestante e o bebê, ainda as dificuldades que pode vir a sofrer durante o parto, devido tamanha prevalência, torna-se um problema de saúde pública, assim como a suplementação do ácido fólico, no intuito de garantir a formação adequada do embrião (PERES; LESSE; JUN, 2005).

A atenção ao pré-natal e a atividade em grupo mostra-se como um cuidado fundamental para melhores resultados na gestação, destacando a importância do repasse das informações sobre a alimentação como um fator contribuinte para a adequação para alimentar na gestação destas jovens e futuras mães.

4º Encontro

Intercalando os temas pontuados, levado uma proposta de oficina para a confecção de lembrancinhas que foi muito bem aceita pelas gestantes, as quais aproveitaram o momento para discutir sobre o cuidado com os bebês e expressar o carinho que já sentem por seus filhos que ainda não nasceram.

Apesar da ansiedade e expectativa por dar a luz, esse foi um momento de descontração e criatividade das mães, que produziram trabalhos manuais com EVC.

5º Encontro

A assistente social da residência multiprofissional facilitou o encontro abordando os direitos das gestantes; o assunto foi explorado através das dúvidas mais frequentes relatadas pelas assistentes sócias, onde as participantes se sentiram contempladas com as perguntas formuladas pelos facilitadores.

As atividades continuam sendo realizadas, mantendo o planejamento através dos profissionais e das opiniões das gestantes, buscando sempre trazer os temas de maneira dinâmica, além de realizar as atividades através da participação das mesmas, transformando em um momento agradável de encontro e troca de experiências, fortalecendo o vínculo entre a equipe de saúde e a comunidade.

Conclusão

As atividades de educação em saúde são estratégias de extrema importância para a promoção da saúde da população, especialmente no caso das gestantes que possuem suas particularidades e necessitam de um cuidado mais próximo e de um vínculo mais efetivo com a equipe de saúde, para facilitar seu autocuidado e cuidado com a criança.

A inserção da equipe multiprofissional no grupo de gestantes, potencializou o cuidado à gestante, visto que a união de saberes e práticas permite uma atenção integral, facilitando o percurso de uma gravidez mais saudável, prevenindo complicações futuras na medida em que estas são sensibilizadas quanto à melhoria na eficácia do cuidado prestado a ela e ao bebê.

Referências

- BAPTISTA, M. N., BAPTISTA, A. S. D., & TORRES, E. C. R. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. Revista de Psicologia da Vetor Editora, 7(1), 39-48. (2006).
- HOGA LAK; REBERTE L M. Técnicas corporais em Grupo de Gestantes: a experiência dos participantes. Rev Bras Enferm 2006 maio-jun; 59(3): 308-13.
- HOGAI L A K, REBERTE L M. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes Rev Esc Enferm USP, 2007; 41(4):559-66.
- MALDONADO MT. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 15a ed. São Paulo: Saraiva; 2000.
- MADER CVN, NASCIMENTO CL, SPADA PV, NÓBREGA FJ. Avaliação e fortalecimento do vínculo materno-fetal. Rev Paul Pediatr 2002;5:236-40.
- MALDONADO MT, CANELLA P. O trabalho grupal. In: Recursos de relacionamento para profissionais da saúde: a boa comunicação com os clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais. Rio de Janeiro (RJ): Reichmann & Afonso Editores; 2003. p. 279-309.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). Secretaria de Políticas de Saúde Assistência pré-natal: Manual técnico. 3ª ed. Brasília: 2000.
- PERES D A C; LESSE A C; JUN RT. Anemia e consumo alimentar de gestantes adolescentes. Alim. Nutr , Araquara v.16, n 3 p. 227-232 , jul./set 2005.
- RIOS C T F,VIEIRA C FV. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 12(2):477-486, 2007
- SILVA DDF; LIMA DL; ROSITO DB; RIBEIRO SMF; FIGUEIREDO MC. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. RFO, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto 2008.
- SILVA, R. C. Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania. São Paulo: Vetor, 2002.

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 o esforço na construção da atividade grupal em que estamos desenvolvendo, como forma de promoção da saúde.

AURICULOTERAPIA COMO TRATAMENTO COMPLEMENTAR AS AÇÕES DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM INDIVÍDUOS COM OBESIDADE

Autor 1 (apresentador) Gilcele Marília da Silva – Nutricionista, Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória e Email: gilcele@hotmail.com

Autor 2 - Marília Gabrielle Santos Nunes – Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós Graduação Integrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco

Autor 2 (co-orientador) Augusto César Barreto Neto – Professor Adjunto da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória e Email: augustocesarb@yahoo.com.br

Autor 3 (orientador) Rogélia Herculano Pinto – Professora da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória e Email: rogeliapinto2008@hotmail.com

Palavras-chave: Auriculoterapia. Obesidade. Promoção à Saúde

Resumo

Trata-se de um ensaio clínico randomizado realizado para avaliar a eficácia da auriculoterapia como tratamento complementar da obesidade. Foi realizado com 08 indivíduos na faixa etária de 24 a 65 anos. Durante o período de 4 meses todo o grupo recebeu intervenções de promoção através de equipe multiprofissional. Após esse período o grupo foi dividido e 50% do grupo permaneceu recebendo intervenções de promoção à saúde e os outros 50% receberam intervenção de auriculoterapia. Comparando os resultados, foi observado que o grupo que só recebeu ações de promoção à saúde não houve diferença significativa na perda de peso dos indivíduos. Já o grupo que recebeu intervenção com auriculoterapia houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no que se refere a redução do Índice de Massa Corporal (IMC). Os indivíduos se mostraram satisfeitos com o tratamento da terapia auricular e relataram que indicariam esta técnica a outras pessoas. Portanto conclui-se que este estudo demonstrou eficácia da prática de auriculoterapia associado a ações de promoção à saúde em indivíduos obesos.

Introdução

A obesidade é considerada uma epidemia mundial (WHO, 1998). No Brasil, as mudanças demográficas, sócio-econômicas e epidemiológicas ao longo do tempo permitiram que ocorresse a denominada transição nos padrões nutricionais, com a diminuição progressiva da desnutrição e o aumento da obesidade. Isso se torna um problema de saúde pública, uma vez que as consequências da obesidade para a saúde são muitas, e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes e que afetam diretamente a qualidade de vida destes Indivíduos. (MENDONÇA, DOS ANJOS, 2004).

Considerando os benefícios que proporciona, a adesão ao tratamento da obesidade é essencial para indivíduos obesos. Apesar disso, a adesão aos hábitos alimentares saudáveis representa um dos principais desafios para a equipe de saúde, visto as múltiplas causas que levam a obesidade, bem como os fatores influenciam nessa adesão, tais como, características da terapia, peculiaridades do paciente, estado psicológico, aspectos do relacionamento com a equipe multiprofissional e variáveis sócio-econômicas, entre outros (FERREIRA, M.S, 2005).

Nesse sentido a literatura tem descrito procedimentos da Medicina Tradicional Chinesa, tais como a auriculoterapia como terapia complementar no tratamento da obesidade. O objetivo dessa e de outras práticas da Medicina oriental é restaurar o equilíbrio energético do organismo, que é sinônimo de saúde. Observa-se que está ocorrendo de forma crescente uma atenção maior para as práticas da Medicina Tradicional Chinesa com ênfase na auriculoterapia para tratamento da obesidade associadas com o tratamento convencional, baseado em hábitos alimentares saudáveis e prática de exercícios físicos e tem-se observado vários resultados positivos voltados para perda de peso em indivíduos obesos. Dessa forma este estudo torna-se de grande relevância tanto para a comunidade científica quanto para os profissionais de saúde envolvidos no tratamento da obesidade por ampliar as dimensões do cuidado no tratamento da obesidade (REICKMANN, B.T., 2002)

Deste modo, o presente trabalho teve como objetivo avaliar a eficácia da auriculoterapia como tratamento coadjuvante na redução de peso de indivíduos obesos participantes de um grupo de promoção à saúde com atuação multiprofissional para tratamento da obesidade.

Metodologia

Tipo de pesquisa e local de estudo: Trata-se de um ensaio clínico controlado randomizado realizado na Unidade Saúde da Família Jardim Ipiranga, localizada a Rua Cônego Américo Pita, s/n, município de Vitória de Santo Antão/PE, Brasil.

População de estudo: A população de estudo foi composta por um grupo de Educação em Saúde formado na USF Jardim Ipiranga, através do Programa de Educação Pelo Trabalho PET – Saúde: Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica da Universidade Federal de Pernambuco/Centro Acadêmico de Vitória. O grupo foi composto por 10 indivíduos na faixa etária de 25 a 65 anos. A seleção dos participantes foi realizada através dos Agentes Comunitários de Saúde da USF, utilizando os seguintes critérios de inclusão: indivíduos adultos com idade acima de 19 anos que apresentavam obesidade e que desejaram participar de forma voluntária no grupo de educação em saúde que tinha como objetivo contribuir para a perda de peso de indivíduos obesos. Além disso ter disponibilidade de tempo para submissão ao tratamento durante os 8 meses de intervenção. Foram excluídas da pesquisa mulheres em período gestacional e com características opostas aos critérios de inclusão.

Delineamento da pesquisa: Para a realização da pesquisa o grupo com os 10 indivíduos participaram inicialmente de atividades de promoção à saúde com equipe multidisciplinar formado por Médico, Nutricionista, Enfermeira, Psicólogo, Fisioterapeuta e Educador Físico. As atividades de promoção à saúde aconteciam na USF Jardim Ipiranga e em outros equipamentos sociais da comunidade e tinham duração de cerca de 2 horas. As ações aconteciam semanalmente e eram relacionadas ao tratamento da obesidade de forma multidisciplinar. As estratégias utilizadas pelos profissionais eram baseadas na construção do saber em saúde com a participação cooperativa dos membros a fim de promover o desenvolvimento contínuo da autonomia dos integrantes.

Análise dos dados: Os dados foram analisados com o auxílio do programa estatístico SPSS versão 13.0. [SPSS Inc., Chicago, IL, USA]. Para avaliação dos indicadores antropométricos empregou-se o teste t pareado samples com nível de significância de 5% ($p < 0,05$). As variáveis foram representadas em média±desvio padrão (DP).

Resultados e Discussão

RESULTADOS: Comparando os dados da avaliação antropométrica e bioquímica do grupo que só recebeu ações de promoção à saúde para perda de peso foi observado que não houve diferença significativa durante o período das intervenções realizadas, conforme demonstra o quadro 1.

No grupo que recebeu auriculoterapia como intervenção complementar no tratamento da obesidade houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) no que se refere a redução do Índice de Massa Corporal (IMC) que foi reduzido de obesidade grau II para obesidade grau I durante o período de 15 semanas, o que demonstra eficácia dessa prática como terapia complementar na redução de peso de indivíduos obesos, conforme descrito no gráfico 1.

Considerando a redução do IMC por sexo, neste estudo demonstrou que a perda de peso foi um pouco maior no sexo masculino em comparação com o sexo feminino, conforme demonstra o gráfico 2.

Os pacientes foram questionados quanto ao nível de satisfação com o uso da auriculoterapia como tratamento complementar da obesidade e 100% relataram está muito satisfeito com o tratamento. Dentre os efeitos percebidos com o uso da auriculoterapia, a redução do apetite foi relatada por 80% dos participantes.

Ao final das intervenções os participantes foram questionados se os mesmos indicariam a auriculoterapia como tratamento complementar da obesidade e 100% afirmaram positivamente.

Gráfico 1 – Redução de IMC de indivíduos obesos com a prática de auriculoterapia como tratamento complementar na obesidade.

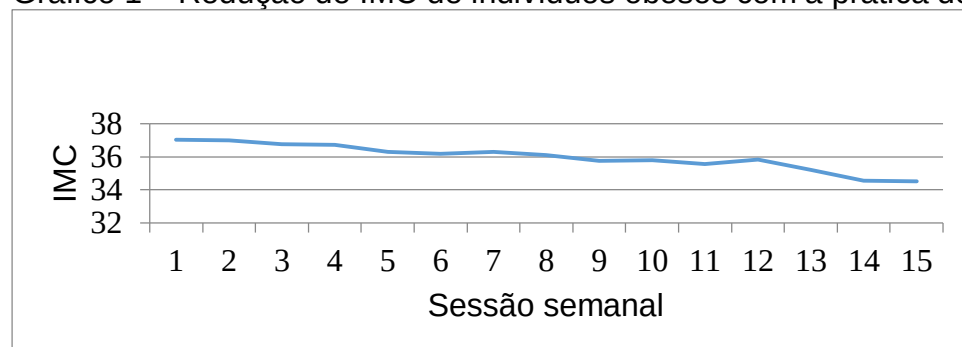
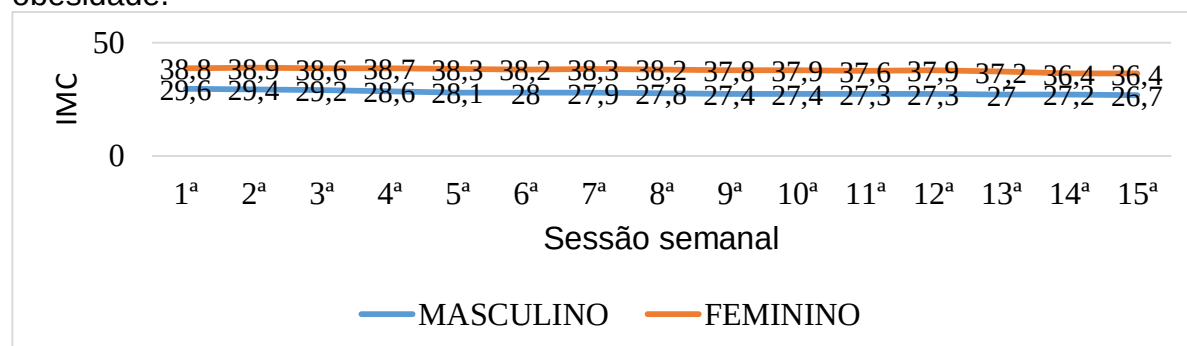


Gráfico 2 – Redução de IMC por sexo em indivíduos obesos com a prática de auriculoterapia como tratamento complementar da obesidade.



Quadro 1 – Média e desvio padrão da avaliação antropométrica e bioquímica dos integrantes que participaram de ações de promoção à saúde – Vitória de Santo Antão/PE, 2013.

Antropometria	Intervenções de Promoção a Saúde						Diferenças entre Grupos*
	I (n=9)	II (n=9)	III (n=9)	IV (n=8)	V (n=3)	VI (n=3)	
Índice de Massa Corporal	40,08±6,19	39,78±6,07	38,25±6,49	38,43±7,10	41,56±8,15	39,62±7,66	I≠III, II≠III, V≠VI
Circunferência da Cintura	112,30±11,19	109,99±9,77	110,31±11,30	110,10±10,61	113,33±10,69	109,33±15,69	-
Circunferência do Quadril	120,04±11,52	120,29±11,03	118,27±10,63	117,45±13,82	126,66±14,18	122,00±18,50	-
Razão cintura-quadril	0,95±0,06	0,95±0,06	0,96±0,054	0,97±0,05	0,89±0,01	0,89±0,02	-
Circunferência do pescoço	36,44±2,83	35,78±2,44	34,83±2,00	35,69±2,34	41,00±2,64	38,33±5,13	I≠III
Glicose	111,40±73,29	-	-	-	-	132,60±66,13	-
Colesterol total	209,20±53,57	-	-	-	-	209,40±49,72	-
LDL	137,40±54,23	-	-	-	-	140,80±42,89	-
HDL	45,40±5,12	-	-	-	-	39,00±6,32	-
Triglicerídeo	132,40±41,90	-	-	-	-	149,20±93,67	-

Ácido úrico	3,60±1,67	-	-	-	-	4,00±1,41	-
TGO	32,40±13,61	-	-	-	-	23,80±5,49	-
TGP	31,80±24,78	-	-	-	-	20,00±6,40	-

Discussão

Os dados deste estudo demonstraram significância estatística quanto a perda de peso de indivíduos obesos utilizando a auriculoterapia como tratamento complementar na obesidade. A auriculoterapia consiste em tratar desequilíbrios energéticos através de estímulos em pontos reflexos localizados no pavilhão auricular. A estimulação de tais pontos no tratamento da obesidade tem o objetivo de equilíbrio geral do corpo, a diminuição da fome, da ansiedade, aumento do metabolismo, bem como efeitos positivos sobre os fatores emocionais envolvidos em causas da obesidade (REICKMANN, B.T., 2002; MACEDO, L.F et al., 2004; MELLO et al. 2004)

De acordo com a teoria da auriculoterapia cada ponto situado na orelha corresponde a órgãos e funções do corpo. O ouvido externo é innervado por vários nervos, incluindo o nervo vago, glossofaríngeo, trigêmeo, facial, dentre outros. A auriculoterapia é neuromodulatória, envia mensagem para o sistema nervoso, que por sua vez manda estímulo ao ponto que está sendo trabalhado. Uma das hipóteses para explicar a eficiência desta prática seria a de que a estimulação do nervo auricular provoca interferências nos sinais de apetite e no trato gastrointestinal (LACEY, J.M.; 2003; SUN, Q; XU, Y., 1993; BUEVICH, V. et al., 2010)

Dumitrescu (1996) e Souza (1996) acrescentam que a estimulação dos pontos auriculares por meio de agulhas e/ou sementes gera um estímulo periférico a partir da orelha, o qual desencadeia uma série de reações neurológicas e bioquímicas no sistema nervoso central, promovendo a liberação de substâncias como endorfina e encefalina por parte do cérebro.

Os pontos auriculares utilizados neste estudo foram Sistema Nervoso Simpático, rim, Shemen, boca, estômago, fome (bilateral), ansiedade (1,2,3), endócrino, metabolismo, sede e vício. Segundo Cabyoglu (2006) a estimulação do ponto fome gera um sentimento de saciedade e satisfação. E o ponto estômago, reduz o apetite, assim combinado com o ponto boca provoca uma potencialização do tratamento. A estimulação do ponto endócrino tende a acelerar o metabolismo levando a uma maior eficiência na queima de calorias e de gorduras. O ponto ansiedade e triângulo cibernético (Sistema Nervoso Simpático, rim, shemen) atua reduzindo a ansiedade por meio da restauração do equilíbrio energético o que pode auxiliar o indivíduo que devido a mudança de hábitos, com a restrição alimentar pode começar a sentir ansiedade (CABYOGLU, M. T. et al., 2006)

Todos os participantes do estudo receberam ações de promoção à saúde como intervenção no tratamento da obesidade. Embora os resultados não tenham levado a mudanças significativas na avaliação antropométrica dos indivíduos, observa-se que a obesidade é uma condição de difícil manejo e há necessidade de abordagem multidisciplinar e de variadas estratégias que busquem a mudança no estilo de vida, como novos hábitos alimentares e maior gasto energético (SOUSA, R., 2007)

Considerando a técnica adotada, a literatura aponta os resultados positivos advindos de intervenções conduzidas em grupo, graças ao favorecimento de redes de cuidado que geram sujeitos ativos e espaço onde as pessoas podem superar suas dificuldades e obter maior autonomia. Ademais, neste tipo de intervenção tem-se um estreitamento da relação entre a equipe multiprofissional e usuário, fortalecendo a aliança terapêutica²⁶.

Estudo randomizado com 62 indivíduos conduzido baseado em metodologia semelhante a esta pesquisa em que ambos os grupos inicialmente receberam educação em saúde, modificação do estilo de vida, sendo dividido em grupo controle que recebeu auriculoterapia placebo e o grupo experimental que foi adicionado os pontos auriculares para perda de peso demonstrou que após 4 semanas de tratamento com a auriculoterapia o IMC diminuiu significativamente em comparação ao grupo controle (SANTOS, I. S., 2009). Todos os integrantes desta pesquisa que receberam intervenção com a auriculoterapia afirmaram ter ficado muito satisfeito com o tratamento, bem como relataram que recomendariam a outras pessoas a terapia auricular como tratamento complementar da obesidade. As razões para essa aprovação se refere ao fato de que os pacientes relataram ter percebido efeitos com o uso da prática, tais como diminuição do apetite, diminuição da ansiedade, melhora do funcionamento intestinal e melhora no sono. Afirmaram ainda sensação de bem estar ao término de cada intervenção semanal

A grande resposta positiva encontrada nesta pesquisa com uso complementar da terapia auricular no tratamento da obesidade é que a intervenção através da Medicina Tradicional Chinesa avalia o estado geral da saúde do indivíduo considerando tanto o componente mental quanto o componente físico, ou seja, a saúde como um todo no indivíduo.

Quanto a redução do IMC considerando o sexo observou-se uma maior perda de peso no sexo masculino em comparação com o feminino. No geral, os homens têm mais massa muscular do que as mulheres, motivo pelo qual perdem peso com mais facilidade, visto que os músculos promovem a maior parte das reações químicas que transformam nutrientes em energia o que garante a queima calórica. Pesquisa realizada constatou que, em 12 semanas, 91% dos homens que fizeram dieta e foram incluídos no estudo perderam 5% de seu peso, enquanto que apenas 53% das mulheres conseguiram perder esse percentual de peso no mesmo período. Os dados também mostraram que, depois de 12 semanas, a perda média de peso entre as mulheres foi de 6,8kg, e entre os homens foi de 10,6kg (Jensen MD, et al., 2013)

Muitos ensaios clínicos publicados apresentam dificuldades e limitações metodológicas, é conveniente mencionar que a relação entre o profissional que realizou as intervenções de auriculoterapia e o paciente durante o tratamento tem também extrema importância na eficácia e nos resultados alcançados, e não deve ser desprezada como efeito não específico ou placebo. Mas, por outro lado foi realizado um número elevado de intervenções de auriculoterapia e ações de promoção à saúde que trouxeram benefícios aos indivíduos participantes do estudo e ficou constatado que o acréscimo da acupuntura auricular promoveu melhor funcionamento do organismo que levou a perda de peso, revelando resultados satisfatórios.

Conclusão

O acréscimo da auriculoterapia como tratamento complementar da obesidade revelou resultados satisfatórios, pois todo o organismo é trabalhado conjuntamente e o emagrecimento se processa de forma lenta e gradual, além de ter a vantagem de apresentar poucos efeitos colaterais, com baixo custo, o que sugere que esta técnica pode ser utilizada como estratégia a fim de ampliar as dimensões do cuidado a indivíduos com obesidade, visto as múltiplas causas desta doença.

Referências

BUEVICH, V.; BOZHKO, A.; VTOROVA, L.; FEDROV, A. Acupuncture and

CABYOGLU, M. T.; ERGENE, N.; TAN, U. The treatment of Obesity by Acupuncture. J. Intern. Neuroscience, v.116, p.165-175, 2006.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Adesão, programas de promoção da atividade física e saúde: elementos para uma avaliação. Ciência e Saúde Coletiva, p-207-279, 2005.

FERREIRA, Marcos Santos; NAJAR, Alberto Lopes. Adesão, programas de promoção da atividade física e saúde: elementos para uma avaliação. Ciência e Saúde Coletiva, p-207-279, 2005.

Jensen MD, et al. A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and The Obesity Society. Obesity Guideline, 2013.

LACEY, J.M.; TERSHAKOVEC, A.M.; FOSTER, G.D. Acupuncture for the treatment of obesity: a review of the evidence. International J of Obesity, 27, 419–427; 2003.

MACEDO, L.F; DA SILVA, J.R.T; DA SILVA, M.L. Correlação da acupuntura sistêmica e auricular em pacientes obesos e a disfunção dos meridianos do baço/pâncreas e rim. Sociedade Brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas, v.1, n.4, 2004.

MARTINI, L.; CARDOSO, M.; SANTOS, M.C. Medicina Tradicional Chinesa no

MELLO et al. Efeitos diferenciais da acupuntura auricular em pacientes com sobrepeso corpóreo submetidos a cinesioterapia aeróbica sistêmica. Sociedade brasileira de Fisioterapeutas Acupunturistas, v.1, n.2, 2004.

MENDONÇA CP, DOS ANJOS LA. Aspectos das práticas alimentares e da atividade física como determinantes do crescimento do sobrepeso/obesidade no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2004;20(3):698-709.

Psychotherapy in the Complex Treatment of Obesity. Medical Acupuncture. Rússia, v.22, n.3, p.187-190, 2010.

DUMITRESCU, I. F. I. Acupuntura científica moderna. São Paulo: Andrei, 1996. p. 219-260.

SOUZA, M. P. Tratado de auriculoterapia. Brasília: Look, 1996. p. 27-175.

REICKMANN, B.T. Auriculoterapia – Fundamentos de acupuntura auricular. Curitiba. Tecnodata, 2002.

SANTOS, I. S. Avaliação do impacto de programas nutricionais. Revista de Nutrição, Campinas, v.22, n.1, p. 141-150, 2009.

SOUSA, R. M. R. P. et al. Overweight and obesity prevalence in employees of healthcare units in Teresina, Piauí, Brazil, Rev. Nutr., Campinas, v. 20, n. 5, 2007.

SOUZA, Marcelo Pereira. Tratado de auticuloterapia. Brasília: Instituto Yang, 2001.

SUN, Q; XU, Y. A survey of the treatment of obesity by traditional Chinese medicine. J Tradit Chin Med., 13: 124–128; 1993.

tratamento da obesidade. 2009.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. Obesity – preventing and managing the global epidemic. Geneva: Report of a WHO Consultation on Obesity, 1998.

Agradecimentos

Agradeço imensamente a Equipe Saúde da Família Jardim Ipiranga, município de Vitória de Santo Antão/PE, aos alunos do grupo PET Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Básica e aos meus queridos usuários que se dispuseram a participar da pesquisa durante os oito meses de intervenção.

AUTOCUIDADO E TRATAMENTO ALTERNATIVO NO CONTROLE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Renata Carneiro Ferreira – Universidade de Fortaleza (UNIFOR) renatacarneiro17@gmail.com
Carla Daniele Mota Rêgo Viana - Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE)

Palavras-chave: Autocuidado. Hipertensão. Enfermeiro.

Resumo

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença nem sempre detectada pelos portadores, podendo comprometer seriamente a sua qualidade de vida. Entre as mais graves consequências da HAS estão as doenças cardiovasculares, principais causas de óbitos no Brasil. Para diminuir a morbimortalidade desses pacientes, a promoção da saúde e atividades de educação juntamente com o compromisso dos profissionais na atenção básica, reflete de maneira significativa na qualidade de vida dos pacientes hipertensos. Através deste contexto o estudo relata a vivência no nível de atenção primária, como profissional enfermeiro, na busca por um tratamento alternativo para o autocuidado no controle da hipertensão arterial, narrando a experiência observada em um grupo de hipertensos e seus resultados. O estudo foi relatado em Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS), no decorrer do ano de 2012. A partir da formação do grupo, iniciamos o cuidado de enfermagem com os hipertensos, através de atividades de alongamento, caminhada, dentre outras, utilizando continuamente, a observação participante e a entrevista informal, como formas de captar informações.

Introdução

A HAS, considerada uma doença crônica, pode ser influenciada pelo grau de participação do indivíduo portador de tal patologia em seu tratamento, dependendo de fatores como a aceitação da doença, controle e conhecimento da mesma e aparecimento de complicações. (KOCHAR; WOODS, 1990).

A HAS, além de ser um dos principais problemas de saúde pública no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. (MION et al, 2002).

A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamentos e controlar os índices de pacientes hipertensos. O conhecimento das doenças está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. (SILVA et al, 2003)

Apesar de consolidada a relação entre hipertensão arterial e os fatores nutricionais, ainda não são bem esclarecidos os mecanismos de atuação destes sobre a elevação da pressão arterial. São conhecidos, no entanto, os efeitos de uma dieta saudável (rica em frutas e vegetais e pobre em gordura) sobre o comportamento dos níveis pressóricos. Dentre os fatores nutricionais estudados e que se associam à alta prevalência de hipertensão arterial estão o elevado consumo de álcool, sódio e excesso de peso. Recentemente vêm sendo, também, associados o consumo de potássio, cálcio e magnésio, os quais atenuariam o progressivo aumento dos níveis pressóricos com a idade. (BRASIL, 2002)

Diversos esforços têm sido feitos para validar a morbidade auto referida para hipertensão arterial, assim como para conhecer os seus determinantes. A abordagem multiprofissional aos pacientes portadores de doenças crônicas é uma delas, e, tem sido aceita como mais um reforço na estratégia para se melhorar a aderência destes pacientes ao tratamento em questão (BARRETO et al, 2001).

Assim, em nossa vivência profissional, observou-se a necessidade do acompanhamento de enfermagem nas orientações, nas trocas de experiências e educação em saúde para uma melhoria, não apenas nos níveis pressóricos, mas também, na qualidade de vida dos clientes hipertensos.

Diante das novas aquisições científicas e da complexidade do problema, torna-se necessária a revisão dos conceitos e da abordagem utilizada no autocuidado da hipertensão arterial. Com isso, este estudo justifica-se na necessidade da existência de métodos alternativos que sejam de fácil compreensão para minimizar os efeitos da HAS e que aumentem a adesão à terapia medicamentosa e às orientações.

Desta forma o estudo objetiva relatar a nossa vivência no nível de atenção primária, como profissional enfermeiro, na busca por um tratamento alternativo para o autocuidado no controle da hipertensão arterial, narrando a experiência observada em um grupo de hipertensos e seus resultados.

Metodologia

As atividades realizadas pela equipe de enfermagem da Estratégia de Saúde da Família (ESF) consistem em atendimento (pré-consultas, pós-consultas e consultas) com a participação de outros profissionais em reuniões com os pacientes e realização de trabalhos de pesquisa com a equipe multiprofissional e coordenação do serviço. (BRASIL, 2009)

O estudo foi realizado em uma Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) da cidade de Fortaleza, Ceará, no ano de 2012. Os participantes foram os pacientes hipertensos cadastrados na respectiva unidade de saúde, que residem na área de abrangência e são atendidos pelas equipes da ESF.

A partir da formação do grupo, iniciamos o cuidado de enfermagem com os hipertensos, através de atividades de alongamento, caminhada, dentre outras, utilizando continuamente, a observação participante e a entrevista informal, como formas de captar informações.

Todos os pacientes que procuram a unidade de saúde recebem a primeira assistência da enfermagem, em uma pré-consulta, com o objetivo de tirar os pacientes realmente hipertensos e facilitar a matrícula daqueles que necessitam de acompanhamento; os demais são encaminhados para outros serviços quando necessário, e orientados quanto a fatores de risco para doenças cardiovasculares, sendo recomendado retorno mensal. Quando diagnosticada a hipertensão, o paciente recebe as primeiras orientações relativas às medidas higiênico-dietéticas visando buscar as mudanças de comportamento necessárias.

É um momento para reforço das orientações e uma oportunidade para que os pacientes expressem suas dúvidas e anseios. O enfermeiro utiliza de material educativo para as necessidades de cada um (obesidade, hipertensão, hipercolesterolemia, etc.) explicando cada item e questionando o paciente sobre o seu entendimento. Utilizando-se para registro das informações a mesma folha de evolução usada por todos. Além do material educativo, o paciente recebe também um cartão-convite para as atividades educativas em grupo.

Durante a pós-consulta são fornecidos os medicamentos prescritos e é orientado sobre a importância da adesão ao tratamento. A

enfermagem tem se valido desta oportunidade para incentivar a participação dos indivíduos através do autocuidado no tratamento da Hipertensão Arterial.

As atividades educativas promovidas pela equipe de saúde são direcionadas para o grupo de hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde. Por ter uma predominância de idosos, as atividades são elaboradas conforme a capacidade dessa faixa etária e tem como meta resgatar a auto-estima e inseri-los no contexto social de acordo com suas carências.

Resultados e Discussão

COLABORADORES NA FORMAÇÃO DO GRUPO

O planejamento das atividades com o grupo de hipertensos contou com a parceria de alguns profissionais, que desenvolvem atividades no Centro de Saúde como; médico e educador físico e nutricionista. Essa ajuda possibilitou a escolha e adequação de atividades a esta população.

Os médicos das equipes apoiaram a formação do grupo e participaram com a avaliação quanto à aptidão para prática de atividades físicas (caminhadas e exercícios de alongamento). Aqueles que apresentaram contra-indicações na realização de atividades físicas, participaram das demais atividades (atividades recreativas e terapia comunitária). Utilizamos as recomendações de um estudo que incentiva atividades gratificantes, recreativas, motivadoras, integradoras e socializadoras.

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS COM OS HIPERTENSOS

Caminhadas

A opção pela caminhada ocorreu pelo fato dos mesmos não apresentarem atividade física regular, o que pode potencializar as alterações do processo de envelhecimento. Para a prática da caminhada, orientamos sobre a importância de vestuário adequado, para prevenir traumas músculo-esqueléticos, alimentação, hidratação, prática contínua e regular. Esta atividade era feita no horário da manhã, das 6:30h às 7:00h. Apesar do grupo constar de 250 hipertensos cadastrados, participam da caminhada, em média, 90 hipertensos, pois alguns apresentavam contra-indicação na prática desta atividade. Havia ainda, os que eram resistentes em praticar atividade física.

Alongamento

O alongamento foi uma estratégia escolhida para melhorar mobilidade e flexibilidade dos hipertensos do grupo, por serem em sua maioria idosos a amplitude dos movimentos é limitada. Logo após a caminhada eram realizados exercícios de alongamento durante 30 minutos. As atividades realizadas resultaram das recomendações da literatura consultada, e do próprio educador físico que fazia parte da equipe da unidade de saúde. Propusemo-nos, principalmente, a realizar exercícios de alongamento dos músculos cervicais, da coluna torácica e lombar, dos membros inferiores e superiores.

Recreação

Os pacientes não dispunham de recursos na comunidade para a realização de atividades recreativas e de lazer. Sabe-se que a recreação, possibilita interações sociais, sentimentos agradáveis de alegria e bem-estar (SILVA et al, 2003). Procuramos realizar as atividades recreativas após o alongamento, de forma lúdica, resgatando brincadeiras e músicas conhecidas pelos idosos da sua infância e adolescência, trazendo a tona sentimentos e lembranças positivas, sendo sugeridas, tanto pelo grupo, quanto pelas enfermeiras.

Promoção da saúde física

O organismo envelhece transforma-se e vai perdendo suas competências. À medida que os anos passam essas transformações vão sendo acentuadas e podem gerar doenças como artrose, problemas cardiovasculares, respiratórios, obesidade, ansiedade, depressão, dentre outras. Diante de todas essas possíveis alterações, a atividade física age positivamente, seja como forma de prevenção de doenças ou manutenção da saúde. (GEIS, RUBI, 2001)

Muitos dos hipertensos relataram a importância do grupo em suas vidas, enfocando a melhoria no aspecto biológico, pois muitos deles já tinham alterações físicas que comprometiam o atendimento de suas necessidades.

Ao iniciar, continuar ou potencializar atividade física, o hipertenso experimenta uma mudança significativa em sua vida, ajudando a aumentar o seu equilíbrio pessoal, melhorando o seu estado de ânimo, sua mobilidade, seus reflexos, sua postura e agilidade, influenciando, assim, na sua qualidade de vida.

Promoção da socialização

Um dos problemas de Enfermagem percebidos em hipertensos idosos é o risco para a solidão, em que muitos perderam seu núcleo social de trabalho. Ao se aposentarem, alguns deles ficaram viúvos, perdendo seus entes queridos e geralmente seus filhos já saíram de casa. Neste contexto, as atividades em grupo podem ajudar a superar esses problemas, já que o grupo permite atividades sociais, relacionais e de movimentos. (GEIS, RUBI, 2001)

Os relatos dos hipertensos idosos que têm vivenciado o trabalho em grupo ratificam as considerações dos autores acima citados quanto à melhoria da integração social dos mesmos.

A participação de hipertensos idosos em atividades em grupo representa um aspecto diferencial, no rumo de suas histórias de vida, pois favorece a vivência de um estado de plenitude e bem-estar, que possibilita um reforço em seu sentido existencial, ajudando a perceber seu futuro como uma história em construção. (SILVA et al, 2003)

Em hipertensos idosos, em particular, a convivência em grupo é importante para um perfeito equilíbrio biopsicossocial, reduzindo ou removendo conflitos pessoais e ambientais, facilitando a socialização e oferecendo suporte social para enfrentar as dificuldades que surgem com o envelhecimento. Contribui, dessa forma, para uma melhor qualidade de vida. (GEIS, RUBI, 2001)

Sendo assim, pudemos observar que os hipertensos idosos, realmente, não tinham uma vida de socialização adequada para a satisfação de seus anseios. E com as atividades em grupo, constatamos que os mesmos conseguiram reencontrar diferentes modos de viver que lhes proporcionaram resgate de valores, cuja falta já não era sequer, notada por eles.

A literatura têm reportado em diferentes países, a importância de programas educativos para promover maior adesão ao tratamento, resultando em melhor controle da hipertensão arterial e/ou diabetes (AMBROSIO et al, 1997). Em nosso meio, poucas publicações relatam esse tipo de estudo e, quando o fazem, incluem grupos pequenos de pacientes, com acompanhamento de curto prazo, embora apontem resultados favoráveis (SANTOS, BARACHO, 1995; MAIA, ARAÚJO, 2002)

Além disso, os estudos referem-se a intervenções que se limitam a um elenco de conferências, sobre informações a respeito da doença, suas complicações e os cuidados que demandam. Não há trabalhos mostrando intervenções na educação do autocontrole da doença nem sobre seguimento regular, vinculado às consultas médicas e à garantia do fornecimento da medicação. É possível que somente em serviços de saúde em que o agendamento de consultas possa ser determinado pelo agente da intervenção, seja possível realizar esse tipo de trabalho, em função da dificuldade em se manter um grupo de pacientes em acompanhamento por meses, quando a procura por consultas seja determinada pelos pacientes.

O nosso programa operou além da intervenção de orientação sobre a doença, suas complicações e os cuidados que devem ser tomados, um seguimento regular, associado à garantia do fornecimento de medicamentos, controles da doença (hipertensão) e

atendimento preferencial em intercorrências. Os resultados obtidos demonstraram melhora absoluta e relativa nos níveis de pressão arterial e glicêmico. Não houve um controle absoluto sobre todos os determinantes de baixa adesão, como conhecimento da doença, uso regular da medicação, controle periódico da pressão, convocação de faltosos, homogeneização dos grupos, etc., no entanto, a eficácia das intervenções ficou comprovada.

Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação de equipe multiprofissional.

Na intervenção sobre os grupos de pacientes, foi utilizado um modelo de educação interativa, segundo o qual os pacientes eram estimulados a identificar suas necessidades e dificuldades, refletindo sobre as situações cotidianas. A troca de vivências e experiências entre os membros do grupo foi direcionada para proporcionar a essa população específica os conhecimentos necessários sobre doença, seus determinantes e seu controle. (GREENHALGH et al, 2005).

O seguimento regular por longo período de tempo estreitou a relação entre os profissionais e os pacientes, favorecendo a adesão ao tratamento. Para uma população carente, a garantia do fornecimento regular da medicação é fundamental para a eficácia do tratamento. Os resultados poderiam ter sido maximizados se houvessem mais profissionais na equipe da unidade como um todo, no envolvimento com o trabalho, e da Coordenadoria de Saúde, na disponibilização de mais recursos de infra-estrutura.

Os bons resultados foram obtidos, apesar de algumas dificuldades que interferiram na qualidade das intervenções realizadas, como por exemplo: as limitações impostas pela padronização dos medicamentos disponibilizados na unidade básica de saúde. Nos casos mais graves, essas limitações impediram a utilização de outras classes de medicamentos, muitas vezes, necessárias. O mesmo se aplica aos exames subsidiários. A referência e a contra-referência no atendimento dos pacientes certamente propiciariam melhora na saúde deles, economia de recursos ao sistema e racionalidade na atenção em saúde; no entanto, na prática, elas ainda não foram construídas.

À medida que o trabalho foi se consolidando, as dinâmicas de grupo demonstraram adequar-se melhor à demanda da população, revelando-se bastante úteis na ampliação do contato com os pacientes, ao se configurarem como um espaço de expressão mais autêntica. Progressivamente, as pessoas mostram fragmentos da realidade vivida (em várias instâncias) os quais não são revelados durante a consulta médica, como por exemplo, a falta de esclarecimento sobre situações simples do seu cotidiano.

Outra menção feita pelos grupos refere-se aos fatores que os pacientes associam ao aumento da pressão. Inicialmente, eles praticamente só enfatizavam o aumento dos índices com abusos alimentares (incluindo bebidas) e com a não-ingestão dos medicamentos. Hoje, boa parte deles já reconhece a influência dos fatores emocionais na sua saúde (preocupação, problemas conjugais e familiares, violência, etc.) e procuram utilizar o espaço do grupo ou do atendimento individual para cuidar dessas questões.

Diversas vezes, pessoas verbalizaram que o simples fato de falar sobre os seus problemas e serem ouvidas por alguém interessado em ajudá-las era suficiente para proporcionar algum alívio. Também se mostrou fator benéfico o contato com a própria experiência e com os recursos de que passaram a dispor para lidar melhor com a questão da hipertensão, recursos esses sinalizados tanto pelos profissionais de saúde quanto pelo grupo. Por outro lado, tivemos a constatação de uma melhoria no controle da hipertensão e uma baixa significativa nos índices pressóricos dos pacientes.

Conclusão

Concluimos que, a atuação em Centros de Saúde com os hipertensos e o contato com outros profissionais de saúde comprometidos com esse programa, tem se mostrado uma excelente oportunidade para o controle e mudança de hábitos na vida dos pacientes. Buscamos tomadas de decisões mais sensíveis às diferentes demandas desse tipo de clientela, desenvolvendo a noção de que profissionais humanizados, capazes de possuir um olhar contextualizado sobre a pessoa a ser atendida e de desenvolver um trabalho integrado, estão aptos a prestar um serviço de melhor qualidade à comunidade.

Referências

- AMBROSIO, G.B. et al. Effects of interventions on community awareness and treatment of hypertension: results of a WHO study. Bulletin of the World Health Organization, Genebra, v.66, n.1, p.107-113, 1988.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Problemas e cuidados básicos. Brasília; 2002.
- GEIS, P.P.; RUBI, M.C. Movimiento creativo com personas mayores: recursos prácticos para montar tus sesiones. Lisboa: Paidotribo; 2001.
- GREENHALGH, T.; COLLARD, A.; BEGUM, N. Sharing stories: complex intervention for diabetes education in minority ethnic who do not speak English. BMJ, London, v.330, n.7492, p.628, 2005.
- KOCHAR, M. S.; WOODS, K. D. Controle da hipertensão: para enfermeiras e demais profissionais de saúde. 2. ed. São Paulo: Andrei, 1990. 317 p.
- MAIA, F.F.R., ARAÚJO, L.R. Projeto 'Diabetes Weekend': Proposta de Educação em Diabetes Mellitus tipo I. Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v.46, n.5, p.566- 573, 2002.
- MION, J.R. D. et al. Hipertensão Arterial: abordagem geral. Projeto Diretrizes AMB/CFM 2002a. Disponível em: <http://www.amb.org.br/>. Acesso em: 11 jun. 2011.
- SANTOS, M.G.N.; BARACHO, M.F.P. Educação em diabetes: uma experiência no Hospital do CRUTAC, UFRN, Sto. Antônio, RN. Revista Brasileira de Análises Clínicas, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.57-60, 1995.
- SILVA, D.G.V.; FRANCIONI, F.F.; NATIVIDADE, S.L.; AZEVEDO, M.; ANDOVAL, R.C.B.; DI'LORENZO, V.M. Grupos como possibilidade de desenvolver educação em saúde. Texto Contexto Enferm. v. 12, n. 1, 2003.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais que fazem parte da atenção primária que colaboraram com o desenvolvimento das atividades prestadas aos pacientes com hipertensão arterial.

AUTOCUIDADO EM PACIENTES DIABÉTICOS COM PÉ EM RISCO FUNDAMENTADO NA TEORIA DE OREM

Gabriela Gonçalves Silva - Graduanda em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. Email: by.gabi@hotmail.com

Luciana Catunda Gomes de Menezes – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Fabíola Vlândia Freire da Silva – Doutoranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Denizelle de Jesus Moreira Moura – Doutorado do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Ariane Alves Barros- Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Maria Vilani Cavalcante Guedes – Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave: Autocuidado. Diabetes mellitus. Enfermagem. Educação.

Resumo

Objetivou-se identificar os fatores condicionantes que interferem no autocuidado de diabéticos com pé em risco. Estudo descritivo e exploratório, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem, realizado com quarenta pacientes acompanhados em um centro de saúde de Fortaleza-CE. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2013, por meio de entrevista semiestruturada e avaliação clínica dos pés. Os achados mostraram que a maioria dos participantes era do sexo feminino, 27 (67,5 %); a idade variou de 32 a 90 anos; e 30 (75,0%) deles tinham idade superior a 54 anos. Como fatores de risco encontraram-se: inadequação na higiene, nos calçados e no corte das unhas; pele ressecada; rachaduras; formigamento; dentre outros. O autocuidado é prejudicado por deficiência de conhecimento e por questões sociais, econômicas e ambientais. Concluiu-se que a avaliação dos riscos para pé diabético e o incentivo a prática de autocuidado favorecem a superação das dificuldades que interferem na prevenção de agravos relacionados ao pé diabético.

Introdução

O *diabetes mellitus* (DM) é um dos problemas mundiais de saúde mais importantes da atualidade, por ser uma doença com elevada morbidade e mortalidade. O pé diabético é uma das mais graves complicações decorrentes do DM, fator responsável por muitas amputações, e caracterizado por infecção, ulceração e/ou destruição de tecidos profundos, associados a anormalidades neurológicas e vários graus de doença vascular periférica no membro inferior (*INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT*, 2011). Essa complicação gera expressivas modificações na qualidade de vida do indivíduo, pois um pé com lesões e, mais especificamente, amputado, irá impedi-lo de exercer atividades antes realizadas sem auxílio de outras pessoas. Comparando com não diabéticos, o diabético tem um risco de amputação em membro inferior 15 vezes maior, correspondendo a 70% das amputações não traumáticas (ANSELMO; NERY; PARISI, 2010). Ademais, 85% de todas as amputações são precedidas de uma ulceração (*INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT*, 2011). No Brasil, de acordo com estimativas, ocorrem 40.000 amputações por ano (AUDI et al., 2011). Contudo, metade das amputações podem ser prevenidas com a detecção precoce e o tratamento oportuno das manifestações clínicas, por meio de controle metabólico adequado, educação dos portadores e avaliação minuciosa dos pés por uma equipe multiprofissional (BRAGANÇA et al., 2010). Entretanto, apesar da relevância da avaliação dos pés no atendimento ao diabético, essa ainda é pouco efetuada nos serviços de saúde, principalmente no âmbito da atenção primária. Consequentemente, o grau de risco para desenvolvimento do pé diabético não é identificado em tempo hábil para que ações preventivas sejam implementadas pelos profissionais. Ressalta-se que o enfermeiro, como participante da equipe que acompanha esses pacientes, pode no processo de cuidar envolvê-los em cuidados emancipatórios, levando-os à prática do autocuidado. Neste estudo, os cuidados de enfermagem foram orientados pela Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem. De acordo com Orem o autocuidado diz respeito a condutas de caráter social, afetivo e psicológico, que promovem a satisfação das necessidades básicas do ser humano, contribuindo para a promoção da saúde e prevenção de complicações (OREM, 1995). O cuidado de enfermagem embasado nessa teoria tem sido uma opção para estimular a participação ativa da pessoa diabética no seu tratamento e, assim, aumentar sua responsabilidade nos resultados esperados, permitindo-lhe manter um bom relacionamento e consequentemente maior adesão ao tratamento proposto (SANTOS FILHO; RODRIGUES; SANTOS, 2008). Acentua-se que para um cuidado eficaz torna-se necessário considerar o ser humano como um ser individual, com suas crenças e valores, podendo influenciar na maneira como desempenha o autocuidado (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009). Ressalta-se que nem sempre a pessoa está apta a exercer o autocuidado, devido a fatores condicionantes como: idade, estado de desenvolvimento, orientação sociocultural, estado de saúde, sistema familiar, padrão de vida, recursos usados para adequação (rede de suporte social) (MENEZES et al., 2013). Diante do problema enfatizado questiona-se: quais os fatores condicionantes que interferem no autocuidado de diabéticos com pé em risco? O trabalho é relevante para a Enfermagem, pois seus resultados poderão contribuir para incentivar o enfermeiro a prestar orientação do autocuidado na prevenção de úlceras nos pés, e, dessa maneira, prevenir e/ou reduzir o número de amputações de membros inferiores delas decorrentes. O estudo objetivou conhecer os fatores condicionantes que interferem no autocuidado de pessoas com diabetes e com pé em risco.

Metodologia

Estudo descritivo e exploratório, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem. Participaram do estudo quarenta pessoas portadoras de DM acompanhadas em um Centro de Saúde da Família (CSF) no município de Fortaleza-Ceará-Brasil. Como critérios de inclusão constaram: ser maior de 18 anos, ter diagnóstico médico de *diabetes mellitus* tipo 2 há no mínimo três anos, e ser cadastrado e acompanhado regularmente no referido centro. Os dados foram coletados no período de março a agosto de 2013, por meio de entrevista semiestruturada e avaliação clínica dos pés. Na avaliação clínica dos pés focaram-se os aspectos circulatórios, dermatológicos, ortopédicos e neurológicos, utilizando-se para este último os seguintes aparelhos: Monofilamento de Nylon Semmes Weinstein 10g (para avaliar a sensibilidade pressórica) e Diapasão 128 Hertz (para a sensibilidade vibratória). De posse dos dados, passou-se a organizá-los e discuti-los com base na Teoria de Orem apoiada pela literatura referente à temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) sob o Parecer nº 201.279.

Resultados e Discussão

Caracterização sociodemográfica e clínica: os participantes do estudo eram em sua maioria do sexo feminino, 27 (67,5 %); a idade variou de 32 a 90 anos, com 30 (75,0%) deles apresentando idade superior a 54 anos. No Brasil, o primeiro censo nacional de DM realizado no final da década de 1980, avaliou a população urbana de 30 a 69 anos, e indicou igual prevalência nos dois sexos, mas aumentando com a progressão da idade e da adiposidade corporal. No entanto, é crescente também o número de pessoas afetadas por DM2 na idade mais jovem. No Japão, o DM2 já é mais comum que o DM1 (SBD, 2013), mas no Brasil ainda não se verifica uma epidemia de DM2 em jovens. Esse início precoce torna as complicações mais agressivas para as pessoas adoecidas e traz maiores custos para a saúde pública. No referente ao nível de escolaridade dos entrevistados, 19 (47,5%) referiram ser analfabetos ou possuírem ensino fundamental incompleto. Tal realidade resulta muitas vezes no não entendimento e na limitada compreensão do tratamento a ser seguido, sendo o grau de escolaridade considerado um dos indicadores socioeconômicos mais importantes, capaz de influenciar o autocuidado e o acesso às medidas preventivas e terapêuticas. Isto, porém, não deve interferir na atuação do profissional junto a essas pessoas, devendo buscar-se superar essas dificuldades através da interação entre paciente, serviço e profissionais (STEINVIL et al., 2008). Quanto à renda familiar, 29 (72,5%) declararam ser de um e menos de três salários mínimos, destacando-se também aqueles que recebiam menos de um salário mínimo, 7 (17,5%). Esta informação demonstra que a amostra estudada possui baixo poder aquisitivo, o qual pode acabar influenciando o adequado controle metabólico e assistência à saúde desta clientela. Segundo Santos Filho, Rodrigues e Santos (2008) os recursos financeiros são um dos constituintes do conjunto de fatores condicionantes básicos que influenciam as capacidades de autocuidado. Outro aspecto investigado foi o estado civil, onde verificou-se que 23 (57,5%) dos participantes eram casados. Estudos têm apontado a importância da participação e integração da família no plano de tratamento da pessoa com DM, tendo em vista a necessidade de contextualizar o cuidado com a saúde. As características do contexto familiar, mais especificamente o estado civil, estão significativamente relacionadas aos comportamentos de autocuidado do paciente (MARTIN et al., 2012), pois a pessoa recebe suporte emocional expressivo, e é encorajada por seu companheiro a adotar as mudanças no estilo de vida que lhe são impostas pela doença. Outro aspecto abordado no estudo fez referência ao conhecimento da DM pelos participantes. Dos entrevistados, 28 (70,0%) demonstraram possuir pouco conhecimento sobre a doença e complicações, enquanto apenas 3 (7,5%) tinham conhecimentos suficientes para evitar complicações e 9 (22,5%) as desconheciam completamente. O déficit de conhecimento sobre a doença e suas complicações poderá contribuir para o déficit de autocuidado, em virtude da desinformação sobre a melhor dieta, sinais, sintomas, complicações, cuidados com os pés, dentre outros. Para estimular a adesão ao tratamento é necessário o paciente apropriar-se das devidas informações sobre o DM e suas complicações, pois o conhecimento sobre sua doença é imprescindível na prevenção de complicações, no autocuidado e na manutenção do controle metabólico. Para Orem (1995) o processo desenvolvimental é um dos fatores que caracterizam a demanda do autocuidado, pois as dificuldades enfrentadas no cotidiano geram insatisfação, estresse, alterações metabólicas e desviam a atenção da clientela no tocante ao desempenho e manutenção de comportamentos voltados para a saúde. Essas diferentes demandas terapêuticas pontuam deficiência de conhecimento, desinteresse e falta de motivação relacionada à doença. Ante a situação, a assistência de enfermagem nesse grupo merece atenção especial, pois requer dos profissionais de saúde um olhar diferenciado e ampliado, abrangendo não somente o aspecto da doença, mas todo o contexto que o envolve.

Caracterização das alterações nos membros inferiores decorrentes do *diabetes mellitus*: Consoante se pôde verificar, a insensibilidade tátil-pressórica plantar decorrente de neuropatia periférica, foi visualizada em 50,0% dos participantes. Dentre a população estudada, 20 (50,0%) não apresentavam doença neuropática, 10 (25,0%) tinham grau 2 com presença de neuropatia, 9 (22,5%) grau 3 com neuropatia, sinais de doença vascular periférica (DVP) e/ou deformidades nos pés, e apenas 1 (2,5%) apresentava grau 4 com úlcera prévia evoluindo para amputação. Feita a identificação do grau de risco, há necessidade da atuação da enfermeira junto ao paciente. Conforme a Teoria de Orem, o enfermeiro pode atuar nos três sistemas de enfermagem: sistema totalmente compensatório, sistema parcialmente compensatório e sistema apoio-educação. O sistema totalmente compensatório é utilizado quando o cliente apresenta dificuldades para atender às necessidades de autocuidado; o parcialmente compensatório é aplicado quando o cliente apresenta algumas dificuldades para atender às necessidades de autocuidado e o sistema de apoio-educação, quando o paciente necessita adquirir conhecimento e habilidade para se autocuidar (OREM, 1995). Neste último, a atuação envolve o fazer, ensinar, orientar, supervisionar e proporcionar um ambiente de apoio ao desenvolvimento de autoexame dos pés. O *International Consensus on the diabetic foot* (2011) preconiza os conceitos básicos sobre os cuidados com os pés e estratégias de diagnóstico, terapias e prevenção. Intervenções recomendadas pelo Consenso com o manejo do pé diabético são definidas de acordo com os graus de risco estabelecido após diagnóstico realizado de modo criterioso. O diagnóstico do pé diabético é feito, principalmente, pelos sintomas da neuropatia: presença de deformidades, DVP, limitação da mobilidade das articulações, pequenos traumas, história de ulceração ou amputação. Para a identificação de risco, o *International Consensus on the diabetic foot* (2011) recomenda se proceder à avaliação do risco neuropático para ulceração empregando instrumentos como: o Monofilamento Semmes-Weinstein 10g em três pontos na região plantar, o diapasão de 128 Hertz e o teste do reflexo do Aquileu. Já a DVP é detectada pela ausência ou diminuição dos pulsos pedioso e tibial posterior e outros sinais e sintomas. Na avaliação da biomecânica do pé, é necessário identificar os locais específicos de pressão, os quais geralmente estão associados às calosidades, que poderão ser reduzidas com o uso de palmilhas e calçados adequados (*INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT*, 2011). De acordo com os dados obtidos nessa pesquisa há uma clara tendência de complicações nos pacientes em estágios avançados. Nas consultas de enfermagem além dos cuidados clínicos, também os cuidados educativos devem ser prestados no intuito de empoderar e emancipar o paciente para seu autocuidado. Essa avaliação é resultado do exame físico dos pés, que incluiu a inspeção da pele, unhas, do tecido subcutâneo e da estrutura dos pés, a palpação dos pulsos arteriais tibiais posteriores e pediosos e a avaliação da sensibilidade protetora plantar. Conforme os dados, as alterações dermatológicas mais observadas foram: higiene dos pés inadequada em 28 (70,0%) dos indivíduos, 26 (65,0%) com calçados inadequados, 24 (60,0%) corte inadequadas das unhas, 6 (15,0%) apresentavam úlceras, 2 (5,0%) onicomicose e 2 (5,0%) tinham calosidades. Essas informações são importantes para a avaliação do autocuidado que o diabético dedica aos pés, pois quando ele manifesta dificuldades para realizar algum cuidado este deverá ser executado por familiares treinados ou por profissionais especializados. Diante do déficit de autocuidado por incapacidade de cuidar de si, ou pela incapacidade dos familiares o fazerem, em estados de necessidades relacionadas à saúde, a enfermagem surge como um serviço humano, profissional, com capacidade para prover e ajudar os indivíduos no gerenciamento do cuidado próprio (OREM, 1995). Como recomendado, na avaliação neurológica foram empregados os testes de sensibilidade vibratória, pressórica, dolorosa e o teste do reflexo de Aquileu. Constatou-se através do Monofilamento de Nylon Semmes-Weinstein 10g que 20 (50,0%) sujeitos tiveram sensibilidade pressórica alterada. A sensibilidade vibratória verificada com o Diapasão 128 Hertz revelou-se presente em 8 (20,0%) participantes. Na pesquisa dos reflexos tendinosos com a utilização de um martelo neurológico básico, 8 (20,0%) dos sujeitos demonstraram sensibilidade e apenas 4 (10,0%) tiveram alterações no teste de sensibilidade dolorosa com o pino no dorso do pé. As alterações neurológicas mais evidenciadas foram: ressecamento da pele em 35 (87,5%), adormecimento em 23 (57,5%), rachaduras em 22 (55,0%) e formigamento em 17 (42,5%).

Ressalta-se que o exame neurológico regular dos pés de todos os pacientes diabéticos é fundamental, sendo necessário que todos os profissionais de saúde que trabalham com esses pacientes estejam capacitados para essa avaliação. Nos aspectos ortopédicos, 11 (27,5%) apresentavam deformidades nos pés, consequentes da neuropatia. Identificaram-se 5 (12,5%) com dedos em garra, 2 (5,0%) com pé cavun, 2 (5,0%) Charcot, 1 (2,5%) com dedos em martelo e 1 (2,5%) com dedos sobrepostos. Esses aspectos são essenciais na avaliação por serem fatores relacionados à formação de calos e ulcerações. A pressão plantar conduz à formação de calosidade, e esta propiciará ainda um aumento da pressão local, vista como uma causa significativa de úlcera. Como proposto, o uso do calçado adequado pode prevenir e reduzir o desenvolvimento de calosidades em consequência da diminuição da pressão local. Ao se utilizar os calçados protetores, previne-se entre 60% e 85% de recorrência de úlceras (*INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT*, 2011). Contudo, a adesão ao uso de sapatos protetores é um problema frequente, talvez em virtude do custo ou por questões estéticas, pois o estilo e a aparência do sapato influenciam na adesão ao seu uso (FARJADO, 2006). Na avaliação circulatória, dos quarenta pesquisados, 23 (57,5%) apresentaram diminuição dos pelos, 7 (17,5%) algum grau de edema nos membros inferiores, 7 (17,5%) dor ao repouso e apenas 3 (7,5%) alteração no pulso pedioso e tibial. Diante dos achados, enfatiza-se a necessidade de se realizar um exame minucioso da pessoa afetada por DM (CAIAFA et al., 2011). Para enfrentar essa demanda requer-se a formação de uma equipe interdisciplinar, com vistas a um atendimento especializado em todos os níveis de atenção à saúde, cabendo aos profissionais buscar estratégias para proporcionar educação continuada conforme as necessidades individuais da pessoa com DM e dos familiares.

Conclusão

Diabéticos com pé em risco precisam de acompanhamento e motivação para melhor adaptar-se e, assim, promover o autocuidado eficaz. Ao final do presente estudo, foram obtidos achados clínicos importantes para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem a serem prestados de modo individual, integral e sistematizado. Dentre os principais fatores condicionantes para o autocuidado identificaram-se os seguintes: sexo, idade, escolaridade e renda familiar. O conhecimento dos fatores relacionados ao autocuidado de diabéticos em risco possibilitou a obtenção de dados que contribuem para implementação de estratégias e intervenções eficazes no seu processo de reabilitação. Esses dados podem, ainda, colaborar para o aperfeiçoamento de uma assistência de qualidade para fortalecer a prática educativa da enfermagem. Sugere-se a elaboração de tecnologias educativas emancipatórias para o autocuidado com vistas à promoção da saúde do diabético com pé em risco, como estratégia a ser utilizada pelo enfermeiro no auxílio a mudanças de hábitos de vida e diminuição de complicações. Acrescenta-se a necessidade de esclarecer as dúvidas e minimizar os medos, contemplando, sistematicamente, uma assistência integral e de qualidade. A aplicação da teoria de Orem na prática da enfermagem proporciona ao enfermeiro a oportunidade de planejar suas ações mediante identificação das demandas, estimulando a participação do diabético com o pé em risco na condução dos cuidados.

Referências

- ANSELMO, M. I.; NERY, M.; PARISI, M. C. R. The effectiveness of educational practice in diabetic foot: a view from Brazil. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 2010.
- AUDI, E. G.; MOREIRA, R. C.; MOREIRA, A. C. M. G.; PINHEIRO, E. F. C.; MANTOVANI, M. F.; ARAÚJO, A. G. Avaliação dos pés e classificação do risco para pé diabético: contribuições da enfermagem. *Cogitare Enferm.*, v. 16, n. 2, p. 240-246, abr./jun. 2011.
- BRAGANÇA, C. M.; GOMES, I. C.; FONSECA, M. R. C. C.; COLMANETTI, M. N. S.; VIEIRA, M. G.; SOUZA, M. F. M. Avaliação das práticas preventivas do pé diabético. *J Health Sci Inst.*, v. 28, n. 2, p.159-63, 2010.
- CAIAFA, J. S.; CASTRO, A. A.; DIDELIS, C.; SANTOS, V. P.; SILVA, E. S.; SITRÂNGULO J. R. C. J. Atenção integral ao portador de pé diabético. *J. Vasc. Bras.*, v. 10, n. 4, p. 1-32, 2011. Suplemento 1.
- FAJARDO, C. A importância do cuidado com o pé diabético: ações de prevenção e abordagem clínica. *Rev Bras Med Fam e Com.* Rio de Janeiro, v.2, n. 5, abr./jun. 2006.
- INTERNATIONAL CONSENSUS ON THE DIABETIC FOOT. [S.l.], 2011. 1 DVD.
- MARTIN, I. S.; BERALDO, A. A.; PASSERI, S. M.; FREITAS, M. C. F.; PACE, A. E. Causas referidas para o desenvolvimento de úlceras em pés de pessoas com diabetes mellitus. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 218-224, 2012.
- MENEZES, L. C. G.; GUEDES, M. V. C.; OLIVEIRA, R. M.; OLIVEIRA, S. K. P.; MENESES, L. S. T.; CASTRO, M. E. Prática de autocuidado de estomizados: contribuições da Teoria de Orem. *Rev. Rene, Fortaleza*, v. 14, n. 2, p. 301-310, 2013.
- OREM, D. E. *Nursing: concepts of practice*. 4 ed. New York: McGraw-Hill, 1995.
- SANTOS FILHO, C. V.; RODRIGUES, W. H. C.; SANTOS, R. B. Papéis de autocuidado: subsídios para enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes Mellitus. *Esc. Anna Nery [online]*, v.12, n.1, p.:125-129, 2008.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. *Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes*. 4 ed. Itapevi, SP: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2012-2013.
- STEINVIL, A.; SHIROM, A.; MELAMED, S.; TOKER, S.; JUSTO, D.; SAAR, N. Relation of educational level to inflammation-sensitive biomarker level. *Am J Cardiol.*, v.102, n. 8, p.:1034-1039, 2008.
- XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes – implicações para a prática. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 18, n. 1, p.:124-130, 2009.

AUTO-ESTIGMA ENTRE MÃES DE CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISMO

Stephanie Altobelli Rubinho – Universidade Presbiteriana Mackenzie – s.rubinho@hotmail.com

Ana Paula Cintra - Universidade Presbiteriana Mackenzie

Vanessa Strauss - Universidade Presbiteriana Mackenzie

Cristiane Silvestre de Paula (Orientador) – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Palavras-chave: estigma afiliado, transtorno autístico, mães.

Resumo

O Transtorno do Espectro do Autismo (TEA) é definido pelos déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais e padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades. Fatores como estigma podem trazer consequências negativas à vida destes indivíduos e dos que convivem ao seu redor, como familiares e amigos, sobretudo em condições socioeconômicas adversas. Por isso a presente pesquisa tem como objetivo descrever os níveis de auto-estigma entre mães de filhos com TEA segundo diferentes níveis socioeconômicos e gravidade. Um teste-piloto já foi realizado e está em andamento a participação de 50 mães de nível socioeconômico médio-alto e 50 mães de nível socioeconômico baixo em dois ambulatorios públicos e consultórios privados na cidade de São Paulo. Estão sendo utilizados os seguintes questionários estruturados autoaplicáveis: questionário de identificação, Autism Behavior Checklist (ABC - triagem para confirmação do diagnóstico TEA e gravidade dos sintomas), Questionário de Classificação Econômica Brasil (ABEP - instrumento para identificação de classes econômicas) e versão brasileira do *Affiliate Stigma Scale*. A entrevista com a mãe revelou baixos níveis de sentimentos positivos (como bem-estar, otimismo, resistência às adversidades, felicidade), altos níveis de sentimentos negativos (como estresse, depressão e isolamento social) e médio nível de auto-estigma - mais relacionado aos aspectos afetivos (como vergonha e culpa) e de comportamento (como isolamento social) do que cognição (como sentir-se inferior ou incompetente). Tais resultados são de grande importância para se tecer reflexões críticas a respeito do auto-estigma e nortear possíveis intervenções ainda escassas no âmbito nacional para a diminuição de tal fenômeno cujas implicações influenciam dramaticamente a vida dos indivíduos envolvidos.

Introdução

O TEA é definido a partir do DSM-V, por dois critérios: 1. déficits clinicamente significativos e persistentes na comunicação social e nas interações sociais 2. padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses e atividades (WING et AL, 2010; APA 2013). O uso do termo TEA aparece nos manuais de classificação pela primeira vez em 2013 com o DSM V. Desde a década de 60, estudos científicos demonstraram a existência de um fator genético multifatorial de diversas causas orgânicas relacionadas com a origem do autismo. Estas descobertas contrariaram diversas teorias e variadas abordagens que sugeriam, por exemplo, a culpabilização materna, no entanto colaboraram para a construção de mitos infundados, estereótipos e para a edificação do imaginário cultural sobre o tema, dentro e fora do campo científico (SCHWARTZMAN, 2011).

Há pouco mais de 50 anos, em 1963, Erving Goffman (1982) inaugurava as raízes das perspectivas contemporâneas em torno do termo estigma a partir do clássico livro *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Desde então, diversos estudos tem sido realizados na tentativa de se compreender a concepção, origem, relações e consequências deste poderoso fenômeno cuja complexidade estabelece-se de modo multi-nivelado (social, interpessoal e individual) nas diversas relações a partir de determinado contexto influenciando dramaticamente a vida dos indivíduos envolvidos, sejam eles os próprios sujeitos estigmatizados ou os sujeitos ao redor dele. O termo estigma advém de um conceito grego relacionado à prática de marcar fisicamente, através de cortes ou queimaduras, criminosos, traidores, escravos entre outros, de modo a serem facilmente identificados e evitados socialmente. Atualmente, tal marca física de outrora resultou na ligação de determinado atributo a um estereótipo negativo desqualificando a aceitação social plena do indivíduo desvalorizado (GOFFMAN, 1982).

A presente pesquisa será norteadada pelos estudos de Link e Phelan (2001; 2014) por fornecer um vasto referencial teórico, tratamento claro e bem articulado dos processos que produzem o estigma ampliando as relações entre um “atributo e um estereótipo” observadas por Goffman (1982). Na concepção dos autores é possível aplicar tal termo quando elementos de rotulagem, estereótipos, separação, perda de status e discriminação convergem em uma situação de poder que permite que os componentes do estigma desenrolem-se. Ou seja, as forças sociais, econômicas e culturais mantêm o foco em uma diferença humana em particular, as distinguindo e rotulando de acordo com o tempo histórico, o local e as crenças de classes dominantes que articulam tais diferenças marcadas a características indesejáveis e a estereótipos negativos (LINK, PHELAN, 2001).

Inúmeros estudos relacionados ao estigma e doenças mentais como esquizofrenia ou deficiência intelectual têm sido concluídos. Assim como têm sido realizadas cada vez mais pesquisas relacionadas ao estigma de cortesia (GOFFMAN, 1982) ou estigma por associação (ALI et al. 2012). Tais termos referem-se à percepção do estigma que os membros da família dos indivíduos estigmatizados possuem de si próprios a partir da percepção do público em geral. Diferentemente do constructo “estigma de cortesia”, razoavelmente estabelecido na literatura, Mak e Cheung (2008) procuraram desenvolver uma nova abordagem na construção da escala *Affiliate Stigma Scale* para a verificação dos níveis de experimentação de auto-estigmatização entre membros da família de indivíduos desacreditados. Tal processo de internalização do estigma de cortesia dos membros da família foi chamado de “auto-estigma” e está ligado ao desenvolvimento de uma autoavaliação e emoções negativas, retraimento social, entre outros.

O constructo de estigma associado aos familiares de indivíduos estigmatizados envolve sentimentos muitas vezes contraditórios e pouco compreendidos como vergonha, culpa ou fardo. Outro fator está relacionado à sobrecarga que afeta o bem-estar do cuidador, sendo constituída por sentimentos como culpa, vergonha, diminuição da auto-estima e preocupação excessiva (ZARIT, 1980).

Até o presente momento, pesquisas nacionais envolvendo familiares de indivíduos com TEA concentram-se em temas como estresse ou qualidade de vida, demonstrando que estudos com estigma ainda são escassos (FÁVERO, SANTOS, 2005; BARBOSA, FERNANDES, 2009). Os estudos sugerem que isso ocorre pelo fato de indivíduos com TEA apresentarem um fenótipo normal e ao mesmo tempo comportamentos atípicos. Somado a esse fato estão o processo longo e frustrante de obtenção do diagnóstico, a falta de conhecimento, compreensão da natureza do transtorno e a negativa reação do público em geral, além da disponibilidade de serviços precários e prognóstico limitado (GRAY, 1993).

Muitos familiares de sujeitos com TEA sentem-se culpabilizados e envergonhados por não conseguir controlar o comportamento do filho optando muitas vezes pelo recolhimento social a fim de evitar situações embaraçosas e atitudes hostis do público (GLICOROVIC, 2014; WNOROSKI, 2008). Ao mesmo tempo, vale ressaltar a existência de diversos aspectos positivos imersos a essa trajetória familiar. Entre as diferentes estratégias utilizadas pelos familiares estão o otimismo, religião e ativismo político. Entre os sentimentos relatados estão o

fortalecimento pessoal e o fato de tornar-se uma pessoa mais compreensiva (FARRUGIA, 2009; EKAS, 2010; GRAY, 1994).

Pesquisas internacionais têm apontado que o estigma está presente entre familiares de crianças com TEA (MAK, 2008, 2010; CARR, LORD, 2013; EKAS, 2010; OLSSON, 2001) e que alguns subgrupos podem estar mais expostos que outros. Um estudo longitudinal americano sobre a percepção do impacto negativo em ser mãe de um filho com TEA comparando mães caucasianas e africanas revela que há diferenças segundo nível socioeconômico. Mães caucasianas, provavelmente por terem maior escolaridade e consequentemente grandes expectativas sobre o filho, revelaram maiores índices de frustração que mães africanas. Ao passo que o estresse ao cuidar era maior entre as africanas que possuíam menor escolaridade, menor idade, maior índice de separação conjugal e maior vínculo com uma religião. Além disso, estudos apontam que o impacto negativo do estigma parece ser maior entre mães de crianças mais graves (CARR, LORD (2013); LINK, PHELAN (2001).

Assim, a presente pesquisa tem como objetivo geral descrever o perfil do auto-estigma em mães de crianças com TEA na cidade de São Paulo. E por objetivos específicos descrever o perfil de uso e grau de satisfação com serviços utilizados pela criança com TEA e sua mãe; verificar se há diferença nos padrões de estigma afiliado segundo nível socioeconômico e características demográficas destas mesmas famílias; verificar se há diferença nos padrões de estigma afiliado de acordo com o nível de gravidade dos sintomas dessas crianças com TEA; descrever o perfil de sobrecarga de mães de crianças com TEA e descrever as diferenças e semelhanças entre os relatos das mães de acordo com as vivências relacionadas ao estigma.

Metodologia

A presente pesquisa é um estudo transversal exploratório descritivo de abordagem quantitativa para descrever os níveis de estigma afiliado entre mães de filhos com TEA, segundo nível socioeconômico familiar e gravidade dos sintomas de TEA.

Este estudo será realizado com mães de crianças diagnosticadas com TEA frequentadoras de:

- Consultórios particulares da cidade de São Paulo.
- Dois ambulatórios públicos ligados a duas faculdades de medicina da cidade de São Paulo.

Já foi realizado um estudo-piloto com uma mãe no ambulatório da Santa Casa. Esta em andamento a aplicação dos instrumentos com uma amostra de 100 mães de crianças entre 4 e 10 anos de idade com diagnóstico clínico de TEA, sendo 50 delas usuárias de duas clínicas públicas, e outras 50, frequentadoras de consultórios particulares da cidade de São Paulo. A escolha de mães como informantes neste estudo se deve ao fato de que na maioria das culturas, elas são as principais responsáveis pelos cuidados dos filhos, tornando-as responsáveis por demonstrar publicamente sua “competência parental” (GRAY, 2002). Como a principal medida do estigma é o estigma afiliado, testá-lo na principal responsável pela criança com TEA, nos pareceu a melhor opção.

Do mesmo modo, pelo fato da literatura apontar que estigma é diferente entre crianças e adolescentes, (CARR, LORD, 2013), optou-se por trabalhar com crianças visando intervenções precoces. Como o diagnóstico de TEA em geral é estabelecido aos 3 anos de idade, o limite mínimo de idade será de 4 anos.

Como critérios de inclusão: ser mãe biológica ou adotiva (morando com a criança a pelo menos um ano) de crianças de 4 a 10 anos de idade com diagnóstico clínico de TEA segundo DSM-V e ABC; mães com idade acima de 18 anos; respondente apresentar condições de completar autonomamente os questionários de forma auto-aplicável, incluindo o fato de ter completado pelo menos o Ensino Fundamental I. Como critérios de exclusão: Crianças com TEA que apresentarem comorbidade previamente diagnosticada, pelo fato do estigma poder ser diferente do grupo de crianças exclusivamente com TEA.

Este estudo será realizado com a aplicação de quatro questionários estruturados: (a) Questionário de identificação, (b) Questionário de Classificação Econômica Brasil, (c) *Autism Behavior Checklist* e (d) Versão brasileira do *Affiliate Stigma Scale*.

Resultados e Discussão

Realizou-se um estudo de caso com uma família de baixo nível socioeconômico que frequenta um ambulatório público de São Paulo: menino de 9 anos de idade diagnosticado com Transtorno do Espectro do Autismo. A entrevista com a mãe revelou baixos níveis de sentimentos positivos (como bem-estar, otimismo, resistência às adversidades, felicidade), altos níveis de sentimentos negativos (como estresse, depressão e isolamento social) e médio nível de auto-estigma: mais relacionado aos aspectos afetivos (como vergonha e culpa) e de comportamento (como isolamento social) do que cognição (como sentir-se inferior ou incompetente). De acordo com os questionários aplicados, é possível afirmar que em relação aos serviços de apoio direcionados a mães, a participante afirma ter conhecimento de poucas propostas de orientação e suporte público, no entanto sente baixo apoio social e nenhum apoio instrumental e emocional.

Tais resultados são de grande importância para se tecer reflexões críticas a respeito do auto-estigma e nortear possíveis intervenções ainda escassas no âmbito nacional para a diminuição de tal fenômeno cujas implicações influenciam dramaticamente a vida dos indivíduos envolvidos.

Conclusão

Levando em consideração os baixos níveis de sentimentos positivos, altos níveis de sentimentos negativos e nível médio alto de auto-estigma é possível afirmar a necessidade de maiores reflexões e incentivos para os programas de conscientização, suporte (social, instrumental e emocional), assim como políticas de intervenção de modo a promover integração social e oportunidades de expressão entre cuidadores de crianças com problemas de saúde mental, sobretudo Transtorno do Espectro do Autismo promovendo melhora na saúde mental do público acima mencionado.

Referências

- ALI, Afia; HASSIOTIS, Angela; STRYDOM, Andre; KING, Michael. Self Stigma in People with Intellectual Disabilities and Courtesy Stigma in Family Carers: A Systematic Review. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, Vol.33(6), p.2122-2140, 2012.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-V*, 5.ed., Washington: American Psychiatric Publishing, 2013
- among parents of children with high functioning autism. *Sociology of Health & Illness* v. 24(6), p. 734–749, 2002.
- BARBOSA, M. R. P.; FERNANDES, F.D.M. Qualidade de vida dos cuidadores de crianças com transtorno do espectro do autismo. *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.* v. 14 (3), p. 482-6, 2009.
- CARR, Themba; LORD, Catherine. Longitudinal study of perceived negative impact in African American and Caucasian mothers of children with autism spectrum disorder. *Autism*. v. 17 (4), p. 405-417, 2013

- EKAS, V. Naomi; LICKENBROCK, M. Diane; WHITMAN, L. Thomas. Optimism, Social Support and Well-Being in Mothers of Children with Autism Spectrum Disorder. *J. Autism Dev Disord*, v.40, p.1274-1284, 2010.
- EVANS, L.S; MALCOLM, E.; WEST, K.; ROSE, D.; LONDON, J.; RUSCH, K.L.; HENDERSON, C., THORNICROFT, G. Influence of Time to Change's social marketing interventions on stigma in England 2009–2011. *The British Journal of Psychiatry*, v.202, p.77-88.
- FARRUGIA, David. Exploring stigma: medical knowledge and the stigmatization of parents of children diagnosed with autism spectrum disorder. *Sociology of Health & Illness* v. 31 n. 7, p. 1011–1027, 2009.
- FÁVERO, M.A.B; SANTOS, M. A.. Autismo Infantil e Estresse Familiar: Uma Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. v.18(3), p.358-369, 2005.
- GLIGOROVIC, Milica; MILACIC-VIDOJEVIC, Ivona. Tendency towards stigmatization of families of a person with autistic spectrum disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, v.60(1), p.63-70, 2014.
- GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1982.
- GRAY, D. Coping with autism: stresses and strategies. *Sociology of Health & Illness*, v.16, p. 275–300, 1994.
- GRAY, David. 'Everybody just freezes. Everybody is just embarrassed': felt and enacted stigma
- GRAY, David. Perceptions of stigma: the parents of autistic children. *Sociology of Health & Illness*. v.15(1), 1993.
- LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo C. CONCEPTUALIZING STIGMA. *Annual Review of Sociology*, p.363, 2001.
- LINK, Bruce G.; PHELAN, Jo. Stigma Power. *Social Science & Medicine*, v.103, p.24(9), 2014.
- MAK, Winnie W.S; CHEUNG, Rebecca Y.M. Affiliate Stigma among Caregivers of People with Intellectual Disability or Mental Illness. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, v.21(6), p.532-545, 2008.
- MAK, Winnie W.S; KWOK, Yvonne T.Y. Internalization of stigma for parents of children with autism spectrum disorder in Hong Kong *Social Science & Medicine*, v.70(12), p.2045-2051, 2010
- OLSSON, M. B.; HWANG, C.P. Depression in mothers and fathers of children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, v.45, p.535-545, 2001.
- SCHWARTZMAN, José Salomão; ARAÚJO, C.A (orgs.). Transtornos do espectro do autismo. São Paulo: Memnon, 2011.
- WING, L. et AL. Autism spectrum disorders in the DSM – V: Better or worse than the DSM-IV? *Research in Developmental Disabilities*, 2010.
- WNOROSKI, AK. Uncovering the stigma in parents of children with autism. Miami University Honors Program. Ohio: Oxford. May. 2008.
- Zarit, S. H., Reever, K. E., Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 20, 649-655.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a orientadora Cristiane Silvestre de Paula, colaboradores e instituições participantes para realização desta pesquisa.

AUTOESTIMA EM PESSOAS COM ÚLCERA VENOSA ATENDIDAS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Fernanda Gomes Dantas – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: nandagd@yahoo.com.br

Jéssika Wanessa Soares Costa – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Amanda Jéssica Gomes de Souza – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Rhayssa de Oliveira e Araújo – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Gilson de Vasconcelos Torres – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Isabelle Katherinne Fernandes Costa (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN.

Palavras-chave: Úlcera Varicosa. Autoimagem. Enfermagem.

Resumo

Objetivo: verificar a autoestima em pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária no município de Natal no Rio Grande do Norte. **Metodologia:** Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado nas Unidades de Saúde da Família e Unidades Mistas. Os dados foram coletados no período de fevereiro a abril de 2014. Amostra do estudo foi de 44 pessoas. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte sob o CAAE nº 07556312.0.0000.5537. Resultados: As pessoas com úlcera venosa do município de Natal tiveram uma média na Escala de Autoestima de Rosenberg de 9,3 ($\pm 5,1$), sendo um indicativo significativamente bom da autoestima, uma vez que quanto mais próximo de zero, melhor será a autoestima, de acordo com a escala de Rosenberg. Conclusão: Diante da avaliação das pessoas com úlcera venosa, e o respectivo nível de autoestima dessa população, caracterizada como relativamente boa, obtivemos uma avaliação positiva dos portadores sob si mesmo. Sendo assim, a prática de ações voltadas à promoção da saúde, são essenciais para a obtenção do aumento constante da qualidade da autoestima e capacidade funcional dessa população, promovendo um desenvolvimento nas práticas assistenciais, de maneira eficaz para essas pessoas.

Introdução

Com o aumento da expectativa de vida e da preocupação da população em busca da saúde, a qualidade de vida e os meios que possuem ligação direta com autoestima é de extrema importância, como exposto por Rosenberg (1965; p. 5) consiste em “uma avaliação que o indivíduo efetua e comumente mantém em relação a si mesmo, expressando uma atitude de aprovação ou desaprovação”, o que pode ser percebido em pessoas com doenças crônicas, como a insuficiência venosa crônica em que o inadequado funcionamento do sistema venoso, poderá acarretar em uma úlcera venosa, uma lesão está crônica localizada nos membros inferiores, e que traz com a sua manifestação clínica não só a descontinuação da cútis, mas dificuldades relacionadas a fatores psicológicos e adaptativos (CARMO et al., 2007; BARBOSA; CAMPOS, 2010).

No Brasil, a úlcera venosa constitui-se num sério problema de saúde pública, pois acomete a população de forma geral, independente de sexo, idade ou etnia (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008). Estima-se que 3% da população brasileira apresentem as lesões na pele (REIS et al., 2013), observa-se ainda que a incidência de úlceras crônicas tende a aumentar à medida que a população envelhece, o que é preocupante, visto que este tipo de lesão, afeta negativamente o indivíduo em seu aspecto físico, emocional, psicológico e social, e conseqüentemente seu estilo de vida (RODEN; STURMAN, 2009; EVANGELISTA et al., 2012). Sendo a autoestima um fator de proteção, que ameniza as complicações relacionadas à doença venosa crônica, assim, prejuízos na autoestima podem afetar negativamente a recuperação (HUTZ; ZANON, 2011). Nessa perspectiva, avaliar a autoestima é significativo nas últimas décadas, especificamente, ao paciente com úlcera venosa, pois é um importante indicador da resposta de evolução da cicatrização da lesão (SALOMÉ; FERREIRA, 2012).

Desse modo, este estudo teve como objetivo verificar a autoestima em pessoas com úlcera venosa atendidas na atenção primária.

A partir da síntese dos dados, provenientes deste estudo sobre a autoestima das pessoas com úlcera venosa, este estudo poderá repercutir na sociedade e na área da saúde, colaborando de maneira para uma reorganização e replanejamento da assistência integral, humanizada e resolutiva na atenção primária.

Metodologia

Estudo quantitativo, transversal, realizado em 13 Unidades de Saúde da Família e 02 Unidades Mistas, organizadas de acordo com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) adstrita pelas equipes de saúde. O enlace desses serviços forma a atenção primária do município de Natal e servem como porta de entrada para os usuários que necessitam de assistência à saúde (MENDES, 2002).

Coletou-se os dados no período de fevereiro a abril de 2014. A população do estudo foi composta pelas pessoas com úlceras venosas acompanhadas Unidade de Saúde da Família e Unidade Mista, totalizando uma amostra de 44 pessoas. Tendo como critérios de inclusão: apresentar úlcera venosa; ter mais de 18 anos; ser atendido nas unidades de saúde. E exclusão os usuários que apresentaram outros tipos de feridas: oncológicas, arteriais ou de etiologia mista (venosa e arterial ou venosa e hanseniana).

Utilizou-se neste estudo dois instrumentos relevantes para coleta de dados, no primeiro um formulário estruturado de entrevista para captação de informações sobre os dados sociodemográficos e de saúde. Sendo o segundo instrumento a Escala de Autoestima de Rosenberg (*Rosenberg Self-Esteem Scale*), composta por dez afirmativas com quatro opções de resposta: concordo totalmente, concordo, discordo e discordo totalmente. A pontuação da escala varia de zero a 30, sendo que zero corresponde ao melhor estado de autoestima e 30 ao pior estado (ROSENBERG, 1965).

Os dados coletados foram digitalizados em planilhas no software Microsoft Excel 2010 e, posteriormente, exportados e analisados no software estatístico SPSS 20.0. O estudo obteve parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (CAAE nº 07556312.0.0000.5537), respeitando a Resolução CNS/MS 466/2012.

Resultados e Discussão

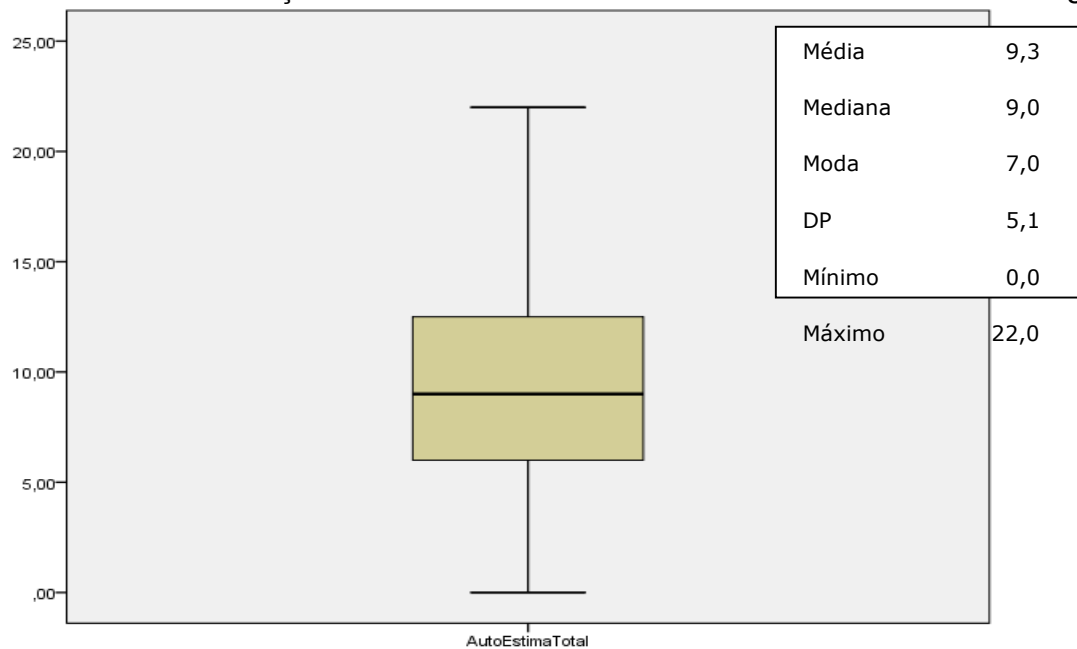
Neste estudo dentre os 44 participantes, verificou-se que a maioria era do sexo feminino (65,9%), com idade em torno dos 60 anos (59,1%), união estável (52,3%), com baixa escolaridade (86,4%), sem ocupação (68,2%) e com renda inferior a um salário mínimo (81,8%), corroborando com outros estudos, onde as incidências destas características sociodemográficas estão presentes (DIAS, et al., 2013; OLIVEIRA, et al., 2012; MEDEIROS, et al., 2013). Segundo alguns autores os indivíduos podem apresentar diferentes avaliações de sua autoestima de acordo com os vários aspectos de sua vida considerando as suas relações sociais, capacidades acadêmicas,

aparência física entre outros, em cada momento da sua vida (OLIVEIRA, 2005). Nessa perspectiva, aspectos específicos da vida podem modificar os aspectos globais das autopercepções (FOX; CORBIN, 1989; OLIVEIRA, 2005).

No decorrer da vida adulta a autoestima tende a ser estável ao longo do tempo (HUTZ; ZANON, 2011). Autores evidenciaram que a autoestima tem um impacto significativo nas experiências de vida de pessoas e mostraram que a autoestima elevada está relacionada: à satisfação com o trabalho, à saúde física, às emoções positivas e à saúde; e a níveis mais baixos de sentimentos negativos, problemas de depressão e saúde (ORTH; ROBINS; WIDAMAM, 2012).

Mediante a aplicação da Escala de Autoestima de Rosenberg obteve-se uma média entre as pessoas com úlceras venosas de 9,3 ($\pm 5,1$), sendo um indicativo de autoestima relativamente bom, uma vez que de acordo com a escala de Rosenberg quando mais próximo de zero maior será o nível de autoestima (Tabela 1). Em outro estudo sobre úlceras crônicas, que abordou além da especificidade venosa outros tipos de ulcerações, obteve resultados semelhantes ao desse estudo, tendo como resultado média de 9,48 com a aplicação da mesma escala (SOUZA, 2013). Entretanto em estudo apenas com pessoas com úlcera venosa, encontrou-se resultados divergentes, em que nas pessoas com lesão que faziam parte do grupo controle (sem intervenção cirúrgica), a média da autoestima foi de 25,5 (SALOMÉ, 2014).

Tabela 1 – Distribuição dos escores da Escala de Autoestima de Rosenberg. Natal/RN, 2014.



Segundo alguns autores a autoestima elevada pode amenizar as complicações decorrentes de doenças crônicas, assim como, acredita-se que um indivíduo com baixa autoestima possa apresentar uma menor expectativa com relação ao seu desempenho em promover e manter a mudança necessária para a sua recuperação (VARGAS; DANTAS; GOIS, 2005). Logo, alterações na autoestima podem afetar negativamente a recuperação de pessoas com doenças (HUTZ; ZANON, 2011).

Nas pesquisas relativas à área da saúde a autoestima tem se tornado relevante devido a sua influência no bem-estar do indivíduo (ANDRADE; ANGERAMI, 2001; VARGAS; DANTAS; GOIS, 2005). Ela é o alicerce da capacidade do ser humano de reagir ativamente e positivamente às oportunidades da vida (BRANDEN, 1994). Assim como, a temática das úlceras venosas crônicas que constituem um grave problema de saúde pública e seus efeitos psicológicos e sociais é muitas vezes são negligenciados. Nesse contexto, dada a complexidade da lesão e suas consequências na vida do paciente, a atenção integral torna-se imprescindível (OLIVEIRA, 2013).

Conclusão

Verificou-se neste estudo que a autoestima das pessoas com úlcera venosa tendem a um melhor estado. Os achados da pesquisa demonstram que autoestima foi relativamente boa, caracterizando que os sujeitos pesquisados possuem uma avaliação positiva em relação a si mesmo.

Nesse sentido, torna-se de suma relevância uma abordagem assistencial que contemple a todos os aspectos dos pacientes com úlcera venosa. Assim como, a realização de outros estudos com amostra relativamente maior de participantes, a fim de contribuir no desenvolvimento e planejamento de práticas assistenciais eficazes para estas pessoas.

Referência

- ANDRADE, D.; ANGERAMI, E. L. S. A autoestima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou palato. Rev Lat Am Enferm, v. 9, n. 6, p. 37-41, 2001.
- BRANDEN, N. Auto-estima: como aprender a gostar de si mesmo. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 1994.
- CARMO, S. S. et. al Atualidades na assistência de enfermagem a portadores de úlcera venosa. Rev. Eletr. Enf, v. 9, n. 2, p. 506-17, 2007.
- DEODATO, O. O. N. Avaliação da assistência aos portadores de úlceras venosas atendidos no ambulatório de um hospital universitário em Natal/RN. 2007. 108 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2007.
- DIAS, T. Y. A. F. et. al. Quality of life for venous ulcer patients: a comparative study in Brazil/Portugal. Online braz j nurs, v. 12, n. 2, p. 491-500, 2013.
- FOX, K.; CORBIN, C. The Physical Self-Perception Profile: development and preliminary validation. Journal of Sport & Exercise Psychology, 11, 1989.
- HUTZ, C. S.; ZANON, C. Revisão da adaptação, validação e normatização da escala de autoestima de Rosenberg: Revision of the adaptation, validation, and normatization of the Rosenberg self-esteem scale. Aval. psicol., Porto Alegre, v. 10, n. 1, abr. 2011.
- MENDES, E. V. Atenção Primária à Saúde no SUS. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MORAIS, G. F. C.; OLIVEIRA, S. H. S.; SOARES, M. J. G. O. Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública. Texto & contexto enferm., v. 17, n.1, p. 98-105, 2008.

OLIVEIRA, B. G. R. B. et al. Caracterização dos pacientes com úlcera venosa acompanhados no Ambulatório de Reparo de Feridas. Rev Eletr Enf, v. 14, n. 1, p. 156-63, 2012.

- OLIVEIRA, B. G. R. B; CASTRO, J. B. A; GRANJEIRO, J. M. Panorama epidemiológico e clínico de pacientes com Feridas crônicas tratados em ambulatório. Rev enferm UERJ, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.612-617. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10035>.
- OLIVEIRA, H. M. F. Autoconceito Físico, Autoestima e Imagem Corporal: Estudo comparativo em adultos de ambos os gêneros dos 25 aos 45 anos de idade (Monografia). Universidade de Coimbra Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física. Portugal, Coimbra, 2005.
- ORTH, U; ROBINS, R. W; WIDAMAN; K. F. Life-Span Development of Self-Esteem and Its Effects on Important Life Outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. v.102, n.6, p.1271–1288, 2012. Disponível em: <http://uorth.files.wordpress.com/2012/06/orth_et_al_2012_jpsp.pdf
- REIS, D.B; PERES, G.A; ZUFFI, F.B; FERREIRA, L.A, POGGETO MTD. Care for people with venous ulcers: the perception of nurses in the family health strategy. Rev Min Enferm. V.17, n.1, p.107-111, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/582> DOI: 10.5935/1415-2762.20130009
- RODEN, A.; STURMAN, E. Assessment and management of patients with wound-related pain. Nurs Stand, v. 23, n 45, 2009.
- ROSENBERG, M. Society and the adolescent self-image. New Jersey: Princeton University Press; 1965.
- SALOMÉ, G. M.; FERREIRA, L. M. Qualidade de vida em pacientes com úlcera venosa em terapia compressiva por bota de Unna. Rev Bras Cir Plást, v. 27, n. 3, p. 466-71, 2012.
- SALOMÉ, G. M; BLANES, L; FERREIRA, L. M; The Impact of Skin Grafting on the Quality of Life and Self-Esteem of Patients with Venous Leg Ulcers. World J Surg. V.38, p.233–240, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24065417> DOI 10.1007/s00268-013-2228-x
- SOUZA, D. M. S. T; BORGES, F. R; JULIANO, Y. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes com úlcera crônica. Acta paul. enferm. v.26, n.3, p.283-288. 2013.
- VARGAS, T. V. P.; DANTAS, R. A. S.; GOIS, C. F. L. A auto-estima de indivíduos que foram submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 39, n. 1, Mar. 2005.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DOS PÉS DE IDOSAS COM DIABETES MELLITUS ACOMPANHADAS POR UMA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

Natália Rodrigues Vieira (apresentador) – Universidade Regional do Cariri - URCA.

Email: vieirarodriguesnaty@gmail.com

Natália Pinheiro Fabricio – Universidade Regional do Cariri - URCA

Adriana de Moraes Bezerra – Universidade Regional do Cariri - URCA

Amanda Gomes dos Santos – Universidade Regional do Cariri - URCA

Ana Maria Parente Garcia Alencar - Universidade Regional do Cariri - URCA

Edilma Gomes Rocha Cavalcante (Orientador) – Universidade Regional do Cariri – URCA

Palavras-chave: Diabetes Mellitus. Idoso. Pé Diabético. Cuidados de enfermagem.

Resumo

O Diabetes Mellitus é um problema de saúde pública que no decorrer do curso clínico causa alterações neuropáticas e isquêmicas, responsáveis por ulcerações, deformidades e amputações dos membros inferiores das pessoas com o distúrbio metabólico. Diante disto, objetivou-se realizar avaliação clínica dos pés de mulheres idosas com diabetes tipo 2 acompanhadas por uma equipe de saúde da família. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa, realizado em uma Equipe de Saúde da Família de Juazeiro do Norte-CE, com uma amostra de 37 idosas. A coleta ocorreu de dezembro de 2013 a janeiro de 2014. Realizou-se uma abordagem sociodemográfica e uma avaliação clínica dos pés. Os dados obtidos foram tabulados e apresentados através de estatísticas descritivas e percentuais. Verificou-se um perfil de mulheres com média de idade de 71 anos, casadas (45,9%), aposentadas (70,3%), baixa escolaridade (67,6%), renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (89,2%), com tempo de doença de 11,6 anos. Na avaliação dos pés, identificou-se que as mulheres apresentaram pele seca, rachaduras, fissuras, uso de calçados inadequados, câimbra, dormência, dor, deformidades e amputações. Conclui-se que as evidências deste estudo são importantes ferramentas para os profissionais de saúde da atenção primária, pois contribuirão para a realização de um planejamento com cuidado integral na atenção às mulheres idosas com diabetes, atentando-se ao cuidado dos pés, dando maior suporte ao profissional na tomada de decisão.

Introdução

O Diabetes Mellitus (DM) não é uma única doença, mas um grupo heterogêneo de distúrbios metabólicos que apresenta em comum a hiperglicemia, a qual é resultado de defeitos na ação da insulina, na secreção da insulina ou em ambos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2013; AGUIAR; _BORTOLETTO, HADDAD, KARINO, 2009).

Estima para 2025 um número total de pessoas com diabetes de 380 milhões, com incidência maior nos países em desenvolvimento. A cada dez segundos uma pessoa morre por causas relacionadas ao DM, tratando-se de um grave problema de saúde pública, que está aumentado devido a maior prevalência do sedentarismo, obesidade, envelhecimento populacional e por constituir importante fator de risco para as doenças cardiovasculares, as quais estão entre as doenças que mais causam morte na população deste âmbito mundial, nacional e local (SBD, 2009; SBD, 2014).

O Brasil passou a ocupar a sétima posição mundial em relação ao número de diabéticos na faixa etária de 35 a 64 anos (BELON *et al.*, 2008). Estudos, ainda, apontam que a doença tem acometido 18% dos idosos e 50% dos portadores de DM tipo 2 apresentam mais de 60 anos de idade (SBD, 2011; VIEGAS-PEREIRA, RODRIGUES, MACHADO, 2008). Na região Nordeste, um estudo apresentou maior ocorrência do DM em mulheres e na população idosa, com destaque na faixa etária de 80 anos acima, e dentre os estados que apresentaram maior coeficiente de prevalência de diabetes (0-7%) foram Pernambuco e Sergipe, ambos com 4,8% (FREITAS; GARCIA, 2012).

A prevalência do DM tem acometido mais as mulheres do que os homens devido ao sexo feminino apresentar maior expectativa de vida, da procura menor dos homens aos serviços de saúde e que as mulheres com idade mais avançada apresentam mais chances de desenvolverem doenças crônicas e comorbidades, devido à queda hormonal na fase do climatério (LIMA, PEREIRA, ROMANO, 2011; SANTOS, *et al.*, 2013; FERNANDES *et al.*, 2008).

Entre alterações crônicas que acometem as pessoas com DM, encontram-se as neuropáticas e isquêmicas, que atingem os membros inferiores (MMII), comprometendo a sensibilidade dos pés e tornando o indivíduo mais vulnerável a traumas, ulcerações e infecções despercebidas (BORGHI, 2011). A principal complicação que decorre destas alterações é a síndrome do pé diabético, que engloba várias condições patológicas desde comprometimento de sensibilidade, deformação dos pés, feridas, até amputação. Possui importante impacto social e econômico tanto para o indivíduo como a família (DUARTE, GOLÇALVES, 2011; ROCHA, ZANETTI, 2009).

As complicações nos pés provêm de uma educação terapêutica deficiente, descontrole metabólico, fatores de risco como idade, sexo, obesidade, alterações de sensibilidade periférica, perfusão periférica diminuída, calosidades, pele ressecada dos MMII, tabagismo, uso de calçados inadequados, tempo de evolução do DM, hipertensão arterial e dificuldades na acessibilidade aos serviços de saúde (TAVARES *et al.*, 2009). Ressalta-se, ainda, que 20% das hospitalizações dos pacientes portadores de diabetes são decorrentes de complicações dos pés (ASSUMPÇÃO *et al.*, 2009).

Diante deste cenário, a avaliação e o exame clínico dos pés devem ser realizados na equipe de saúde da família (ESF), pois se trata de um método de diagnóstico mais efetivo, a avaliação cuidadosa dos pés é um método simples, de baixo custo, mas eficaz na prevenção das complicações (CAIAFA *et al.*, 2011). Nesta perspectiva, na ESF o enfermeiro pode contribuir no acompanhamento dos pacientes com DM, tanto na abordagem clínica quanto educativa utilizando-se da avaliação clínica dos pacientes com DM tipo 2 da sua área de atuação, principalmente os idosos, pois apresentam em sua maioria pouco conhecimento sobre a importância do cuidado com os pés.

Diante da escassez de produções científicas encontradas nas bases de dados em literatura pertinente e da predominância de DM nas mulheres, o estudo teve por objetivo realizar uma avaliação clínica dos pés de mulheres idosas com DM tipo 2 acompanhadas por uma ESF, para que possa servir de norteio às ações e práticas dos profissionais de saúde e gestores atuantes na atenção primária em saúde.

Metodologia

Trata-se de um recorte da pesquisa “Avaliação de risco de pé diabético em idosos acompanhados por uma equipe de saúde da família”. Trata-se de um estudo exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Foi realizado em uma Equipe de Saúde da Família do

município de Juazeiro do Norte, localizado no sul do estado do Ceará, que atende 3.607 pessoas destas 145 possuem DM, segundo o Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das famílias na área/equipe dos Agentes Comunitários de Saúde, no mês de dezembro de 2013.

Participaram da pesquisa, mulheres idosas que atendiam aos critérios de inclusão: idade a partir de 60 anos constante do art. 2º da Lei nº 8.842/94, diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2, residente na área de abrangência da equipe e aceitação de participação do estudo, os quais foram selecionados por facilidade de acesso na visita domiciliar ou na unidade básica de saúde.

Foram critérios de exclusão: sujeito que apresentar alguma alteração passível de inviabilizar a comunicação, como transtornos mentais ou outra condição clínica que comprometa sua participação no estudo, e que estava ausente na residência no dia da visita.

A coleta de dados ocorreu no período de dezembro de 2013 a janeiro de 2014, por meio de uma entrevista obtendo breve histórico de dados sociodemográficos (idade, profissão, estado civil, escolaridade, renda familiar) e tempo de doença, seguindo-se com a aferição dos níveis glicêmicos e da pressão arterial, e logo após, a avaliação dos pés, obtendo dados como: hábito de cuidar dos pés; sintomas de fadiga, dor, formigamento, dormência e queimação; ausência ou presença de deformidades, feridas, calosidades, fissuras, ressecamentos, micoses interdigitais, onicomicoses e calosidades; úlcera e amputação prévia; calçados adequados e higiene. À medida que se prosseguiu a coleta de dados, as pacientes foram orientadas sobre o DM, medidas de controle, prevenção de complicações e cuidado com os pés.

A investigação foi baseada e adaptada de formulários dos estudos de Bortoletto, Haddad e Karino (2009) e Sandoval e Ronsoni (2013) e das normas técnicas e protocolos clínicos elaborados pela SBD (2013), cujos dados obtidos foram analisados através de estatísticas descritivas (números absolutos, média, mediana, valor mínimo, valor máximo, proporção e desvio padrão) confrontando-as com estudos pertinentes na literatura.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri – URCA, sob o parecer nº 705.020, respeitando-se às exigências emanadas pela Resolução 446/2012 do Conselho Nacional de Saúde - CNS.

Resultados e Discussão

Participaram do estudo 37 idosas, com uma média de idade de 71 anos (dp= 7,9; 60-93), a maior parte casada (45,9%) viúvas 37,8%, aposentadas (70,3%) e com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (89,2%). Quanto à escolaridade, o ensino fundamental incompleto (67,6%) foi predominante, porém a taxa de analfabetismo foi expressiva com 24,3%.

Este perfil de mulheres casadas, aposentadas, com baixa escolaridade e que sobrevivem com renda mínima não diferencia de outros estudos, uma pesquisa realizada em Florianópolis também identificou maior parte de mulheres casadas (46,2%), aposentadas (61,2%) com ensino fundamental incompleto (47,6%) (LESSMANN; SILVA; NASSAR, 2012). Outro estudo realizado em Giruá - RS verificou que a maioria das mulheres era casada, em relação à escolaridade, 20% eram analfabetas e 60% possuíam o 1º grau incompleto, a renda salarial variou entre 350,00 a 1.400,00 (KÜHN, ARAÚJO, 2008).

Este cenário reflete a situação das famílias brasileiras, a renda familiar mínima implica em uma menor qualidade de vida. A baixa escolaridade pode comprometer o conhecimento destas idosas em relação à doença, seus agravos e adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamento (SANTOS, 2008). O perfil dos pacientes com DM deve ser conhecido pelo enfermeiro e equipe da área de atuação para que possa traçar intervenções de acordo com o contexto que cada indivíduo.

Neste estudo, identificou-se que as mulheres com DM tipo 2 têm a doença em média de tempo de 11,6 anos (dp= 7,4; 1-30 anos). O estudo de Lessmann, Silva e Nassar (2012) também apresentou resultado semelhante, as idosas referiram tempo médio de doença de 10,4 anos. Ressalta-se que as complicações crônicas do DM começam a se manifestar no paciente a partir desse tempo e, geralmente, onde identificadas alterações microvasculares (neuropatia, retinopatia e nefropatia) e macrovasculares (doenças periféricas, cerebrovasculares e artérias coronarianas), que são responsáveis por elevada morbimortalidade entre os idosos devido aos problemas cardiovasculares, renais, amputação dos membros e diminuição da qualidade de vida (BRASIL, 2013).

No que diz respeito ao controle glicêmico, neste estudo, constataram-se alterações glicêmicas nas pacientes idosas com média de níveis glicêmicos de 221 mg/dl, tais dados que corroboram com os encontrados em estudos realizados com idosos com DM (KÜHN, ARAÚJO, 2008; HASHIMOTO, HADDAD, 2009; CARDOZO, MARTINS, 2012).

Quanto a pressão arterial, não se verificou significativas alterações, a população feminina apresentou pressão arterial média de 136,05/78,3 mmHg. Contudo, adverte-se que o mau controle glicêmico associado ao mau controle da pressão arterial pode diminuir a funcionalidade do idoso e até levá-lo a incapacidade, tornando-o dependente para a realização de suas atividades de vida diária (SBD; 2013). Diante dos agravos à saúde que podem ser causados, o enfermeiro da ESF deve orientar os pacientes e os familiares sobre a importância de manter os padrões glicêmicos e níveis pressóricos recomendados, conciliando-se com as alternativas de controle.

A respeito da avaliação clínica dos pés obteve-se que 80,1% das idosas nunca tiveram seus pés avaliados por algum profissional de saúde, e das que foram avaliadas (18,9%), o profissional médico foi mencionado por 57,1%, seguindo-se com acadêmicas de enfermagem (28,6%) e podóloga (14,3%). Um estudo realizado em Ribeirão Preto-SP, também apontou que pacientes com DM foram avaliados e receberam orientações sobre cuidado dos pés, dieta e medicação repassadas, principalmente, pelo médico (67,4%) e apenas 2,0% receberam estas informações do enfermeiro e do ACS (SILVA *et al.*, 2010). Este dado se torna preocupante, pois aponta a deficiência do enfermeiro em exercer seu importante papel nas ações de prevenção e rastreamento de complicações.

Considerando a magnitude dos agravos ocasionados pelo DM aos pés dos pacientes, é competência do enfermeiro da ESF fornecer orientações relacionadas às condições clínicas, cuidados diários de higiene com os pés e realizar uma avaliação minuciosa contínua, pois se trata de um cuidado simples de baixo custo e relevante para prevenção de deformidades, úlceras e amputações (BRASIL, 2011).

Quanto ao hábito de caminhar descalço, nesse estudo, 64,9% das mulheres relatam não ter esta rotina, 64,9% delas não tem o hábito de cuidar e examinar os pés diariamente. Uma pesquisa realizada em uma ESF no interior de Minas Gerais, a situação foi semelhante, pois em 82% dos sujeitos constituídos de mulheres, apenas 23% das pacientes realizavam hidratação dos pés, limpeza com água morna e sabão neutro, exame diário e manutenção de pés secos, evitando-se umidade entre os dedos (CARVALHO *et al.*, 2010). Estes cuidados são essenciais para prevenção de micoses, ressecamento, fissuras na pele, proteção da sensibilidade e até melhoria da circulação periférica.

Relativo a inspeção dos pés, no presente estudo, observou-se que a maioria (81,1%) dos sujeitos apresentaram uma boa higiene, porém grande parte apresentou pele seca, rachaduras e fissuras (83,8%), foram encontradas, ainda, micoses ungueais e interdigitais apenas em 18,9% e 75,7% das idosas não apresentou pelos nos pés.

Verificou-se, ainda, que a maioria (67,6%) das pacientes utilizava calçados inadequados no seu cotidiano, o que pode ter contribuído para o alto índice de rachaduras e fissuras encontrados. Vale ressaltar que calçados inadequados favorecem a alteração dos pontos de pressão nos dedos e consequentemente o aparecimento de calosidades, deformidades e feridas nos pés (PEDROSA, 2001).

Ainda, neste estudo, identificou-se que os sintomas mais referidos foram câimbra (70,3%), dormência (54,1%) e dor (62,2%). Foram

encontradas deformidades em 27,0% das pacientes; não foram verificadas úlceras ativas, porém 5,4% das pacientes apresentaram amputações menores abaixo do tornozelo. Considerando que as ulcerações nos pés antecedem aproximadamente 85,0% das amputações dos MMII dos pacientes com DM. O pé diabético é responsável por 50% a 70% das amputações não traumáticas em MMII e ocasiona 50% das internações hospitalares dos pacientes com DM (BORTOLETTO, HADDAD, KARINO, 2009; CISNEROS, GONÇALVES, 2011).

Conclusão

Este estudo mostra um perfil de mulheres casadas, aposentadas, de baixa escolaridade e renda familiar mínima, que apresentou na avaliação clínica dos pés: pele seca, rachaduras, fissuras, uso de calçados inadequados, câimbra, dormência, dor, deformidades e amputações. Esta pesquisa realça, ainda, que a avaliação clínica dos pés dos pacientes com DM, além de ser realizada nos Centros de referência, também, pode ser feita na atenção básica, pois uma vez que seu foco maior são as ações de prevenção e promoção da saúde, pois proporcionará maior eficácia no diagnóstico precoce das alterações e _complicações.

Diante dos resultados do presente estudo, estimula-se que o enfermeiro busque maior aporte teórico sobre o DM e seus agravos, para que possa realizar uma avaliação clínica dos pés com qualidade, fazer o levantamento das necessidades de saúde e fornecer mais orientações ao paciente, família e comunidade, promovendo maior autonomia para o autocuidado, contribuindo para que o indivíduo se sinta corresponsável por sua saúde. Torna-se, também, fundamental fortalecer as ações educativas em saúde e a participação integral e multidisciplinar dos profissionais da equipe no atendimento ao indivíduo com DM.

As evidências desta pesquisa são importantes ferramentas para os profissionais de saúde da atenção primária, pois contribuirão para a realização de um planejamento com cuidado holístico na atenção às mulheres idosas com diabetes, atentando-se ao cuidado dos pés, dando maior suporte ao profissional na tomada de decisão.

Referências

ASSUMPÇÃO, E. C. *et al.* Comparação dos Fatores de risco parágrafo amputações Maiores e Menores los patients Diabéticos de hum Programa de Saúde da Família. *J. vasc. bras.*, v.8, n.2, pp 133-138, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v8n2/a06v8n2.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2013.

BELON, A.P. *et al.* Diabetes em idosos: perfil sócio-demográfico e uso de serviços de saúde. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais-ENEP, 16, 2008. Caxambu-MG. Anais: (ISBN 978-85-7192-814-5). Minais Gerais –MG-Brasil, 2008, p. 1-10. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1642.pdf>. Acesso em: 20 mai. 2013.

BORGHI, A. C. *Diabetes Mellitus: sistematização da assistência de enfermagem com ênfase ao portador de neuropatia periférica* Review. *uningá* v. 08, n. 2.. p. 103-112. oct./dez. 2011. Disponível em: <http://www.uningareview.com.br/adm/uploads/86efef573e4f9a552a88636221773995.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

BORTOLETTO, M. S. S.; HADDAD, M. C. L.; KARINO, M. E. Pé diabético, uma avaliação sistematizada. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar.*, Umuarama, v. 13, n. 1, p. 37-43 jan./abr. 2009. Disponível em: <<http://revistas.unipar.br/saude/article/view/2795/2081>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

BRASIL. Caderno de Informação em Saúde. Região da Saúde Juazeiro do Norte. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. 2013a. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br/index.php/downloads/category/83-cadernos-de-informacao-em-saude>>. Acesso em: 14 abr. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Passo a Passo das Ações do Departamento de Atenção Básica. 2011. Brasília – DF. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/passo_passo_acoes_sb.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2013.

CAIAFA, J. S. *et al.* Atenção integral ao portador de pé diabético. *J. vasc. bras.*, v.10, n.4, suppl.2, p 1-32, 2011. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/jvb/v10n4s2/a01v10n4s2.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2013.

CARDOZO, A.C.O.; MARTINS, C.R.A.L. Correlação Entre o Envelhecimento e a Hereditariedade no Desenvolvimento de Diabetes Mellitus Tipo 2: Um Estudo Transversal Analítico. *Revista de Divulgação Científica Sena Aires*. v.2, p. 133-140, Jul./Dez. 2012.

CISNEROS, L. L. E; GONÇALVES, L. A. O. Educação terapêutica para diabéticos: os cuidados com os pés na realidade de pacientes e familiares. *Ciênc.. saúde coletiva*, v.16, supl.1, p 1.505-1.514, 2011.

DUARTE, N., GONÇALVES, A. Pé diabético. *Rev. Angiologia e Cirurgia Vascular*, v.7, n. 2, p. 65-69, jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/ang/v7n2/v7n2a02.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2013.

FERNANDES. C.E. *et al.* Diretriz Brasileira sobre prevenção de doenças cardiovasculares em mulheres climatéricas e a influência de terapia hormonal. 2008. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2008/diretriz_DCV.asp>. Acesso em: 09 fev. 2014.

FREITAS, L. R. S. ; GARCIA, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. *Epidemiol. Serv. Saúde*, v.21, n.1, p. 07-19, 2012. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n1/v21n1a02.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

KÜHN, M. C.; ARAUJO, B. V. Caracterização de pacientes diabéticas atendidas no programa Hiperdia do município de Giru-/RS. *Rev. Bras. Farm.*, v.89, v.2, p 91-94, 2008. Disponível em: <http://www.rbfarma.org.br/files/pag_91a94_caracterizacao_diabeticas.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

LESSMANN, J.C.; SILVA, D.M.G.V.; NASSAR, S.M. Mulheres com Diabetes *mellitus* tipo 2: perfil sociodemográfico, biométrico e de saúde. *Rev. Acta Paul Enferm.*, n 01, v. 25, p.81-6. 2012.

LIMA, A.P.; PEREIRA, D.A.G; ROMANO, V.F. Perfil Sócio-Demográfico e de Saúde de Idosos Diabéticos Atendidos na Atenção

Primária. Rev. Bras. Ciências da Saúde, v. 15, n.1, p. 39-46, 2011. ISSN 1415-2177. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/rbcs/article/viewFile/9911/5813>> Acesso em: 10 fev. 2014.

PEDROSA, H.C. GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. Conselho Internacional sobre Pé Diabético. Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.

ROCHA, R. M.; ZANETTI, M. L., SANTOS, M. A. Comportamento e conhecimento: fundamentos parágrafo prevenção fazer pé diabético. Acta. Paul. Enferm. v.22, n.1, p 17-23, 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n1/a03v22n1.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

SANDOVAL, R.; RONSONI, M. F. Avaliação dos pés de pessoas com Diabetes Mellitus. Santa Catarina, 2013. Disponível em: < http://www.hu.ufsc.br/~grumad/ficha_avaliacao_pe_diabetico.pdf>. Acesso em 12 jun 2013.

SANTOS, Dyana Mirelle Cunha. Perfil epidemiológico de pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 assistidos pelo PSF rural do município de Palmácia-CE. 2008. 68f. Trabalho de conclusão de curso. (Curso de Especialização em Diabetes e Hipertensão)- Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará Paulo Marcelo Martins Rodrigues-Fortaleza-CE. 2008.

SANTOS, E. A. *et al.* Morbidades e qualidade de vida de idosos com Diabetes Mellitus residentes nas zonas rural e urbana. Rev. Esc. Enferm. USP, vol.47, n.2, p. 393-400, 2013. ISSN 0080-6234. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/17.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2014.

SILVA, L. M. C. *et al.* Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. Rev. esc. enferm. USP, v.44, n.2, p. 462-468, 2010. ISSN 0080-6234. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/31.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2009. Disponível em: < http://www.diabetes.org.br/attachments/diretrizes09_final.pdf>. Acesso em: 24 mai. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2012-2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes no Idoso. Jun. 2011. Disponível em: < <http://www.diabetes.org.br/colunistas-da-sbd/diabetes-em-pacientes-especiais/1826>>. Acesso em: 24 mai. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. O Diabtes. Ago. 2014. Disponível em: <<http://www.diamundialdodiabetes.org.br/2014/08/15/sobre-o-diabetes/>>. Acesso em: 16 ago. 2014.

TAVARES, D.M.S.; DIAS, F. A.; ARAÚJO, L.R.; PEREIRA, G.A. Perfil de clientes submetidos a amputações relacionadas ao diabetes mellitus. Rev. Bras. Enferm., Brasília, v. 62, n.6, p. 825-30, nov./ dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n6/a04v62n6.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2013.

VIEGAS-PEREIRA, A. P. F.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Fatores associados à prevalência de diabetes auto-referido entre idosos de Minas Gerais. R. bras. Est. Pop., São Paulo, v. 25, n. 2, p. 365-376, jul./dez. 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v25n2/v25n2a11.pdf>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

Agradecimentos

Às pacientes por se disporem a participar da pesquisa, a toda a equipe de saúde da família da unidade básica em estudo pelo apoio e contribuições.

AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS ATÉ UM ANO EM DUAS COMUNIDADES DO BAIRRO SERRINHA EM FORTALEZA.

Lirennapaiva Narciso – Universidade Federal Do Ceará / E-mail: lirennapaiva@gmail.com

Orlando Lima Diógenes - Universidade Federal Do Ceará

Taís Castelo de Oliveira - Universidade Federal Do Ceará

Isadora Sales Nogueira - Universidade Federal Do Ceará

Thuliermes Lopes Pamplona - Universidade Federal Do Ceará

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti - Universidade Federal Do Ceará

Palavras-chave: Aleitamento materno. Promoção da saúde. Puericultura. Desmame.

Resumo

O aleitamento materno é um tema bastante importante para a compreensão do desenvolvimento das crianças. Esse tema é o objeto desse trabalho, que, norteado pelos dados obtidos pelo Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar, visa analisar a prevalência da amamentação, seja exclusiva ou complementada, nas comunidades observadas, e traçar um quadro que elucide a situação, comparando com dados nacionais, estaduais e municipais e possibilitando conclusões acerca do objeto de estudo escolhido.

Os resultados obtidos mostraram algumas informações previstas, mas outras muito relevantes para projetos e pesquisas futuros que visem reverter o quadro apresentado durante o trabalho ou elucidar outros aspectos desse objeto de estudo, fundamentando, possivelmente, medidas públicas que mudem o panorama revelado e enalteçam ainda mais a relevância da amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses.

Introdução

O aleitamento materno constitui questão essencial para a saúde humana, especialmente nos primeiros anos de vida, pois, além de atender às necessidades nutricionais e metabólicas, fornece à criança proteção imunológica. Segundo recomendação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento deve ser exclusivo nos primeiros seis meses de vida. A partir de então, devem ser introduzidos, de maneira gradual, alimentos complementares ao leite materno, o qual deve ser mantido até os dois anos (ÁVILA;SALVAGNI, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Apesar de todas as recomendações, estudo do Ministério da Saúde, revelou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses é de apenas 41% no Brasil, 37% na região Nordeste e apenas 32,9% em Fortaleza, tendo esta o terceiro pior índice de aleitamento exclusivo do Brasil. No que concerne ao aleitamento dos nove aos 12 meses, foi verificado que a prevalência foi de 58,7% no Brasil, 59% na região nordeste e 57,2% em Fortaleza.

Ciente dessa realidade brasileira, o Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar sempre busca conscientizar as mães da importância da amamentação, desde a gravidez. As crianças acompanhadas são cadastradas a partir do Encontro das Gestantes, atividade promovida pelo Projeto, onde, através do diálogo, orientações acerca da gravidez e dos cuidados com o recém-nascido são transmitidas.

Metodologia

Foram avaliados dados; referentes à alimentação dos bebês durante seu primeiro ano de vida; contidos nas fichas de acompanhamento da puericultura, preenchidas pelos membros do Projeto durante as visitas, as quais perfazem um total de quatro (uma a cada três meses, aproximadamente) durante o primeiro ano de vida de cada criança. As visitas são realizadas a partir de um cadastro prévio, realizado no Encontro das Gestantes, promovido pelo mesmo Projeto, que atua nas comunidades Neo e Garibaldi, no Bairro Serrinha em Fortaleza. Nas fichas são encontradas informações que incluem hábitos de higiene e alimentação, além do acompanhamento do cartão vacinal da criança, bem como do seu crescimento e desenvolvimento, sendo esses dados atualizados a cada visita. Foi analisado o item ``Alimentação`` das fichas de crianças que tiveram sua última visita realizada nos anos de 2012 e 2013, totalizando 28 crianças, portanto, 28 fichas.

Resultados e Discussão

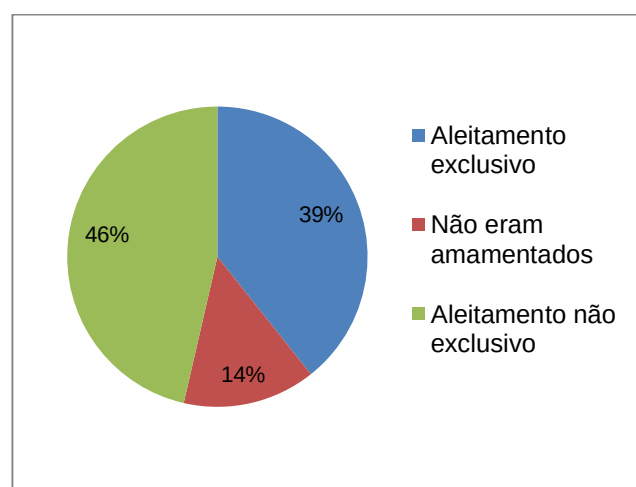


Figura 1. Alimentação dos bebês na 1ª visita.

Na 1ª visita, foram acompanhadas crianças com idades entre 12 dias e quatro meses e cinco dias. Sendo a média de idade de um mês e 17 dias. Com isso, pode-se perceber que todas estão na faixa de idade em que deveriam estar em aleitamento materno exclusivo, entretanto, menos da metade dessas crianças estavam inseridas nessa condição. Apesar disso, a prevalência do aleitamento exclusivo no grupo em questão ainda obteve valores maiores quando comparada à cidade de Fortaleza (32,9%).

Outro valor importante foi que 14% das mães haviam parado de amamentar completamente seus filhos já na 1ª visita, fato preocupante, pois o

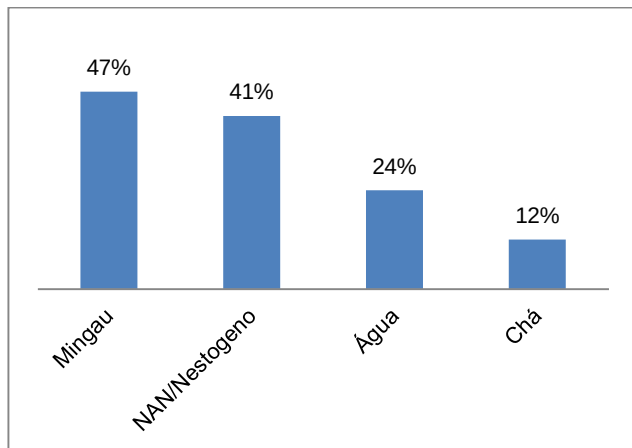


Figura 2. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou não se alimentavam exclusivamente do leite materno na 1ª visita (mais de uma resposta válida).

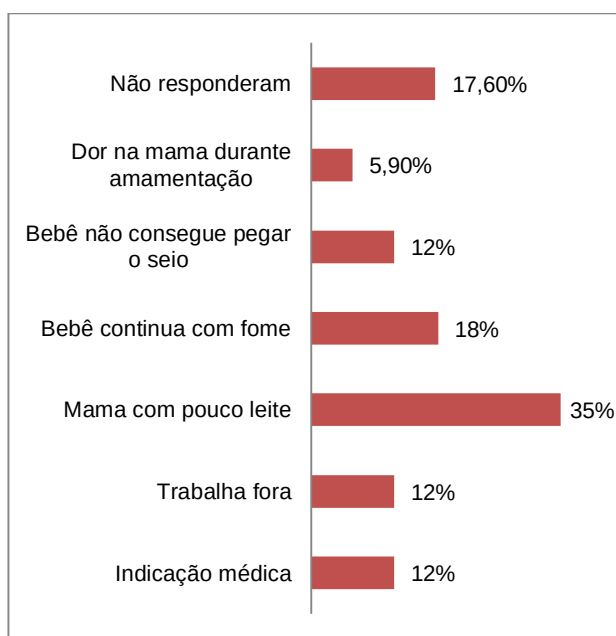


Figura 3. Justificativas das mães para não amamentar. Incluem outros alimentos na dieta dos filhos - 1ª v

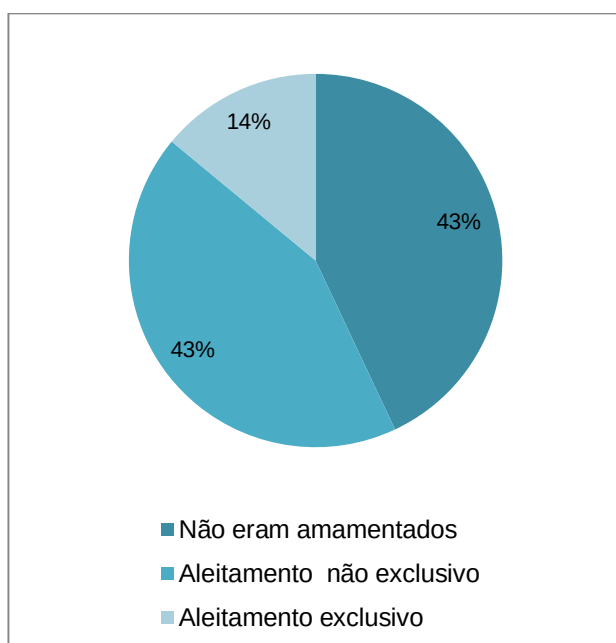


Figura 4. Alimentação dos bebês na 2ª visita.

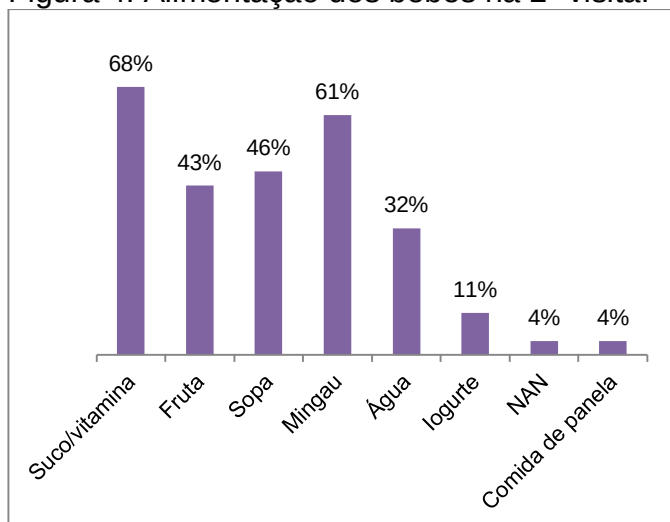


Figura 5. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou não se alimentavam exclusivamente do leite materno na 2ª visita (mais de uma resposta válida).

Ainda na 1ª visita, pode-se perceber que o principal alimento oferecido aos bebês foi mingau, preparado com leite de vaca e farinhas engrossantes, ambos prejudiciais ao bebê, tanto por não atender às suas necessidades nutricionais quanto por não serem apropriadas ao seu sistema digestório, causando, muitas vezes, incômodos e cólicas. Além disso, estudos sugerem que a exposição ao leite de vaca antes dos quatro meses pode ser determinante do A principal justificativa das mães para não amamentar mais ou incluir alimentos complementares na dieta dos filhos precocemente foi o fato de não possuir leite suficiente. Entretanto, sabe-se que o volume diário da produção láctea é suficiente para a nutrição do lactente até o sexto mês de vida e se relaciona com a frequência da sucção e com a técnica adequada de amamentação. O que torna importante oferecer a mama na hora em que o bebê quiser, sem estabelecer horários para as refeições. Outra justificativa prevalente foi a que o bebê continua com fome que se relaciona com a Na 2ª visita foram acompanhadas crianças com idades entre dois meses e sete dias a oito meses e um dia. Sendo a média de idade de cinco meses e 17 dias. É possível perceber um grande aumento na prevalência de crianças que não eram mais amamentadas, que passou de 14% na 1ª visita para 43% na 2ª visita. A prevalência do aleitamento materno exclusivo teve um declínio, passando de 39% na 1ª visita para 14% na 2ª visita. Entretanto, vale ressaltar que nem todas as crianças estavam na faixa

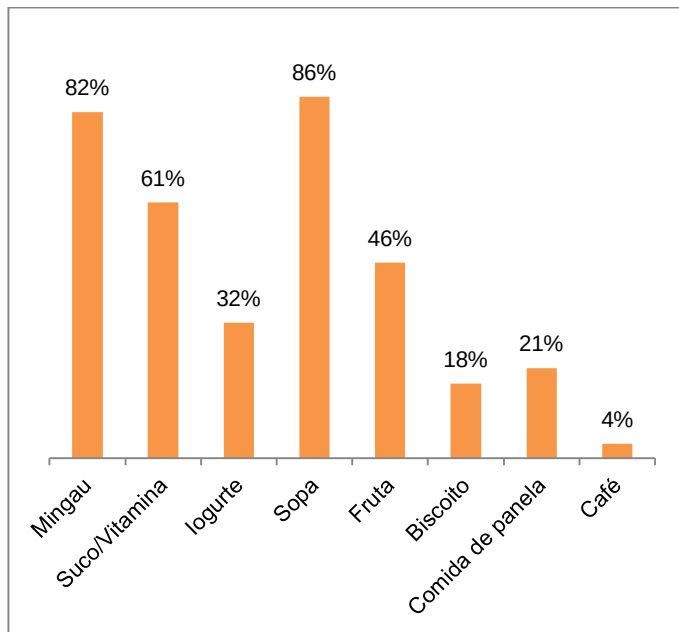


Figura 6. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou que estavam com alimentação complementar - 3ª visita (mais de uma resposta válida).

Acerca da alimentação dos que não eram mais amamentados ou não se alimentavam exclusivamente do leite materno na 2ª visita, houve uma prevalência de suco/vitamina e mingau, alimentos complementares, que devem ser adicionados à dieta do lactente a partir dos seis meses. Entretanto, grande parte dos lactentes com menos de seis meses já tinham iniciado a alimentação complementar, fato que necessita de atenção e intervenção

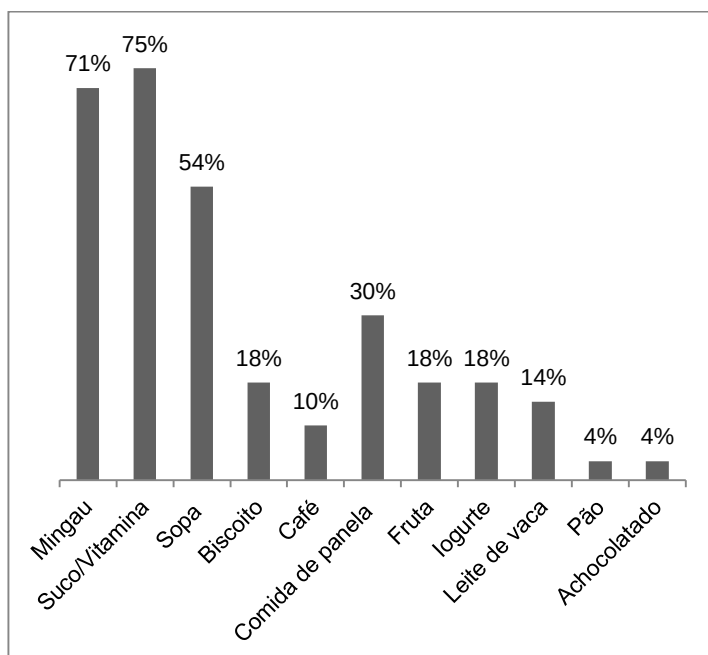


Figura 7. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou que estavam com alimentação complementar - 4ª visita (mais de uma resposta válida).

Na 3ª visita, as crianças tinham entre sete meses e dois dias a dez meses e sete dias, com média de idade de oito meses e 20 dias. A incorporação de biscoito e café à alimentação dessas crianças é um fato que requer a conscientização das mães, visto que esses alimentos não são recomendados em idade tão pequena. Em relação à dieta das crianças na 4ª visita, teve como principais alimentos constituintes o mingau e o suco/vitamina. Percebe-se que biscoito e café tiveram seus números aumentados em relação à 3ª visita, o que, novamente, demonstra, possivelmente, a falta de informação das mães acerca dos nutrientes que esses

Conclusão

Os resultados encontrados durante a pesquisa são muito importantes para analisar a forma com a qual o aleitamento materno é praticado nas famílias das comunidades acompanhadas, bem como as alternativas alimentares encontradas para substituir o aleitamento exclusivo ou complementar o aleitamento materno. A partir dessa análise, foi possível entender que, apesar de ser reconhecido como essencial para o desenvolvimento inicial da criança, o leite materno não é a principal fonte alimentar para as crianças pesquisadas, as quais, como foi observado nos resultados da pesquisa, ainda na primeira visita, apresentavam o mingau como fonte alimentar predominante, nos casos dos bebês que não eram amamentados, ou complementares, nos casos dos bebês que não recebiam o leite materno exclusivamente.

Os resultados encontrados e expostos, além de traçar um panorama sobre o aleitamento materno nas comunidades acompanhadas, podem consistir em um meio para a elaboração de mais pesquisas sobre o assunto, englobando mais famílias, norteadas, por conseguinte, mais projetos sociais, como o Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar, que incentivem e conscientizem as mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para o desenvolvimento pleno da criança.

Referências

- ÁVILA, Izabela; SALVAGNI, Evila. Proteção e Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2009. Disponível em: < <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26647/000731106.pdf?sequence=1> >. Acesso em: 01/07/2014.
- FIALHO, Flávia Andrade. et al. Diabetes Mellitus: A Possível Relação com o Desmame Precoce. Revista de Enfermagem UFPE On line, Recife, v.8, n.2, p.372-8, fev.2014. Disponível em: < <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3415/8489> >. Acesso em: 07/07/2014.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 01/07/2014.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. Manual de orientação: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. - São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 01/07/2014.

Agradecimentos

Agradecemos à população do Bairro Serrinha, pela disposição, atenção e colaboração com o Projeto; e pela disponibilidade de nos receber em suas casas. Também somos gratos pelo Professor Luciano, nosso orientador e pelos demais integrantes desse projeto, pelo compartilhamento de experiências que nos trazem crescimento pessoal e acadêmico.

AValiação DA EFETIVIDADE DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM ESCOLARES.

1. Rute Mattos Dourado Esteves Justa – Universidade de Fortaleza - Curso Nutrição. rute_mattos@hotmail.com
2. Mirella Nunes Matos – Universidade de Fortaleza - Curso Nutrição
3. Rayana Ribeiro de Oliveira – Universidade de Fortaleza - Curso Nutrição
4. Cláudia Machado Coelho Souza de Vasconcelos – Universidade de Fortaleza – Pesquisadora/Orientadora

Palavras-chave: Educação alimentar e nutricional. Promoção da saúde. Criança. Efetividade.

Resumo

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma das principais estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável. É um conjunto de ações fundamental para se alcançar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e para garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Realizou-se um estudo de intervenção na Escola de Aplicação Yolanda Queiroz com 15 crianças entre 09 e 11 anos, com objetivo de melhorar o conhecimento sobre alimentação saudável. Realizaram-se 04 intervenções, sendo 01 de diagnóstico situacional e 03 intervenções educativas. As metodologias de ensino utilizadas nas intervenções educativas foram: apresentação de vídeo, dramatização, uso de pirâmide alimentar e exposição de fotos relacionadas à alimentação saudável. O diagnóstico revelou preferência por produtos alimentícios industrializados. A avaliação da atividade educativa 01 revelou percentuais altos de erros dos alunos em relação aos grupos alimentares, o que foi atribuído a complexidade da pirâmide alimentar. Diferentemente, na segunda atividade educativa, encontrou-se percentuais altos de acertos, 100%, 60%, 6,67%, 80% e 100% nas questões 01, 02, 03, 04 e 05, respectivamente. A terceira atividade educativa foi avaliada de forma qualitativa, tendo os alunos demonstrado ótimo desempenho sobre o teor de açúcar, gordura e sal dos alimentos. Conclui-se que as crianças obtiveram de forma geral melhora considerável no conhecimento sobre alimentação saudável, o que pode contribuir para escolhas alimentares mais saudáveis. Apesar do êxito do projeto na consecução dos objetivos de aprendizagem, a continuidade de projetos de EAN deve ocorrer para estimular hábitos alimentares saudáveis.

Introdução

A Educação Alimentar e Nutricional (EAN) é uma das principais estratégias para a promoção da alimentação adequada e saudável. É um conjunto de ações fundamental para se alcançar a Segurança Alimentar e Nutricional (SAN) e para garantir o Direito Humano à Alimentação Adequada (DHAA). Educar no âmbito da alimentação e nutrição é a construção conjunta de processos permanentes e contínuos para aprimorar a produção, a distribuição, a seleção e o consumo de alimentos, de forma adequada, saudável e segura. Também, como uma diretriz da educação alimentar e nutricional, encontra-se a valorização de hábitos e tradições culturais de cada indivíduo e do seu grupo social de convívio, além da conscientização cidadã sobre o desperdício de alimentos e sua utilização integral.

Dessa forma, entendendo o corpo como um todo complexo que interage com o seu meio de modo dinâmico, interdependente e inter-relacional, a importância da alimentação não se restringe ao aspecto nutricional e extrapola a visão quantitativa da alimentação com vistas à promover a alimentação saudável e adequada e o combate às duas faces da insegurança alimentar e nutricional: tanto aquela expressa pela falta do alimento, quanto a expressa pelo excesso (BRASIL, 2013).

É principalmente na infância, período no qual os hábitos alimentares são formados. Esses hábitos, que tendem a se manter ao longo da vida, são determinados principalmente por fatores fisiológicos, sócio-culturais e psicológicos (PESSA, 2008).

A alimentação da criança, desde o nascimento e nos primeiros anos de vida, tem repercussões ao longo de toda a vida, sendo a mesma considerada um dos fatores mais importantes para a saúde da criança. Nesta fase, além de suprir as necessidades nutricionais, também é uma das principais formas de contato com o mundo externo. A fase pré-escolar é um período decisivo na formação de hábitos alimentares, que tendem a continuar na vida adulta, por isso a importância de estimular o consumo de uma alimentação variada e equilibrada (BERNART; ZANARDO, 2011).

À medida que a criança começa a frequentar outros ambientes, como a escola, se inicia uma intensa socialização, onde novas influências serão sofridas. Há uma grande tendência de repetir o comportamento de professores e de outras crianças, que podem ser bons ou ruins. Por isso a necessidade do incentivo de uma alimentação saudável em grupo (SOUZA, 2006).

De acordo com Boog (1999), a educação nutricional tem grande importância em relação à promoção de hábitos alimentares saudáveis desde a infância. Nesse contexto, é imperativo o estabelecimento de uma educação alimentar, que deve ter início desde a infância, como forma de oferecer elementos que permitam ao indivíduo avaliar suas verdadeiras demandas.

As dinâmicas ludo pedagógicas são essenciais na promoção de bons hábitos alimentares. As crianças aprenderam mais facilmente por meio de brincadeiras, sobretudo quando o assunto de alimentação saudável, inclui o aumento do consumo de frutas, legumes e verduras, e a diminuição do consumo de doces, frituras, etc. Sendo assim, os escolares passam a ter maior contato com os alimentos mais rejeitados (verduras, frutas e legumes) e aprendem sobre a importância do consumo de cada grupo alimentar (BERNART; ZANARDO, 2011).

O papel da educação alimentar e nutricional está vinculado à produção e assimilação de informações que sirvam de subsídios para auxiliar a tomada de decisões dos indivíduos (SANTOS, 2005). Sendo assim, o presente trabalho tem como objetivo promover conhecimento sobre alimentação e nutrição em escolares, a fim de favorecer o desenvolvimento de hábitos alimentares mais saudáveis.

Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção, com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado por estudantes do curso de nutrição da UNIFOR, nos meses de março a maio de 2014. A primeira etapa do estudo envolveu a elaboração de um projeto de educação alimentar e nutricional tendo como público alvo crianças (09 a 11 anos) e pais da Escola de Aplicação Yolanda Queiroz.

A Escola de Aplicação Yolanda Queiroz, situada dentro do campus da Universidade de Fortaleza (UNIFOR), é um projeto social mantido pela UNIFOR e classificado como uma escola particular segundo o MEC. Seu público alvo são filhos de funcionários da instituição e pessoas de baixa renda da circunvizinhança. O colégio tem atualmente quinhentos e cinquenta alunos matriculados do infantil cinco ao quarto ano do ensino fundamental, funcionando em dois turnos: manhã e tarde. Possui vinte e dois alunos por sala e um professor.

A primeira etapa do estudo objetivou conhecer as crianças e aplicar uma atividade de diagnóstico situacional, que é a primeira fase do planejamento de um projeto de EAN que envolve identificação do problema, suas possíveis causas e determinação de objetivos e prioridades (FAGIOLI *et al.*, 2008). Para esta primeira etapa realizou-se a seguinte dinâmica: dividimos os alunos em três grupos (cada grupo com 3 a 5 alunos) sendo cada grupo coordenado por um dos pesquisadores. Utilizaram-se figuras de alimentos saudáveis,

alimentos regionais e alimentos não saudáveis. Cada grupo montou um pratinho com os alimentos que eles mais gostavam e que eles costumavam comer. Após a montagem dos pratos, realizou-se uma chuva de ideias com eles questionando o porquê das escolhas e se eles tinham algum conhecimento do benefício ou malefício das mesmas. Aplicou-se também um questionário com 10 perguntas para sondar um pouco mais dos hábitos alimentares deles, para poder definir um diagnóstico mais preciso e uma forma de ação mais efetiva.

Após identificação do problema e formulação do objetivo geral e de aprendizagem, formulamos três atividades para atuar sobre o problema alvo. A atividade 1 realizada no dia 28/04/2014 intitulada: 'Vamos ser amigos dos grupos alimentares', que teve como objetivo de aprendizagem: Entender a importância de consumir todos os alimentos da pirâmide alimentar nas quantidades recomendadas. Nesta atividade utilizou-se um vídeo do Youtube® que fala sobre a pirâmide alimentar, a importância do consumo de todos os grupos, benefícios do consumo e quais são os alimentos. Em seguida, as crianças foram estimuladas a comentar o vídeo e com o auxílio de um banner da pirâmide alimentar as pesquisadoras foram tirando algumas dúvidas. Após esse momento, para avaliar a compreensão dos conteúdos repassados, as crianças se reuniram com seus grupos já pré-estabelecidos e receberam uma pirâmide alimentar de isopor, os alimentos respectivos de cada grupo (imagens impressas) e papéis escritos com as principais funções de cada grupo (ex: carboidrato - energia para brincar e correr); As crianças deveriam montar a pirâmide alimentar pelo o que eles ouviram e viram no vídeo.

A atividade 2 com o nome: ' Super amigos, super poderes' realizada no dia 05/05/2014, teve como objetivo de aprendizagem: Entender os benefícios de consumir frutas e verduras. A prática se deu em dois momentos. Primeiro a dramatização de uma peça e depois a degustação de um bolo de beterraba e suco de cenoura, laranja e maçã no segundo momento. As crianças não sabiam que o bolo tinha beterraba como um dos ingredientes e nem de que era o suco. Logo após esse momento, foram elaboradas 5 perguntas de verdadeiro (V) ou falso (F) relativas ao conteúdo da dramatização em questão.

Já a atividade 03 realizada no dia 12/05/2014 com o nome "Aprendendo o que faz mal à minha saúde", teve como objetivo de aprendizagem: compreender os malefícios causados pelo excesso no consumo de produtos industrializados e identificar a quantidade de açúcar, sal e gordura dos alimentos. Utilizaram-se imagens impressas de alimentos industrializados mais relatados por eles e mostrou-se a quantidade em gramas de cada componente no alimento em questão. Os alimentos foram: refrigerante, biscoito recheado, mortadela, salsicha, salgadinhos, pizza de mussarela, coxinha, miojo, bolo de chocolate e chocolate. Antes de mostrar cada alimento, as pesquisadoras pediram que as crianças com conhecimento prévio deles dissessem quanto cada alimento tinha de açúcar, sódio ou gordura e depois mostraram-se as reais quantidades de sódio, açúcar e gordura que contém neles. Para esta atividade também foi elaborado um folder para os pais, que foi anexado a agenda da criança, que continha receitas de preparo de alimentos saudáveis e dicas gerais sobre práticas saudáveis.

A avaliação nessa atividade foi qualitativa a partir de perguntas como: "você tinham noção da quantidade de açúcar/sal/ gordura que tinha nesse alimento? O que você acharam sobre isso e qual seu primeiro pensamento em relação ao que foi mostrado?".

Os dados foram analisados mediante estatística descritiva, utilizado frequência, percentual e média.

Resultados e Discussão

Na atividade de diagnóstico situacional, identificou-se que as crianças entendem a necessidade do consumo de frutas e verduras, porém esse entendimento é limitado, pois não conhecem o conceito de alimentos saudáveis, seus respectivos benefícios e tem baixo consumo dos mesmos. Os alimentos mais citados como preferidos e mais consumidos foram: bolo de chocolate, hambúrguer, biscoito recheado, cuscuz, industrializados em geral. Notou-se também que eles têm preferência e um alto consumo de alimentos industrializados, o que pode ter sido um dos fatores para que a maioria das crianças estivessem com aparente excesso de peso.

Diversos são os estudos que correlacionam estado nutricional (IMC) com o grau de conhecimento de nutrição, como mostra Triches e Giugliani (2005), que buscou avaliar a associação da obesidade com as práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em 573 alunos, das escolas municipais de Dois Irmãos e Morro Reuter, RS. As práticas alimentares e conhecimentos em nutrição foram avaliados por questionário auto-aplicado aos escolares. A obesidade mostrou-se associada com menos conhecimento de nutrição e práticas alimentares menos saudáveis. Crianças com essas características apresentaram cinco vezes mais chances de serem obesas.

Na primeira atividade educativa percebeu-se o quanto as crianças ainda tinham dificuldade de relacionar os alimentos com seus respectivos grupos alimentares. Apenas um grupo de alunos (33%) acertou o lugar e a função dos cereais e frutas. Percebeu-se a dúvida dos alunos em relacionar os alimentos, que por serem fritos, assados ou industrializados, acabaram colocando no grupo dos açúcares ou gorduras. Tendo essa dificuldade também em relação ao iogurte, onde 66,6% das crianças associaram o alimento ao grupo dos açúcares, relatando que era um alimento industrializado. Em relação ao grupo das carnes, o mesmo fato foi visto, pois apesar de todos os grupos terem acertado pelo menos algum alimento que continha no grupo alimentar, por alguns serem fritos (ovo), eles relacionaram com sabor, errando sua função e o associando a função das gorduras. Outro erro ocorrido em todos os grupos foi em relação ao grupo dos óleos e gorduras, onde nenhum grupo acertou sua posição, chegando até a um grupo a deixar o espaço em branco. Acredita-se que isso ocorreu porque as frases dos grupos dos cereais, açúcares e gorduras eram muito parecidas, diferenciando em algumas palavras, dificultando a melhor assimilação pelas crianças. Pelo fato da mesma função ser dada aos grupos de leite e carne, os alunos misturaram leite e carne no mesmo grupo, não sabendo diferenciar o lugar de um e de outro. Procurou-se utilizar linguagem simples, compatível com a faixa etária, associando com funções que as crianças entendessem. Pelo fato das funções de alguns grupos serem iguais, contribuiu para que os alunos tivessem dificuldade de diferenciar um grupo de outro, misturando os alimentos nos grupos alimentares. Tais dificuldades encontradas, também foram apontadas por outro estudo também de intervenção nutricional realizado durante aproximadamente 3 meses, que avaliou o impacto da educação nutricional sobre o conhecimento de nutrição em 136 estudantes de 2ª e 3ª séries de uma escola pública, de Belo Horizonte, Minas Gerais. Após o projeto, a partir da aplicação de questionários auto-explicativos, os autores observaram aumento significativo dos acertos ($p = 0,007$) sobre o nutriente cálcio. As questões relativas ao ferro e à pirâmide alimentar não sofreram alterações significativas ($p = 0,457$ e $0,325$, respectivamente), avaliando que o tema da pirâmide não sofreu muitos acertos devido sua complexidade (CARVALHO *et al.*, 2010).

Os resultados da avaliação da atividade 02 foram os seguintes: 100 % de acertos na pergunta 1 (15 crianças) 60 % de acertos na pergunta 2 (9 crianças) 6,67 % de acertos na pergunta 3 (1 criança), 80 % de acertos na pergunta 4 (12 crianças) e 100 % de acertos na pergunta 5 (15 crianças). A média de crianças que acertou cada uma das 05 questões foi de 10,4. A maioria das crianças considerou a beterraba uma fruta, fato que levou a grande maioria a errar essa questão (questão 03).

Em relação a terceira atividade educativa, observou-se que elas tinham a pré concepção de que todos os alimentos mostrados tinham altas quantidades de sal, óleo e açúcar, com exceção da coca, na qual eles ficaram impressionados com a quantidade de açúcar que continha em uma latinha. Ficaram impressionados também com a quantidade de açúcar, óleo e sal que ingeriam na adição de um combo de refeições (ex: coca com biscoito recheado ou pizza com refrigerante). O tempo todos eles relacionavam essas altas quantidades com futuras doenças, como diabetes, hipertensão, obesidade, cáries dentárias e também associavam exemplos de seus próprios parentes (tios, pais, avós) que tinham esses problemas. A atividade não foi 100 %, devido as crianças não terem fixado as medidas caseiras mostradas. As pesquisadoras avaliaram que apesar de não saber precisar a medida caseira de açúcar, sal e gordura,

as crianças demonstraram conhecimento sobre a grande quantidade desses ingredientes nos alimentos trabalhados. É importante refletir que para alcançar uma alimentação saudável é necessário evitar que informações incorretas e contraditórias alcancem a população e torna necessário também apresentar condições que tornem factíveis a adoção das orientações sobre uma alimentação adequada, tais como o presente projeto de intervenção nutricional e os demais referenciados (PIOLTINE *et al.*, 2010).

Conclusão

Conclui-se que os resultados encontrados foram satisfatórios, sendo verificado melhoria no conhecimento sobre saúde, nutrição e alimentação. Atribui-se tais resultados ao planejamento prévio das atividades educativas, que envolveu sondagem prévia de conhecimentos sobre a temática, definição clara dos objetivos de aprendizagem, seleção adequada de tendência pedagógica bem como métodos e técnicas de ensino compatíveis com a faixa etária. Entretanto, observou-se que o planejamento de algumas atividades poderia ser melhorado, o que poderia implicar em resultados ainda mais satisfatórios. O curto tempo de intervenção sugere a necessidade de continuidade de programas de educação alimentar e nutricional com esses alunos, de forma a alcançar não só melhoria nos conhecimentos, mas também nos hábitos alimentares, o que não foi possível avaliar nesse estudo.

Referências

BRASIL, 2013. Educação Alimentar e Nutricional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/educacao-alimentar-e-nutricional>. Acesso: 10/08/14.

BERNART, A.; ZANARDO, V.P.S. Educação nutricional para crianças em escolas públicas de Erechim/RS. Revista Eletrônica de Extensão da URI, v.7, n.13, p.71-79, 2011.

BOOG, M.C.F. Educação nutricional em serviços públicos de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, supl. 2, p.139-148, 1999.

CARVALHO, A.P.; OLIVEIRA, V.B.; SANTOS, L.C. Hábitos alimentares e práticas de educação nutricional: atenção a crianças de uma escola municipal de Belo Horizonte, Minas Gerais. Pediatria, v.32, n.1, p.20-7, 2010.

FAGIOLI, D.; NASSER, L.A. Educação nutricional na infância e na adolescência: planejamento, intervenção, avaliação e dinâmica. São Paulo: RCN, 2008, 241p.

PESSA, R.P. Seleção de uma alimentação adequada. In: DUTRA-DE-OLIVEIRA, J.E.; MARCHINI, J.S. Ciências nutricionais. São Paulo, Sarvier, 2008. p. 21-51.

PIOLTINE, M.B.; SPINELLI, M.G.N. Conhecimento sobre nutrição e sua relação com o IMC de escolares. Rev. Simbio-Logias, v.3, n. 4, 2010.

SANTOS, L.A.S. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. Rev. Nutr., Campinas, v.18, n.5, p.681-692, set./out. 2005.

SOUSA, P. M. O. Alimentação do Pré-Escolar e as Estratégias de Educação Nutricional. Brasília-DF. Maio, 2006.

TRICHES, R.M.; GIULIANI, E.R.J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Rev Saúde Pública, v.39, n.4, p. 541-547, 2005.

Agradecimentos

A Universidade de Fortaleza (UNIFOR) que incentiva e oferece oportunidades aos estudantes. A professora do módulo de comportamento alimentar e educação nutricional Cláudia Machado C.S de Vasconcelos pelo incentivo ao desenvolvimento deste trabalho e apoio. Aos alunos e professora da Escola de Aplicação Yolanda Queiroz pelo acolhimento dado durante a execução do trabalho. A Deus pela vida e oportunidades.

AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO PROFISSIONAL PARA ATUAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Autor 1 (apresentador) – Lúcia de Fátima Rocha Bezerra Maia. Universidade Estadual do Ceará. luciarochamaia@yahoo.com.br

Autor 2 – Caroline Oliveira da Silva, Universidade Estadual do Ceará.

Autor 3 – Milena Bezerra de Oliveira, Universidade Estadual do Ceará

Autor 4 – Ana Paula Silveira de Moraes Vasconcelos, Universidade Estadual do Ceará

Autor 5 – (Orientador) – Lúcia Conde de Oliveira, Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Formação Profissional. Atenção Primária.

Resumo

A formação de profissionais para atuar na área de saúde configura como avanço da Reforma Sanitária Brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde. Para consolidar a orientação da formação de saúde, ressalta-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), tendo como objetivo integrar ensino-serviço, reorientando a formação profissional por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença, nos eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica com ênfase na atenção primária. Este trabalho objetiva avaliar o curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará, com ênfase na formação para atuação no setor saúde, em especial para a atenção primária.

O estudo tem como cenários a Universidade Estadual do Ceará e a Rede de Atenção Primária em Saúde de Fortaleza. A pesquisa abrange a abordagem qualitativa. São sujeitos da pesquisa, os atores envolvidos no processo formativo dos profissionais de Serviço Social, englobando os discentes e docentes, supervisão de estágio, coordenadores do curso. Ainda compõem a amostra representante da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e egressos lotados na gestão e/ou na atenção primária. A análise dos dados será norteada pelos quatro eixos propostos por Ceccim e Feuerwerker (2004): Ensino, Serviço, Gestão e Controle Social. O curso de Serviço Social assume um Projeto de Formação Profissional que preconizam a formação com capacitação ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para o enfrentamento da questão social no Brasil contemporâneo. Reconhece a importância da formação no campo da saúde, comprometida com a .

Introdução

O reconhecimento da saúde como direito universal assegurado na Constituição Federal (CF) de 1988 tem gerado vários desafios. Entre estes se destacam: a reorientação do modelo de atenção, o financiamento, o controle social e os recursos humanos (RH). Em relação aos recursos humanos, destaca-se o papel da formação, uma vez que a formação de profissionais para atuar na área de saúde configura papel fundamental para o avanço da Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A CF determina a competência do SUS para ordenar a formação de RH na área da saúde (BRASIL, 1988).

No intuito de consolidar a orientação da formação de saúde, ressalta-se o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde). Este tem como objetivo integrar ensino-serviço, reorientando a formação profissional por meio de uma abordagem integral do processo saúde-doença, nos três eixos: orientação teórica, cenários de prática e orientação pedagógica com ênfase na atenção primária (BRASIL, 2007).

Articulado ao Pró-Saúde, o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde, o PET-Saúde (BRASIL, 2009b), caracteriza-se como um instrumento de qualificação em serviço para estudantes dos cursos de graduação, bem como educação permanente para os trabalhadores do SUS.

Consoante preconizam Ceccim e Feuerwerker (2004), a formação dos profissionais de nível superior, apesar das iniciativas de mudanças, tem se constituído com modelos “essencialmente conservadores”. Conforme estes autores, o Ministério da Saúde tem reconhecido a necessidade de mudanças no modelo formador, com vistas à reorientação da formação em saúde, para as necessidades do SUS e para a qualificação da gestão, da atenção e do controle social.

Com base nas experiências com o Pró-Saúde e PET-Saúde, um grupo de pesquisadores do Ceará construiu o projeto “Avaliação da formação de profissionais de saúde de nível superior pelas universidades públicas em Fortaleza-Ceará” financiado pela FUNCAP PPSUS-2012. A pesquisa está avaliando os cursos da área da saúde nas Universidades Estadual e Federal do Ceará – Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Medicina, Nutrição, Odontologia, Psicologia e Serviço Social.

Este artigo apresenta um recorte desta pesquisa no que se refere à avaliação do curso de Serviço Social da UECE, único curso público da capital cearense. Este projeto propõe a avaliação deste curso, tendo como referência as diretrizes curriculares de 1996, aprovadas pela Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social (ABESS), o projeto pedagógico do curso, e a proposta de reorientação da formação de saúde, para as necessidades do SUS e para a qualificação da gestão, da atenção e do controle social. Seu objetivo geral é avaliar o curso de graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Ceará, com ênfase na formação para atuação no setor saúde, em especial para a atenção primária. Para atender a esse objetivo, foram delineados os seguintes objetivos específicos: caracterizar a experiência de implantação das diretrizes curriculares no curso de Serviço Social, dificuldades, avanços e estratégias adotadas; analisar os conteúdos propostos no projeto político pedagógico à luz das diretrizes curriculares e dos eixos propostos pelo Pró-Saúde; identificar os métodos de ensino-aprendizagem utilizados na formação dos profissionais; identificar como o curso investe na formação do profissional para a atenção primária, evidenciando os conteúdos, cenários de prática e a integração ensino/serviço; identificar na concepção dos sujeitos quais as disciplinas se alinha com a formação para a atenção primária; analisar se o profissional egresso do curso está sendo formado com o perfil proposto pelas diretrizes curriculares, pelo projeto pedagógico e para as necessidades do SUS.

O debate sobre a formação profissional e a revisão curricular no Serviço Social vem ocupando, historicamente, espaço privilegiado nas discussões dos docentes, discentes e profissionais de Serviço Social, coordenado pelas entidades representativas da categoria, conforme registram as pesquisas e documentos produzidos pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). No início dos anos de 1990, a ABESS em parceria com o conjunto CFESS/CRESS e ENESSO em resposta aos desafios e demandas impostas pela conjuntura da sociedade brasileira e pelo debate no interior da categoria, desencadeou um amplo processo de discussão acadêmico-profissional e pedagógica, envolvendo as Unidades de Ensino de Serviço Social filiadas, objetivando a formulação de um novo Currículo Mínimo.

A aprovação das diretrizes curriculares pela ABEPSS ocorreu concomitante com a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) – Lei 9.394 de 20/12/1996 – “[...] tornando oportuno o processo de normatização e definição de diretrizes gerais para o Curso de Serviço Social no espírito da nova Lei” (ABEPSS, 1996, p.4). Essas diretrizes são resultados do processo desencadeado pela categoria e suas entidades, na década de 1970, para romper com o Serviço Social tradicional e construir um projeto

profissional comprometido com a transformação social. Nessa trajetória, ocorreu algum marco significativo como o congresso da virada em 1979, aprovação do Currículo Mínimo 1982, o novo código de ética de 1986 e sua reformulação em 1993. Foram realizadas oficinas locais em Unidades Acadêmicas filiadas à ABESS, oficinas regionais e duas nacionais, um esforço conjunto das unidades de formação acadêmica, das entidades da categoria – conjunto CFESS/CRESS, ABESS, ENESSO e um grupo de consultores da área de serviço social e consultores pedagógicos. Ao final desse processo foi aprovado em assembleia geral extraordinária da entidade, em 1996, com a participação das unidades de ensino, dentre estas o curso de Serviço Social da UECE.

A proposta visa formar bacharéis em Serviço Social dotados de competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa com uma formação generalista em sua capacidade de atuar em um mundo globalizado e apresentar proposições criativas e inovadoras no seu campo de trabalho.

Exige-se um profissional qualificado, que reforce e amplie a sua competência crítica; não só executivo, mas que pensa, analisa, pesquisa e decifra a realidade. Alimentado por uma atitude investigativa, o exercício profissional cotidiano tem ampliado as possibilidades de vislumbrar novas alternativas de trabalho (IAMAMOTO, 2011, p.49).

As Diretrizes Curriculares do Serviço Social, aprovadas pela ABESS, hoje ABEPSS, referendadas por uma comissão de especialistas da área, que prestavam assessoria à Secretaria de Ensino Superior do MEC, foram encaminhadas para o Conselho Nacional de Educação. Sendo homologadas em 2001, tornando-se um texto oficial com força legal. Contudo, de acordo com Iamamoto (2007, p. 445), “A proposta original sofreu uma forte descaracterização no que se refere à direção social da formação, aos conhecimentos e habilidades preconizados e considerados essenciais ao desempenho do assistente social”. Assim, a orientação oficial do MEC de formação dos assistentes sociais não garante os objetivos, nem os conteúdos construídos de forma democrática com ampla participação das unidades de ensino. Dessa forma, torna-se um desafio garantir a efetivação desse projeto profissional, uma vez que cresceu significativamente o número de cursos, principalmente, privados e ainda com um agravante com os cursos na modalidade Educação à Distância (EAD).

Assim, o currículo dos novos cursos emergentes vem se deparando com as propostas colocadas pelo Conselho Nacional de Educação. Este, por sua vez, dispõe de diretrizes esvaziadas de formação crítica. Ressalta-se ainda, com o referido Conselho, há uma redução da carga horária do curso, aligeirando, portanto, a formação dos futuros profissionais de Serviço Social.

Por outro lado, os cursos de Serviço Social, em contrapartida às propostas do Conselho Nacional de Educação (CNE) devem visar à formação e qualificação de Assistentes Sociais capazes de: produzir conhecimentos acerca da realidade social; formular, planejar, implementar e gerenciar políticas sociais públicas e privadas; assessorar e prestar consultoria às organizações públicas, privadas, ONGs, movimentos e grupos sociais populares em matéria relacionada às políticas sociais e à garantia dos direitos humanos, civis, políticos e sociais; trabalhar em parcerias interinstitucionais e em equipes multidisciplinares, tanto no setor público como privado, prestando serviços profissionais na captação, gestão e capacitação de Recursos Humanos.

O setor saúde é um dos campos de atuação que concentra maior número de assistentes sociais. Desde os seus primórdios, os assistentes sociais atuavam nesse setor, e a sua formação contemplava conteúdos específicos dessa área. Contudo, com o Currículo Mínimo de 1982 e as Diretrizes Curriculares do Serviço Social de 1996, esses conteúdos foram excluídos, proporcionando uma formação generalista que habilita os assistentes sociais a atuar em diversos setores do mercado de trabalho. Então se questiona quais as competências e habilidades desenvolvidas na formação que habilitam o assistente social a atuar nesse setor? Que conteúdos permitem desenvolver competências e habilidades para atuar no setor saúde? Que outros componentes curriculares favorecem o desenvolvimento de competências e habilidades para atuar nesse setor? Quais os cenários de práticas específicas do setor saúde? Quais as demandas dos serviços de saúde e da população para a formação dos assistentes sociais? Os conteúdos propostos no projeto político pedagógico contemplam as diretrizes curriculares do curso de Serviço Social?

Em 2006, a ABEPSS realizou uma pesquisa de avaliação da implantação das diretrizes curriculares. Uchôa (2007) apresenta os dados referentes à formação dos assistentes sociais para a saúde, identificando os componentes curriculares relacionados com a saúde, campos de estágios e os projetos de pesquisa e extensão na área. A autora destaca “o interesse teórico e laborativo dos assistentes sociais pelo campo da saúde corresponde à sua presença no mercado de trabalho e ao reconhecimento do significado estratégico que a saúde passou a ter [...]” (UCHÔA, 2007, 196). Ressaltando que o mercado de trabalho e os campos de estágio têm forte presença dos assistentes sociais no setor saúde, mas concentram-se nos níveis secundários e terciários de atenção. A pesquisa identificou a existência de várias disciplinas na área da saúde na maioria das unidades de ensino pesquisada, mas ainda tem 35% de unidades que não introduziram a temática da saúde. Apesar de existir uma produção significativa de pesquisas sobre a política de saúde na pós-graduação, essa bibliografia pouco aparece nos programas das disciplinas da graduação (UCHÔA, 2007).

Metodologia

O estudo tem como cenários a Universidade Estadual do Ceará e a Rede de Atenção Primária em Saúde de Fortaleza. Dada à natureza do objeto proposto, a pesquisa utiliza critérios quantitativos como forma de garantir a representatividade de alguns grupos de sujeitos, no entanto predomina na coleta e análise das informações a abordagem qualitativa.

São sujeitos da pesquisa, os atores envolvidos no processo formativo dos futuros profissionais de Serviço Social, englobando os discentes e docentes que estão em contato com disciplinas com conteúdos da saúde, e supervisão de estágio, bem como coordenadores do curso. Ainda compõem a amostra representante da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza e egressos lotados na gestão e/ou na atenção primária.

Para a coleta dos dados aplicou-se as técnicas de entrevistas com os sujeitos dos diversos segmentos, por meio de um roteiro semiestruturado. A entrevista consiste em uma ferramenta que prioriza a experiência vivida, facilitando aos sujeitos participantes do estudo descrever verbalmente suas experiências em relação ao fenômeno pesquisado. O registro ocorreu por meio de gravação de voz. Após a análise das entrevistas, serão realizados grupos focais para discussão destes resultados com os diversos sujeitos, ocasião em que deverão ser aprofundados/esclarecidos aspectos importantes identificados e que por sua relevância precisam ser debatidos coletivamente como forma de legitimação das informações obtidas.

A análise dos dados será norteada pelos quatro eixos propostos por Ceccim e Feuerwerker (2004): Ensino, Serviço, Gestão e Controle Social. Dessa forma, o processo formativo analisado a partir das Diretrizes Curriculares de 1996, do projeto pedagógico e da proposta de reorientação do Pró-Saúde, será remetido a estes eixos, buscando identificar de que forma estão, ou não, contemplados neste processo.

O projeto maior foi submetido à plataforma Brasil e obteve parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A adesão como informante será expressa mediante ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

A pesquisa iniciou-se com a realização de uma oficina, com a equipe de pesquisadores – docentes, discentes e profissionais – para o embasamento conceitual nos eixos e perspectivas propostos para avaliação do processo formativo.

Realizaram-se também duas oficinas: 1) Construção dos indicadores que ajudem na aproximação e compreensão dos fatores que evidenciem a mudança/evolução dos aspectos avaliados; 2) Oficina com representantes dos segmentos docentes, discente e profissionais para expor e debater a proposta da pesquisa. Procedeu-se a revisão sistemática de pesquisas sobre a formação profissional no período de 2000 a 2012, procurando identificar as produções que enfocam a formação no Serviço Social e particularmente para a saúde.

Procedeu-se o levantamento e a análise dos seguintes documentos: Diretrizes Curriculares Nacionais para o curso de Serviço Social, aprovadas pelo MEC, Diretrizes Curriculares do Serviço Social da ABEPSS, proposta Pró-Saúde II e Projeto Pedagógico do curso de Serviço Social da UECE.

O estudo do projeto pedagógico identificou os seguintes aspectos: concepção e objetivos do curso; coerência entre currículos e objetivos; disciplinas relacionadas com a atenção primária e o dimensionamento da carga horária destas disciplinas em relação à carga horária total, adequação e atualização das ementas e programas das disciplinas relacionadas à atenção primária; atualização e relevância da bibliografia de referência; sistema de avaliação.

A partir das Diretrizes Curriculares de 1996, a UECE elaborou o Projeto Pedagógico do Serviço Social que começou a ser implantado em 2006. Assim, o curso de Serviço Social da UECE assume um Projeto de Formação Profissional que incorpora as orientações propostas pela ABEPSS que preconizam a formação de assistentes sociais com capacitação ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa para o enfrentamento da questão social no Brasil contemporâneo, uma vez que o atual contexto é de aprofundamento das desigualdades sociais e políticas restritivas de direitos, exigindo um profissional propositivo capaz de responder às novas demandas da sociedade.

Nos componentes curriculares obrigatórios desse projeto não eram contemplados conteúdos específicos da área da saúde, embora estivessem presentes em disciplinas optativas. Com a inclusão do curso no Pró-Saúde, em 2008 e ainda em fase de implantação do novo currículo, decidiu-se pela inserção de conteúdos específicos da saúde em Oficina V, no VII semestre, proporcionando assim conhecimentos básicos sobre a política de saúde para todos os estudantes.

Ressalta-se que desde a sua implantação, esse projeto pedagógico ainda não foi avaliado. Nesse sentido, justifica-se o referido estudo para avaliar o alcance desse projeto e a adequação das propostas para garantir conhecimentos básicos sobre a política de saúde para todos os acadêmicos de Serviço Social.

Conclusão

O estudo ora apresentado visa construir evidências científicas acerca da formação do Assistente Social para atuar no Campo da Saúde, em especial na atenção primária. Para além dessa construção, pretende-se construir um diálogo horizontal entre quem produz conhecimento e quem articula práticas assistenciais, forjando assim uma real possibilidade de garantir uma formação que atenda as necessidades do SUS.

Reconhece à importância da formação no campo da saúde, refletindo a atuação profissional, comprometida com a pessoa humana.

Referências

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. *Diretrizes Gerais para o curso de Serviço Social*. Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. *Ministério da Saúde*. Programa nacional de reorientação da formação profissional em saúde (Pró-Saúde). Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/proSaude.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2011.

_____. *Diário Oficial da União*. Nº 178, quinta-feira, 17 de setembro de 2009. Seção 3. Brasília: Imprensa Nacional, 2009b. Disponível em: <http://www.prosaude.org/legislacao/pet-saude-editalSet2009/edital-18-selecao2010-2011-de16set2009.pdf>. Acesso em 1/7/2012.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996. Regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União*, 16 out. 1996.

_____. Ministério da Saúde/ Ministério da Educação. Programa de reorientação da formação profissional em saúde. *Pró-Saúde*: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988.

_____. Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 9394 de 20 de dez. de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9394.htm. Acesso em 14 de jan. de 2013.

CECCIM, RB.; FEUERWERKER, LCM. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 41- 65, 2004.

IAMAMOTO, M. V. *O Serviço Social na Contemporaneidade*: trabalho e formação profissional. 21. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. *Serviço Social em tempo de capital fetiche*: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2007.

UCHÔA, R. Resultados da pesquisa serviço social interfaces com a saúde: o ensino da política de saúde na formação profissional dos assistentes sociais no Brasil. *Temporalis*. n. 13, São Luis: ABEPSS, 2007.

Agradecimentos

A profª Lúcia Conde de Oliveira pela orientação na produção deste trabalho.

AValiação DA QUALIDADE DE VIDA GERAL (SF-36) ENTRE MULHERES COM DISFUNÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO

Hellen Livia Oliveira Catunda – Universidade Federal do Ceará. E-mail: hellen_enfermagem@yahoo.com.br
Elizian Braga Rodrigues Bernardo – Universidade Federal do Ceará
Priscila de Souza Aquino – Universidade Federal do Ceará
Isabella Parente Frota – Universidade Federal do Ceará
José Ananias Vasconcelos Neto – Universidade Federal do Ceará
Camila Moreira Teixeira Vasconcelos – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Distúrbios do Assoalho Pélvico. Incontinência Urinária. Prolapso de Órgão Pélvico. Qualidade de Vida.

Resumo

O estudo teve como objetivo descrever o perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico das pacientes e comparar a qualidade de vida geral utilizando a versão validada no Brasil do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida (SF-36) entre mulheres com IU, POP e ambos. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, correlacional com abordagem quantitativa. O local da pesquisa deu-se em um ambulatório em uroginecologia de um hospital de referência de Fortaleza, Ceará, Brasil. A amostra foi composta por 216 mulheres com diagnóstico de DAP. Os aspectos éticos foram respeitados. Nos resultados, as mulheres com DAP apresentaram ampla variação de idade, entre 29 e 89 anos, com média de 54,80 anos (DP±12,92). A maioria das pacientes se declarou casada (53,1%), estava fora do mercado de trabalho (50,2%), residia na zona urbana (90,3%), pertencia à classe C (51,5%), não fumava (91,6%) e apresentou baixa escolaridade (variou de 0 a 19 anos de estudo; M=6,28; DP± 4,27), renda de até 13.200,00 reais (M=R\$1.231,06; DP±R\$1.251,67), encontrava-se na menopausa (58,4%), era multipara (89,4%; M=4,29; DP±2,98), realizou parto vaginal (M= 3,88; DP±3,09) e estavam em sobrepeso, IMC que variou de 16,0 a 47,1 (M=28,17; DP±4,73). O principal motivo para a procura de atendimento especializado foram queixas relacionadas à incontinência urinária (52,3%). Todas as DAP contribuem negativamente para qualidade de vida geral das mulheres, tendo a IU o maior peso, principalmente nos domínios vitalidade ($p<0,05$) e saúde mental ($p=0,05$).

Introdução

Disfunção do assoalho pélvico (DAP) é a incapacidade do assoalho pélvico em cumprir o seu papel de apoio aos órgãos urinário, genital e anorretal e/ou a sua incapacidade para permitir que esses órgãos funcionem normalmente. Geralmente, são condições que acometem mulheres em idades variadas, porém aquelas que estão no período do climatério, assim como as multiparas, são mais suscetíveis (ALMEIDA *et al.*, 2011).

O que pode aumentar o risco de DAP são as alterações nos músculos e/ou fâcias do assoalho pélvico, resultando em possíveis condições como a incontinência urinária (IU) e os prolapsos de órgãos pélvicos (POP) (ALMEIDA *et al.*, 2011).

A IU é uma condição na qual existe perda involuntária da urina, podendo apresentar-se clinicamente de diversas formas. Quando ocorre perda associada aos esforços físicos, denominamos incontinência urinária de esforço (IUE). A perda involuntária de urina acompanhada ou precedida imediatamente de urgência miccional denomina-se Incontinência Urinária de Urgência (IUU). Já a incontinência urinária mista (IUM) é denominada quando ocorre perda involuntária de urina associada à urgência e também aos esforços (HAYLEN *et al.*, 2010).

Essa condição acomete principalmente a população feminina e a sua prevalência em mulheres é variável (5 a 69%). Os fatores de risco frequentemente apontados são: idade avançada, elevado Índice de Massa Corpórea (IMC), raça branca, paridade, menopausa, histerectomia, doenças crônicas, constipação, tabagismo, consumo de cafeína e fatores hereditários (THÜROFF *et al.*, 2011; LEROY; LOPES; SHIMO, 2012; VASCONCELOS *et al.*, 2013).

O POP é considerado a descida, a partir da carúncula himenal, do conteúdo pélvico e/ou intraperitoneal pelo canal vaginal. O sintoma mais específico é a sensação de abaulamento ou protrusão na vagina. No entanto, a maioria dos pacientes com prolapso genital são assintomáticos. O POP pode estar associado com a IU ou com a disfunção anorretal, e o tipo de prolapso é determinado de acordo com localização da lesão (KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010).

A prevalência de prolapso genital varia muito entre as pesquisas, pois depende da população feminina estudada e dos critérios de entrada, estimando cerca de 40%. Mulheres de todas as idades podem ser afetadas, embora seja mais comum entre as mais velhas. A doença se origina por causas múltiplas, sendo os principais fatores de risco relacionados ao parto vaginal, a multiparidade, a histerectomia, ao envelhecimento, ao hipoestrogenismo, a pressão abdominal cronicamente aumentada, a obesidade, ao tabagismo e aos fatores genéticos. (KUNCHARAPU; MAJERONI; JOHNSON, 2010; LIMA *et al.*, 2012).

Sabe-se também que as DAP podem ter significativo impacto na qualidade de vida da mulher, contribuindo para alterações nas condições de saúde física, cognitiva, emocional e social. Entretanto, o nível de impacto desses agravos na qualidade de vida varia de acordo com seu tipo e gravidade, além de depender da percepção individual do problema (FARIA; PEDROSA, 2012; KNORST *et al.*, 2013).

Assim, o objetivo do presente estudo é descrever o perfil sociodemográfico e gineco-obstétrico das pacientes e comparar a qualidade de vida geral utilizando a versão validada no Brasil do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) entre mulheres com IU, POP e ambos.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo transversal, descritivo, correlacional com abordagem quantitativa realizado em um hospital público de referência na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. O local da pesquisa iniciou atendimento em uroginecologia a partir de 2011. Esse serviço ambulatorial oferece atendimentos com equipe interdisciplinar (médicos, fisioterapeutas e enfermeiras), bem como tratamentos cirúrgicos e não cirúrgicos para as pacientes encaminhadas com disfunção do assoalho pélvico. A população do estudo correspondeu às mulheres encaminhadas para consultas no ambulatório de uroginecologia desde o seu início até o momento atual, sendo sua amostra composta por 216 mulheres com diagnóstico de DAP.

A coleta de dados foi realizada por meio da técnica de entrevista norteadada pelo instrumento de coleta de dados o qual abordava características sociodemográficas e gineco-obstétricas e pela versão validada no Brasil do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36). Os dados foram compilados e analisados por meio do programa estatístico SPSS versão 20.0 mediante estatística descritiva e correlacional. Inicialmente, as pacientes foram divididas de acordo com o diagnóstico de DAP em: G1=pacientes com diagnóstico de IU, G2=pacientes com diagnóstico de POP e G3=pacientes com diagnóstico de IU e POP. Para a descrição do perfil das pacientes as variáveis foram apresentadas em frequências e percentuais. Para a análise de associações, o teste Kruskal-Wallis foi utilizado, sendo considerado com significância estatística quando

o valor de p apresentava-se menor que 0,05 ($p < 0,005$).

A pesquisa somente foi implementada após aprovação pela referida instituição sob o protocolo No. 526/2011, bem como após anuência da diretoria clínica da instituição que sediou a coleta de dados e das mulheres que compuseram a amostra do estudo, respeitando as normatizações da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Dentre as 216 pacientes pesquisadas, há uma ampla variação de idade, entre 29 e 89 anos, com média de 54,80 anos ($DP \pm 12,92$), demonstrando que, embora mais frequentes, estas disfunções não ocorrem somente em mulheres idosas, mas também entre jovens e mulheres de meia-idade.

A maioria das pacientes se declarou casada (53,1%), estava fora do mercado de trabalho (50,2%), residia na zona urbana (90,3%), pertencia à classe C (51,5%), não fumava (91,6%) e apresentou baixa escolaridade (variou de 0 a 19 anos de estudo; $M=6,28$; $DP \pm 4,27$) e renda de até 13.200,00 reais ($M=R\$1.231,06$; $DP \pm R\$1.251,67$). Os dados sócios demográficos são importantes, pois caracterizam os pacientes assistidos, orientando manejo clínico mais congruente com as reais necessidades das pacientes.

Os fatores de risco encontrados nas pacientes deste estudo vão ao encontro dos dados da literatura, a maioria das mulheres com DAP encontrava-se na menopausa 58,4%, era multípara 89,4% ($M=4,29$; $DP \pm 2,98$), realizou parto vaginal ($M=3,88$; $DP \pm 3,09$) e estavam em sobrepeso, apresentando um IMC que variou de 16,0 a 47,1 ($M=28,17$; $DP \pm 4,73$). A abordagem preventiva é a melhor saída para minimizar os fatores de risco, especialmente aqueles relacionados aos hábitos de vida, que pode ser reorientado a partir de uma terapia comportamental. Dessa forma, deve-se orientar a redução de peso, uma vez que estudos tem mostrado que a perda de peso reduz significativamente a frequência de episódios de incontinência urinária entre as mulheres com sobrepeso e obesidade (RICHTER *et al.*, 2010).

As pacientes relataram, espontaneamente, como principal motivo para a procura de atendimento especializado, queixas relacionadas à incontinência urinária com 52,3%, “bola” na vagina com 19,4%, “bola” na vagina e peso vaginal com 24,1% e outras queixas com 4,2%. Em um estudo sobre a prevalência dos sintomas da população sueca a incontinência urinária foi descrita como a queixa mais comum (8,9%) seguida pelo prolapso sintomático (8,3%) e pela urge-incontinência (5,9%) (TEGERSTEDT *et al.*, 2005).

Prevaleceu as pacientes com diagnóstico associado de IU+POP com 61,37%, seguidos do grupo com os diagnósticos isolados de IU com 30,15% e POP com 8,46%. Mulheres que apresentam IU (incontinência urinária) como seu principal sintoma podem também ter POP, que pode ser sintomático ou assintomático (THÜROFF *et al.*, 2011). Estudo europeu observou que 37,4% das pacientes com prolapso apresentavam algum tipo de incontinência urinária associada (TEGERSTEDT *et al.*, 2005). Diante do exposto, é crucial a investigação exaustiva, por parte dos profissionais de saúde, dos sinais e sintomas associados da DAP, durante a avaliação clínica.

Embora a IU não coloque diretamente a vida das pessoas em risco, é uma condição que traz implicações médicas, sociais, psicológicas e econômicas. Estima-se que pode afetar adversamente a qualidade de vida em 20% das mulheres de meia idade e 45% das mulheres mais idosas (ORTIZ, 2004). Cabe ressaltar que, atualmente, muitas mulheres estão inseridas no mercado de trabalho e são socialmente ativas e que as perdas urinárias, quando existentes, provavelmente provocam um grande impacto nas atividades profissionais e domésticas (FULTZ *et al.*, 2003).

A avaliação da qualidade de vidas pelos domínios da SF-36 (Estado Geral de Saúde, Capacidade Funcional, Limitação por aspectos físicos, Limitação por aspectos emocionais, Limitação por aspectos Sociais, Vitalidade, Dor e Saúde Mental) com os tipos de DAP (IU, POP e IU+POP), evidenciou que as mulheres com IU tiveram escores mais baixos em todos os domínios da escala, mostrando, embora sem associação significativa, que essas mulheres apresentaram maior impacto negativo nos domínios de qualidade de vida que as demais. Houve associação significativa apenas em dois domínios: vitalidade (IU: $M=46,49$; $DP \pm 25,5$ / POP: $M=70,00$; $DP \pm 28,10$ / IU+POP: $M=52,58$; $DP \pm 25,17$; $p=0,009$) e saúde mental (IU: $M=52,77$; $DP \pm 25,57$ / POP: $M=75,75$; $DP \pm 17,12$ / IU+POP: $M=60,37$; $DP \pm 23,99$; $p=0,005$). Esse resultado sugere que as mulheres com DAP apresentam-se com menos vigor e energia para desempenhar suas atividades diárias, bem como mais nervosas, tensas e abatidas frente aos problemas enfrentados, quer seja relacionados a IU e/ou ao POP.

Conclusão

A maioria das mulheres com DAP eram idosas, poucos anos de estudo, casadas, multíparas, realizou parto vaginal, estavam em menopausa e tinham sobrepeso. Além de conhecer os fatores de risco e as queixas relacionadas às DAP é fundamental, para o manejo clínico adequado, avaliar a qualidade de vida utilizando instrumentos validados gerais e específicos.

O SF-36 é um instrumento validado importante a ser utilizado, pois permite comparar a qualidade de vida entre mulheres com diferentes tipos de DAP e avaliar a eficácia de intervenções entre eles. Todas as DAP contribuem negativamente para qualidade de vida geral das mulheres, tendo a IU o maior peso, principalmente nos domínios vitalidade ($p < 0,05$) e saúde mental ($p = 0,05$).

Referências

- ALMEIDA, M. B. A.; BARRA, A. A.; FIGUEIREDO, E. M.; VELLOSO, F. S. B.; SILVA, A. L.; MONTEIRO, M. V. C. et al. Disfunções de assoalho pélvico em atletas. Texto & contexto-enfermagem, Florianópolis, v.39, n.8, p. 395-402, mar./abr. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Saúde. Resolução CNS nº 466/12. Normas para pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF; 2012.
- FARIA, K.; PEDROSA, L. A. K. Avaliação da qualidade de vida e função sexual de mulheres com e sem incontinência urinária. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, v.14, n.2, p.366-73, abr/jun 2012.
- FULTZ, N. H.; BURGIO, K.; DIOKNO, A. C.; KINCHEN, K. S.; OBENCHAIN, R.; BUMP, R. C. Burden of stress urinary incontinence for community-dwelling women. American Journal Obstetric Gynecology, São Paulo, v.189, n.5, p. 1275-82, nov. 2003.
- HAYLEN, B. T.; RIDDER, D.; FREEMAN, R. M.; SWIFT, S. E.; BERGHMANS, B.; LEE, J. et al. An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) joint report on the terminology for female pelvic floor dysfunction. International Urogynecology, Journal, Surrey, vol.21, n.1, p.5-26, jan. 2010.
- KNORST, M. R.; ROYER, C. S.; BASSO, D. M. S.; RUSSO, J. S.; GUEDES, R. G.; RESENDE, T. L. Quality of life assessment before and after a physical therapy intervention for urinary incontinence. Fisioterapia e Pesquisa, São Paulo, v.20, n.3, p.204-209, jul./set. 2013.
- KUNCHARAPU I.; MAJERONI, B. A.; JOHNSON, D. W. Pelvic Organ Prolapse. American family physician, Kansas City, v.81, n.9, p.1111-1117, mai. 2010.
- LEROY, L. S.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. A incontinência urinária em mulheres e os aspectos raciais: uma revisão de literatura. Texto & contexto-enfermagem, Florianópolis, v.21, n.3, p. 692-701, jul./set. 2012.

LIMA, M. I. M.; LODI, C. T. C.; LUCENA, A. A.; GUIMARÃES, M. V. M. B.; MEIRA, H. R. C.; LIMA, L. M. *et al.* Prolapso genital. Femina, Rio de Janeiro, v.40, n.2, p.69-77, mar./abr. 2012.

ORTIZ, C. O. Stress urinary incontinence in the gynecological practice. International Journal of Gynaecology and Obstetrics, Baltimore, v.86, n.1, p.6-16, jul. 2004.

RICHTER, H. E.; KENTON, K.; HUANG, L.; NYGAARD, I.; KRAUS, S.; WHITCOMB, E.; CHAI T. C.; *et al.* The Impact of Obesity on Urinary Incontinence Symptoms, Severity, Urodynamic Characteristics and Quality of Life. The Journal of urology, v.183, n.2, p.622-628, fev. 2010.

TEGERSTEDT, G.; MAEHLE-SCHMIDT, M.; NYRÉN, O.; HAMMARSTRÖM, M. Prevalence of symptomatic pelvic organ prolapse in a Swedish population. International Urogynecology Journal, Surrey, v.16, n.6, p.497–503, jun. 2005.

THÜROFF, J. W.; ABRAMS, P.; ANDERSSON, K. E.; ARTIBANI, W.; CHAPPLE, C. R.; DRAKE, M. J. *et al.* EAU guidelines on urinary incontinence. Actas urologicas espanolas, Madrid, v.35, n.7, p.373-388, nov. 2011.

VASCONCELOS, C. T. M.; VASCONCELOS NETO, J. A.; BEZERRA, L. R. P. S.; AUGUSTO, K. L.; KARBAGE, S. A. L.; FROTA, I. P. R. *et al.* Disfunções do assoalho pélvico: perfil sociodemográfico e clínico das usuárias de um ambulatório de uroginecologia. Revista Eletrônica Gestão & Saúde, Brasília, v.4, n.1, p.1484-1498, nov. 2013.

Agradecimentos

Estendemos nosso agradecimento às mulheres que participaram do presente estudo. Agradecemos toda equipe multidisciplinar do ambulatório de Uroginecologia do Hospital Geral de Fortaleza, bem como ao grupo cearense interdisciplinar de Uroginecologia e Disfunção do Assoalho Pélvico (DAP) de Fortaleza, que nos motiva e contribui para desenvolvimento e progresso científico junto a DAP.

AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES FÍSICAS E NUTRICIONAIS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE HORIZONTE

Rosângela Gomes dos Santos – Escola de Saúde Pública do Ceará; rosangela.rgs@gmail.com

Maria Raquel da Silva Lima – Escola de Saúde Pública do Ceará

José Auricélio Bernardo Candido – Escola de Saúde Pública do Ceará

Hévila Nascimento Gomes - Escola de Saúde Pública do Ceará

Sarah Gabrielle Sousa de Oliveira - Escola de Saúde Pública do Ceará

Paula Matias Soares – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Agentes Comunitários. Nutrição. Atividade Física.

Resumo

O Agente Comunitário de Saúde é um profissional que está submetido diariamente a fatores de estresse, seja da comunidade ou por parte da equipe de trabalho. A somatização desse estresse pode acarretar problemas físicos e emocionais, muitas vezes aliado a inexistência ou pouca prática de autocuidado. Por isso este estudo objetivou avaliar as condições físicas e nutricionais dos agentes comunitários de saúde do município de Horizonte. A amostra foi composta por 104 agentes comunitários que aceitaram participar da pesquisa, respondendo um questionário com perguntas sobre estilo de vida, qualidade do sono, patologias apresentadas e frequência alimentar. Foi realizada, ainda, avaliação antropométrica dos participantes. Os resultados revelaram que 84,6% (n=88) são do sexo feminino; 55,8%(n=58) dos agentes encontram-se classificados nos grupos sobrepeso/obesidade; 35,6% (n= 37) apresentam risco cardiovascular elevado; 66,3% (n=69) não realizam prática de atividade física; 31,7 (n=33) apresentam distúrbios no sono; mais de 90% (n=94) não fazem uso de álcool e outras drogas; 69,7% (n=71) realizam de 2 a 3 refeições por dia e a grande maioria apresenta uma fragilidade na questão alimentar. Percebeu-se, com isso, que as condições físicas e nutricionais dos agentes comunitários de saúde do município de Horizonte mostram relativamente precárias necessitando estimular dentro desse grupo mudanças positivas de hábitos de vida.

Introdução

A nossa sociedade encontra-se dividida em classes e consequentemente as desigualdades sociais geraram a necessidade de se criar um mecanismo igualitário de assistência à saúde que tornasse o atendimento acessível a todos. Com o intuito de minimizar as diferenças dentro da sociedade foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que busca, através de seus princípios, um serviço integral de atenção à saúde (SANTOS; D'ALENCAR, 2010).

O profissional de saúde está diariamente exposto à dor, à doença e à morte. Cada profissional tem suas características e peculiaridades, as quais devem ser trabalhadas para que não interfiram no desempenho do seu trabalho. Quando fatores externos, como precárias condições de trabalho, remunerações não condizentes com sua função, carga horária excessiva de trabalho, e internos, como problemas pessoais e agravos clínicos, afetam o seu lado físico e emocional, o profissional torna-se fragilizado (JUNIOR, 2009).

A categoria profissional Agente Comunitário de Saúde (ACS) surgiu na década de 1990 no estado do Ceará. É um trabalhador da equipe de saúde que faz parte da comunidade, trabalhando para ela e com ela. Supõe-se que é quem conhece as formas cotidianas de viver, de significar a vida e de se comportar com as famílias locais, preparado para orientá-las sobre cuidados com a sua própria saúde e também com a saúde da comunidade (MARTINES; CHAVES, 2007).

Quando as pessoas da comunidade necessitam de alguma informação, fazer reclamações ou da solução de um problema mais grave, buscam, em primeiro lugar, o a ACS e dele esperam uma resposta. Essa relação de cobranças e exigências nem sempre acontece de forma equilibrada. Assim, o desequilíbrio físico e emocional sentido com frequência por estes profissionais leva o organismo a um estado de estresse que, como a maioria das enfermidades, não ocorre de repente. Os principais sintomas do estresse são: ansiedade, desânimo, angústia, desmotivação, insônia, depressão, tensão muscular, cansaço físico e mental, desinteresse pelas coisas da vida, mau-humor, baixa-estima, falta de vitalidade, irritação, desinteresse sexual, apetite exagerado ou falta de apetite, dificuldade de concentração, perda ou diminuição da memória (AGUIAR, et al., 2009).

Caso esses estados mentais e emocionais não sejam regularizados ou amenizados, fazendo com que o organismo retorne ao seu equilíbrio, haverá uma somatização desses sintomas em problemas físicos, como: dores de cabeça, dores musculares, problemas de coluna, gastrite, úlcera, mau funcionamento do intestino, pressão alta ou baixa, baixa resistência imunológica, derrame cerebral, infarto do miocárdio, disfunções sexuais, entre outros (AGUIAR, et al., 2009). Neste sentido, alerta-se para a importância do autocuidado tanto para o tratamento como para a prevenção desses sintomas.

Em virtude disso esse trabalho objetivou avaliar as condições físicas e nutricionais dos agentes comunitários de saúde do município de Horizonte e obter dados que referencie a necessidade de práticas de autocuidado.

Metodologia

Tratou-se de um estudo quantitativo, realizado nas unidades básicas de saúde do município de Horizonte - Ceará. A pesquisa ocorreu de maio a agosto de 2014.

A amostra foi composta por 104 agentes comunitários de saúde, sendo inclusos aqueles que estivessem atuantes em seu território e excluídos os profissionais com idade superior a 60 anos, cadeirantes, estagiários e funcionárias que se encontravam gestantes durante a pesquisa.

A coleta de dados ocorreu em três etapas: anamnese, avaliação física e nutricional. Inicialmente realizou-se a anamnese contendo informações sobre estilo de vida (prática de atividade física e uso de tabaco e álcool), patologias apresentadas, bem como medicamentos ingeridos e qualidade do sono.

A avaliação física foi feita através da verificação de medidas antropométricas: peso, altura, circunferência da cintura, abdômen e quadril. Esses dados foram utilizados para a obtenção do Índice de Massa Corporal (IMC) possibilitando diagnóstico de desnutrição, eutrofia e sobrepeso/obesidade, além da Relação Cintura-Quadril (RCQ) e Circunferência Abdominal (CA) que nos referencia aos possíveis riscos de doenças cardiovasculares.

Posteriormente houve a aplicação de questionário de frequência alimentar composto de 66 alimentos, divididos em 7 grupos: laticínios; ovos e carnes; doces; óleos e gorduras; pães, cereais e similares; hortaliças, legumes e frutos; bebidas. Este questionário contribuiu para a avaliação do consumo dietético dos participantes.

Os dados foram registrados em planilha eletrônica de banco de dados. Para a caracterização da amostra foi utilizada a estatística descritiva (frequência simples, na forma de percentual e valores brutos).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, não sofreram prejuízos por quaisquer tipos de danos, morais ou materiais ou à saúde. Foi mantida toda a sua integridade físico-psicológica, sendo garantida a privacidade das informações colhidas, utilizadas somente sob caráter científico. Informa-se que o trabalho atendeu às diretrizes estabelecidas pela Resolução Nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 104 agentes comunitários de saúde, todos acima de 18 anos, sendo predominantemente do sexo feminino (n=88; 84,6%), com faixa etária de 31 à 45 anos (n=50; 48,1%) e apresentando como grau de escolaridade o ensino médio completo (n=76; 73,1%).

Ao observar o estilo e consequentes condições de vida dos participantes, verificamos que 31,7% (n=33) apresentam distúrbios no sono. Este dado torna-se preocupante, visto que poderá ter influência sobre fatores que podem interferir na qualidade de vida dos mesmos, como o sobrepeso. O estresse gerado pela insônia aumenta os níveis de cortisol, sendo este um hormônio catabólico, favorecendo a lipogênese. Além disso, pode acabar comprometendo a saúde mental do indivíduo, impossibilitando-o de realizar suas atividades com eficácia, devido ao desgaste provocado por uma noite mal dormida (CORTEZ, SILVA, 2007).

De acordo com Kubota (2013), a insônia pode influenciar diretamente nas perdas ocupacionais e prejuízo no desempenho das atividades de vida diária, bem como no contexto profissional: diminuição da produtividade, dificuldade para lidar com situações estressantes, dificuldade para tomar decisões e dificuldades no relacionamento interpessoal.

Quanto ao uso de álcool, 90,4% (n=90) não fazem uso, assim como 99% (n=103) não fazem uso de tabaco. Costa et al. (2004) afirmam que o consumo abusivo de álcool e outras drogas podem trazer inúmeras consequências negativas para a saúde e qualidade de vida, aumentando a frequência de morbidades que causam morte ou limitações funcionais, como cirrose, pneumonia, alguns tipos de câncer, acidente vascular cerebral, violências, transtornos mentais, entre outros, livrando a presente amostra dessas consequências em virtude do não uso.

Na abordagem sobre a prática da atividade física, 66,3% (n=69) relatam não possuir este hábito no dia a dia. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), mais da metade da população global ainda não obedece a essa recomendação mínima diária de 30 minutos de exercícios com intensidade moderada. Atividades físicas regulares são consideradas fundamentais para prevenir algumas doenças e melhorar a aptidão física (MONTEIRO et al., 2003).

Após esta observação referente à baixa prática de atividade física, verificou-se que 55,8% (n=58) da amostra está caracterizada com sobrepeso/obesidade, 42,3% (n=44) está eutrófica e 1,9% (n=2) apresenta desnutrição leve. A quantidade de pessoas com sobrepeso/obesidade foi relevante, podendo ter sido influenciada por inúmeras causas, como: alimentação inadequada, falta de atividade física, insônia, estresse, ansiedade, bem como algumas patologias (dados identificados no presente estudo). Estudo realizado por Rezende et al. (2006) mostrou que o sedentarismo apresentou-se como um dos principais fatores de risco para a obesidade e má qualidade de vida.

Em relação ao sistema cardiovascular, 35,6% (n=37) dos participantes possuem alto risco de desenvolver patologias associadas ao coração, influenciado, também, pela concentração de gordura na região abdominal. Quanto aos demais diagnósticos 7,7% (n=8) apresenta diabetes, 11,5% (n=12) é hipertenso, 15,4% (n=16) possui gastrite, 20,2% (n=21) tem refluxo, 27,04% (n=26) descreveu possuir constipação, 14,4% (n=15) apresenta hipercolesterolemia e 12,5% (n=13) possui hipertrigliceridemia. As doenças cardiovasculares coronarianas, hipertensão, osteoporose, obesidade e diabetes formam um conjunto de morbidades, geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de Saúde Pública (MARTINS, 1993). De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (2003), esses agravos crônicos não transmissíveis figuram como principal causa de mortalidade e incapacidade no mundo, podendo tornar-se um fator limitante às atividades de vida diária e ocupacionais.

A alimentação balanceada é aquela que contém todos os nutrientes adequados ao bom funcionamento do organismo, mantendo-lhe em bom estado e prevenindo doenças decorrentes de uma má alimentação. A ingestão de alimentos é um componente fundamental que influencia a qualidade de vida das pessoas. Todos precisam alimentar-se e isso deve ser feito de maneira balanceada e diversificada (VASCONCELOS, 2006).

Com relação aos aspectos que envolvem o consumo alimentar, encontraram-se os seguintes resultados:

- No grupo dos laticínios, houve preferência por alimentos mais gordurosos como o leite integral, com grande periodicidade (1 vez ao dia), ao invés do desnatado (72,1%; n=75 não o consome). Predominou ainda o consumo de manteiga e queijo cremosos ou amarelos (66,3%; n= 69). O leite é constituído por uma mistura de várias substâncias como: lactose, minerais, proteínas, vitaminas e gorduras em forma de emulsão (ORNELLAS, 2010). O consumo de laticínios é algo importante para o nosso organismo, mas é preciso optar por produtos lácteos saudáveis, que possuam menor teor de gorduras e açúcares.

- No grupo das carnes, houve um maior consumo de preparações cozidas, quando referenciadas a carne vermelha e o frango, sendo este último em maior consumo, de 2 a 4 vezes na semana (n=39). Porém, ao compararmos com uma proteína de melhor qualidade, como a do peixe, observou-se uma baixa ingestão de pescados e que, quando consumidos, a maior preferência foi para o peixe frito (65,4%, n= 68), ou seja, um alimento que teoricamente seria mais saudável, passa a ser mais gorduroso e calórico.

- Nos doces, destacou-se um alto consumo de chocolate, onde 51,9% (n=54) consomem no mínimo 3 vezes ao mês. Já no doce de frutas, 34,6% (n=36) consomem ao menos 3 vezes ao mês. O chocolate é um alimento rico em carboidratos e gorduras, mas dependendo da quantidade de cacau no mesmo, pode trazer efeitos antioxidantes, antiaterogênicos, além de melhorar o raciocínio e aumentar o bem estar (VASCONCELOS, 2006).

- Na categoria óleos e gorduras, margarina, maionese e óleos vegetais, ou seja, produtos que em excesso trazem inúmeros malefícios a saúde, apresentou-se um consumo bem maior que o do azeite. Deve-se levar em consideração que o azeite é um lipídeo de excelente qualidade, possuindo uma elevada quantidade de ácidos graxos monoinsaturados, agentes fenólicos, lignanas, entre outros, além de possuir ações de efeito antiaterogênico, hipotensora, anticancerígena, imunológico e para a digestão (VASCONCELOS, 2006).

- Cereais, pães e similares destacaram-se pelo maior consumo de açúcares refinados, como o pão branco e biscoito recheado, ao invés do pão integral com 53,8% (n=56) de rejeição, contra 25% (n=26) do pão branco e 50% (n=52) do biscoito recheado.

- No grupo de hortaliças e frutos, alface e tomate apresentaram maior consumo pelos participantes, como uma boa frequência de pelo menos 1 vez ao dia. Já as frutas, goiaba, maçã, laranja e banana foram destaque, porém, ao se observar a periodicidade, elas apresentam o consumo de 1 a 3 vezes no mês. Isto não seria interessante, visto que para se levar um estilo de vida mais saudável, necessita-se de alimentos ricos em vitaminas e minerais, essenciais a saúde. Já o suco de frutas apresenta periodicidade de pelo menos uma vez ao dia por 21,2% (n=22) dos participantes, onde o ideal seria dar preferência a fruta *in natura*, em que suas fibras estariam mais intactas e com menor risco de oxidação de nutrientes.

Nas bebidas destaca-se o café, com consumo de 2 a 3 vezes ao dia, por 26,9% (n=28) da amostra, e 25% (n=26) de rejeição por esta, o

que deixa em alerta ao uso abusivo desta bebida, já que em excesso poderá causar efeitos colaterais. A ingestão de refrigerantes também foi relevante (59,6%, n= 62), porém não sendo maior que a dos sucos(77,9%, n=81) . Bebidas alcoólicas não possuíram resultados elevados (20,2% n=21 fazem uso de no mínimo 1 vez ao mês).

Mudar a alimentação envolve a apreciação da comida, registradas pelos aspectos sensoriais, e constituídas socioculturalmente, sendo assim o resultado da relação entre os alimentos consumidos como fonte de nutrientes, e o papel crítico destes na manutenção de boa saúde deve ser assumido por todos. O consumo de alimentos saudáveis e a diminuição de produtos industrializados têm sido o objetivo para se manter bons hábitos alimentares. Porém a vida corrida do mundo globalizado busca rapidez e praticidade até mesmo na hora de se alimentar, levando as pessoas a consumirem cada vez mais produtos industrializados e de fácil preparo (DIEZ-GARCIA; CERVATO-MANCUSO, 2011).

Uma pessoa mal nutrida, com alimentação pouco variada, é fraca, irritadiça, desanimada, sem vontade de trabalhar, andar, pensar, enfim, de realizar qualquer atividade que dependa do esforço muscular ou cerebral (GALISA; ESPERANÇA; DE SÁ, 2008).

A irregularidade dos horários também é algo que obteve grande relevância, onde 49,9% (n=51) do grupo realiza refeições apenas 3 vezes ao dia, e 19,8% (n=20) 2 vezes. Este fato pode ser associado ao metabolismo mais lento, favorecendo o ganho de peso e também o surgimento de gastrite devido ao excesso de ácido clorídrico, além da instabilização glicêmica, entre outras consequências.

Conclusão

Através dos índices encontrados, percebeu-se que as condições físicas e nutricionais dos agentes de saúde abordados encontram-se fragilizadas, uma vez que se identificou a predominância do sobrepeso/obesidade, podendo levar ao surgimento de uma possível síndrome metabólica, visto que o excesso de peso desencadeia doenças decorrentes de maus hábitos. Além disso, faz-se necessário priorizar a prática da atividade física associada a ingestão de alimentos mais saudáveis, com baixa quantidade de gorduras e açúcares, fornecendo ao organismo nutrientes que favoreçam ao seu bom funcionamento.

Melhorando estes hábitos, provavelmente poder-se-ia obter reflexos positivos na qualidade de vida do indivíduo, inclusive em relação a qualidade do sono e diminuição de estresse e ansiedade.

Percebe-se assim que é necessário trabalhar a prevenção e promoção da saúde com os agentes comunitários. Eles são pessoas destinadas a cuidar do outro, mas que por muitas vezes esquecem o autocuidado, favorecendo a ocorrência de patologias, com causas diversas.

Referências

AGUIAR, S.; VIEIRA, A. P. G. F; VIEIRA, K. M. F; AGUIAR, S. M; NOBREGA, J. O. Prevalência de sintomas de estresse nos estudantes de medicina. J Brasileira Psiquiatria. V 58, N.1, p. 34 – 8, 2009.

CORTEZ, C. M; SILVA, D. Implicações do estresse sobre a saúde e a doença mental. Arquivos Catarinenses de Medicina. V. 36, n. 4, 2007.

COSTA, J. S. D; SILVEIRA, M. F; GAZALLE, F. K; OLIVEIRA, S. S; HALLAL, P. C; MENEZES, A. M. B; GIGANTE, D. P; MACEDO, S. Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. Revista de Saúde Publica, V.38, N.2, p.284-291, 2004.

DIEZ-GARCIA, Rosa Wanda; CERVATO-MANCUSO, Ana Maria. Nutrição e Metabolismo: Mudanças Alimentares e educação nutricional. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2011. p.3-10. In: GARCIA, RWD. Representações sobre consumo alimentar e suas implicações em inquéritos alimentares; estudo qualitativo em sujeito submetido a prescrição dietética. Rev.Nutr. Campinas, 17(1):15-28, 2004.

GALISA, Mônica Santiago; ESPERANÇA, Leila Maria Biscólia; DE SÁ, Neide Gaudenci. Nutrição: Conceitos e Aplicações. São Paulo, SP: M.Books do Brasil,2008. p.3

JUNIOR, J. O. O. Cuidando do Cuidador.Prática Hospitalar. Ano XI. N.65. Set/out, 2009.

KUBOTA, A.M.A. Aspectos da Insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional. 2013. < http://bdm.unb.br/bitstream/10483/8091/1/2013_AlineMidoriAdatiKubota.pdf > Acesso em 29 ago. 2013.

MARTINES, W.R.V; CHAVES, E.C. Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no programa Saúde da Família. Rev Esc Enfermagem. USP.41(3); 426-33. 2007

MARTINS, I. S. et al. Doenças cardiovasculares ateroscleróticas, dislipidemias, hipertensão, obesidade e diabetes melito em população da área metropolitana da região sudeste do Brasil, 1 - Metodologia da pesquisa. Revista Saúde Pública, n. 27, v.4, p. 250-61, 1993.

MONTEIRO C. et al. A Descriptive epidemiology of leisure-time physical activity in Brazil, 1996-1997. Pan American Journal of Public Health, v. 14, p. 246-254, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAUDE. Doenças Crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre a alimentação saudável, atividade física e saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2003.

ORNELLAS. Técnica Dietética: Secção e prepare de alimentos. São Paulo, SP: Atheneu, 2010.

REZENDE F. Et al. Índice de Massa Corporal e Circunferência Abdominal: Associação com Fatores de Risco Cardiovascular. Arq. Bras. Cardiol., Minas Gerais, v.87, n.6, 2006.

SANTOS, R.G; D'ALENCAR, B.P. Cuidando de quem cuida: a Biodança na humanização ao atendimento do usuário do SUS, 2009-2010. Relatório de pesquisa. CNPq, UECE, Fortaleza,2010.

VASCONCELOS, Maria Izabel Lamounier. Alimentando sua saúde .São Paulo, SP: Livraria Varela, 2006. p.99

AValiação DE ESTUDOS SOBRE A PROMOÇÃO DA SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

JORGE, Herla Maria Furtado (Apresentador)
Faculdade de Ciências Médicas/Departamento de Tocoginecologia/UNICAMP
e-mail: herlafurtado@gmail.com
HIPÓLITO, Maíza Claudia Vilela
Faculdade de Educação Física/UNICAMP
RIBEIRO, Rafael Lustosa
Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria/UNICAMP
MASSON, Valéria Aparecida
Faculdade de Enfermagem/UNICAMP
GUTIERREZ, Gustavo Luís
Faculdade de Educação Física/UNICAMP

Palavras-chave: Estudos de Intervenção. Qualidade de Vida. Promoção da Saúde. Trabalho.

Resumo

Objetivou-se elaborar uma revisão integrativa da literatura com a finalidade de avaliar os benefícios das intervenções sobre a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho. Realizou-se um levantamento nas bases de dados Lilacs, Medline e Pubmed no período de 2003 a 2013, publicados em língua portuguesa e inglesa. Selecionou-se sete artigos e destes emergiram três categorias de análise: uso de atividades físicas e orientações para promoção da saúde e QVT, propostas de intervenção para prevenção e controle de doenças e propostas preventivas de intervenção. Conclui-se que as intervenções sobre a qualidade e promoção da saúde no trabalho devem ser estimuladas pois trazem benefícios para o indivíduo e coletividade.

Introdução

O século em que vivemos caracterizou-se pelo desenvolvimento e preocupações com o binômio Indivíduo - Trabalho. A primeira metade do século apresentou dois momentos distintos: de um lado uma concepção voltada à produtividade e de outro a preocupação com a satisfação do trabalhador. A fim de unir essas duas vertentes, iniciaram-se os primeiros estudos relacionados a qualidade de vida no trabalho (QVT) (RODRIGUES, 2009).

O conceito de QVT envolve aspectos físicos, ambientais e psicológicos do local de trabalho, sendo utilizado como indicador das experiências humanas na organização e do grau de satisfação dos trabalhadores (CHIAVENATO, 2008). Para Guimarães *et al* (2004), a QVT preocupa-se em humanizar os ambientes organizacionais, buscando um maior equilíbrio entre trabalho e lazer, indo além do que permeia a organização, no anseio de um bem-estar se estenda para todos os ambientes que façam parte da vida do trabalhador.

O termo QVT tem sua origem na Qualidade de Vida (QV) que constitui campo de estudo recente, devido à ausência de debate conceitual amadurecido, multidisciplinar, pois foi incorporando, ao longo do tempo, contribuições de outras áreas e com vocação normativa, ou seja, que apresente propostas de intervenção concretas objetivando viabilizar mudanças na realidade imediata que aproximem de uma situação melhor, pelo menos no sentido daquilo que a área percebe como melhoria para as condições de vida das pessoas (VILARTA E GUTIERREZ, 2007).

A promoção da saúde, atualmente, é uma das estratégias de intervenção nas empresas, atuando na contribuição para a melhora da performance individual, produtividade, diminuição dos custos com assistência médica, redução do absenteísmo e melhora da imagem institucional. Programas visando a QVT, com ênfase na promoção da saúde, objetivam a condução dos trabalhadores a um estilo de vida mais saudável (SILVA, 2004).

Este trabalho objetivou avaliar as intervenções sobre a qualidade de vida e promoção da saúde no trabalho a fim de amenizar as dificuldades das atividades laborais e promover a saúde dos indivíduos e avaliar os benefícios das intervenções sobre a promoção da qualidade de vida no ambiente de trabalho.

Metodologia

Trata-se de um estudo de revisão bibliográfica do tipo integrativa que consiste em um método de pesquisa que permite a busca, avaliação crítica e a síntese das evidências disponíveis do tema investigado, proporcionando a incorporação das evidências na prática clínica, tendo a finalidade de reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo assim para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008).

Para a elaboração desta revisão utilizou-se a seguinte questão norteadora: *Como as intervenções de promoção da qualidade de vida interferem na saúde do trabalhador?* Com base nesse questionamento elegeu-se os artigos indexados nas bases de dados Lilacs, Medline e PubMed no período de 2003 a 2013, publicados em língua portuguesa e inglesa. A escolha pelos respectivos anos ocorreu por contemplar estudos originais e revisão bibliográfica publicados nos últimos 10 anos. Utilizou-se os descritores “estudos de intervenção”; “qualidade de vida”; “promoção da saúde” e “trabalho” que foram integrados por meio do operador lógico booleano and e resultou em 229 artigos, destes 7 foram selecionados contemplando o ano, referência, fenômeno estudado e método e posteriormente foram analisados considerando os critérios de inclusão e os objetivos propostos. Após a análise, apenas 7 artigos constituíram a amostra do estudo, e os demais foram excluídos por não atenderem os objetivos propostos.

Ao realizarmos a primeira busca encontrou-se 23 na base Medline, 134 no Lilacs e 72 no Pubmed. Após a leitura dos resumos selecionou-se 9 no Medline, 23 Lilacs e 32 no Pubmed. que posteriormente, foram analisados pelos pares e apenas 7 artigos constituíram a amostra do estudo considerando os critérios de inclusão estabelecidos. Em relação à metodologia utilizada, três estudos utilizavam abordagem quanti qualitativa, três estudos utilizavam abordagem qualitativa e um estudo revisão bibliográfica. Quanto ao local dos estudos observou-se que 43% foram realizados no Brasil, 29% nos Estados Unidos, 14% na Espanha e 14% na Finlândia, todos publicados no período de 2003 a 2013.

Após a análise e leitura dos artigos construiu-se um quadro demonstrativo incluindo os estudos que atendiam os objetivos propostos, possibilitando assim, a construção das unidades integrativas, tais como: uso de atividades físicas e orientações para promoção da saúde e QVT; propostas de intervenção para prevenção e controle de doenças e propostas preventivas de intervenção.

Os estudos foram analisados detalhadamente de forma crítica, procurando explicações para os resultados diferentes ou conflitantes nos diferentes assuntos. Após a análise da revisão integrativa da literatura pertinente ao tema da pesquisa, através da leitura e compilação

dos artigos selecionados para a construção do estudo, elaborou-se um fluxograma e os mesmos posteriormente foram organizados segundo a análise de conteúdo que possibilitou a compilação dos dados mediante a pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados (BARDIN, 2008).

Resultados e Discussão

Realizou-se uma leitura exaustiva dos artigos selecionados com o propósito de verificar a pertinência da sua inclusão na amostra do estudo. Inicialmente observou-se a relação dos estudos com QV, QVT e intervenções realizadas a fim de melhorar a QV do indivíduo e posteriormente, os estudos foram organizados em forma de quadros e selecionados de acordo com o proposto na segunda etapa da metodologia.

Após a análise dos artigos extraiu-se ideias centrais que após avaliadas originaram os resultados do estudo, os quais estão apresentados e discutidos a luz das intervenções em qualidade de vida nas seguintes temáticas: uso de atividades físicas e orientações para promoção da saúde e QVT, propostas interventivas para prevenção e controle de doenças e propostas preventivas de intervenção. De posse dos artigos analisados foram evidenciados dois estudos que apontaram o uso de atividades físicas e orientações para promoção da saúde e QVT.

Rutanen *et al* (2014) realizou um estudo com o objetivo de investigar os efeitos do exercício físico sobre a capacidade para o trabalho e esforço diário entre as mulheres com os sintomas da menopausa. Realizou grupos de intervenção e controle de exercício aeróbio em 6 meses. Para coleta dos dados diários sobre esforço físico e mental utilizou questionários de telefones celulares e a capacidade para o trabalho foi mensurada com o Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT) e com perguntas sobre tensão de trabalho. Concluindo que intervenção do exercício físico de 6 meses entre as mulheres na menopausa sintomática não parece ser suficiente para aumentar a percepção da capacidade de trabalho, mas o exercício físico pode aumentar os recursos mentais percebidos e diminuição percebida no esforço físico diário.

O uso de atividade física contribui, como citado acima, no aumento de recursos mentais e diminuição de esforço físico. Silva *et al* (2007) reforça ainda que as diferenças na qualidade de vida das pessoas que praticam atividades físicas comparadas com as que não praticam, não estão somente os aspectos de saúde física, mais também os aspectos psicológicos e cognitivos.

Estudo realizado com adultos hispânicos de baixa renda com diabetes tipo 2 teve como objetivo estimar a longo prazo custo-eficácia de um programa de modificação do estilo de vida levado por agentes comunitários de saúde (ACSs). Este estudo reforça a evidência de que os programas culturalmente sensíveis de modificação de estilo de vida para controlar a diabetes pode ser uma maneira de baixo custo para melhorar a saúde entre os hispânicos com diabetes, especialmente entre aqueles com altos níveis de glicemia (BROWN *et al*, 2012). Silva *et al* (2006) demonstrou em seu estudo, reforçando a conclusão de Brown *et al* (2012), que intervenções no tratamento e acompanhamento de diabéticos através de formação de grupos para ações educativas mostrou-se útil no controle da doença.

Em relação a categoria propostas interventivas para prevenção e controle de doenças, contemplados quatro estudos.

Pesquisa realizado nos Estados Unidos teve como objetivo descrever o peso, as percepções relacionadas com o peso e comportamentos de vida dos enfermeiros com base em hospitais e explorar a relação de características demográficas, de saúde, de peso e de trabalho com comportamentos de vida, foi utilizado medidas antropométricas e exames. Resultando em maioria de enfermeiros com sobrepeso e obesos, e alguns não estavam ativamente envolvidos em comportamentos de gerenciamento de peso. Auto-relato de saúde, dieta e atividade física comportamentos foram baixas, concluindo que há necessidade de intervenções individuais para controle de peso (ZAPKA *et al*, 2009). Observa-se que há necessidade de intervenção, porém há falta de comprometimento da Instituição com o profissional em relação a sua QV, pois se programas forem instituídos visando o bem estar do profissional, provavelmente haverá envolvimento dos mesmos, resultando em melhora da QV e QVT.

Reinhardt e Fisher (2009) realizaram uma revisão bibliográfica com o intuito de identificar as situações que possam impedir ou prejudicar as ações de prevenção de acidentes e doenças ou de promoção da saúde de trabalhadores do setor saúde. Os resultados foram: programas de intervenção sem boa base teórica e não integrados à gestão do serviço como um todo; falhas em avaliar a eficácia das intervenções; vigilância da saúde restrita a doenças e agravos específicos; falta de compromisso da gestão com as intervenções; falhas na comunicação; falta de participação e controle por parte dos trabalhadores sobre o ambiente de trabalho; e programas e intervenções baseados exclusivamente na mudança comportamental dos trabalhadores. Concluíram, dessa maneira, que todas as barreiras afetam tanto a melhoria do estado de saúde dos trabalhadores em saúde quanto a sua capacidade para o trabalho.

Borges e Ferreira (2013) realizaram um estudo com o objetivo de analisar a eficácia de um programa de gestão de stress para enfermeiros, utilizando a técnica de relaxamento progressivo de Jacobson. Os resultados evidenciaram a vantagem de implementação de programas na gestão do stress laboral. Almeida (2012) utilizou práticas corporais como estratégia para promoção da saúde, evidenciando melhorias nas relações interpessoais, aumentando a participação, estimulando a autonomia e o empoderamento individual e coletivo

Pesquisa realizada em um cidade no interior do Rio Grande do Sul, Brasil, objetivou uma intervenção no corpo de bombeiros, utilizando entrevistas semi-estruturadas sobre o trabalho e funcionamento da corporação. Partindo da análise das entrevistas, foi proposto palestras sobre estresse e sobre QVT, concluindo que as intervenções contribuíram como espaço de escuta que propiciou reflexões a respeito da QVT (MONTEIRO *et al*, 2007).

Em relação as propostas preventivas de intervenção evidenciou-se dez ações que podem ser realizadas pelos distritos escolares para construir ou melhorar os programas de saúde dos trabalhadores das escolas. Para melhorar a qualidade de vida, saúde e produtividade dos funcionários das escolas no século 21: os administradores, funcionários, e os formuladores de políticas devem ser informados sobre a necessidade e os meios para o fazer; programas de saúde dos funcionários da escola deve tornar-se parte da cultura da educação e expectativa de educadores; e faculdades que preparam administradores escolares e outros funcionários da escola deve fornecer o pré-serviço e em serviço de formação, investigação, desenvolvimento e liderança para que isso aconteça. Conclui-se que nessa categoria, fica evidente a importância da prevenção e promoção da saúde, uma vez que a possibilidade de problemas e dificuldades devido a consciência dos pares.

Conclusão

Observou-se a importância de intervenção nos ambientes de trabalho a fim de melhorar a QVT com ênfase nas atividades físicas, programas educativos visando a promoção da saúde, palestras, práticas corporais e intervenções que foram utilizadas com êxito entre os indivíduos e que podem e devem serem replicadas pelas Instituições.

Elucidou-se a importância do engajamento das Instituições para a criação de programas para melhorar a QVT dos profissionais uma vez que a QV do indivíduo reflete significativamente na produção do trabalho. As inferências em QVT beneficia não somente o profissional mais o coletivo.

Referência

- ALMEIDA, V. Possibilidades e limites de uma intervenção no ambiente de trabalho de servidores públicos da área da saúde: práticas corporais como estratégia de promoção da saúde. Tese de doutorado. USP, 2012.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2008.
- BORGES, E.M.N.; FERREIRA, T.J.R. Relaxamento: Estratégia de intervenção no stress. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*. n.10, 2013..
- BROWN, H.S. et al. Cost-effectiveness analysis of a community health worker intervention for low-income Hispanic adults with diabetes. V.9, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.120074>
- CHIAVENATO, I. *Gestão de pessoas*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.
- GUIMARÃES, et al. Atualizações em qualidade de vida e trabalho. In: GUIMARÃES, L.A.M.; GRBITS, S. (Orgs.) *Série Saúde Mental e Trabalho*, vol II. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004.
- KOLBE, L.J. et al. Health programmes for school employees: improving quality of life, health and productivity. *Educ Promot*. V.12, n.3-4, 2005.
- MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto e Contexto de Enfermagem*. Florianópolis. v.17, n.4, 2008.
- MONTEIRO, J.K. et al. Bombeiros: um olhar sobre a qualidade de vida no trabalho. *Psicol. cienc. prof*. Brasília. V.27, n.3, 2007.
- NICHOLLAS, D.D. et al. The Quality Assurance Project: introducing quality improvement to primary health care in less developed countries. *Qual Assur Health Care*. V.3, n.3, 1991.
- REINHARDT, E.L.; FISCHER, F.M. Barreiras às intervenções relacionadas à saúde do trabalhador do setor saúde no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. Washington. v.25, n.5, 2009.
- RUTANEN, R. et al. Effect of physical exercise on work ability and daily strain in symptomatic menopausal women: a randomized controlled trial. v.47, n.2, 2014. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23324726>.
- RODRIGUES, M.V. *Qualidade de vida no trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- SILVA, R.S. et al. Atividade física e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. Rio de Janeiro. v.15, n.1, 2007.
- SILVA, T.R. et al. Controle de diabetes mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma unidade básica de saúde. *Saúde e Sociedade*. v.15, n.3, 2006.
- SILVA, T.T.R. Qualidade de vida e políticas públicas: saúde, lazer e atividade física. In: VILARTA, R. *Qualidade de vida e promoção da saúde: uma visão estratégica para empresas*. Campinas, SP: Ipes Editorial, 2004.
- VILARTA, R. GUTIERREZ, G.L. *Qualidade de vida em propostas de intervenção corporativa*. Campinas, SP: Ipes Editorial, 2007.
- ZAPZA, J.M. et al. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *J Nurs Gest*. v.17, n.7, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2760042/>

Agradecimentos

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

AValiação de Sobrepeso em Idosos que Frequentam Centro de Convivência

Eliene Pereira da Costa (Apresentadora) - Universidade Federal de Campina Grande. Email: elienepcosta@hotmail.com
Gerlane Ângela da Costa Moreira Vieira (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Saúde do idoso. Envelhecimento. Sobrepeso.

Resumo

Este trabalho tem como objetivo avaliar a presença de sobrepeso em idosos que frequentam Centro de Convivência. Trata-se de um estudo transversal, realizada com 83 idosos com 60 anos ou mais, de ambos os sexos, escolhidos de forma não probabilística. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado contendo avaliação de dados socioeconômicos, estilo de vida, presença de doenças e Índice de massa corpórea (IMC). Como resultado, observou-se as seguintes características: aposentados (65,06%), com média de idade de 73,9 anos (desvio padrão= 7,25), sendo 67,47% do sexo feminino. Verificou-se que a renda mais prevalente era até um salário mínimo (73,49%); o nível de escolaridade mais frequente foi o ensino fundamental incompleto (66,27%); e a maior parte dos entrevistados era viúvo (48,19). As doenças mais presentes foram à hipertensão (59,5%); diabetes *mellitus* (17,9); artrose (7,1 %); osteoporose (5,9) e hipercolesterolemia (5,9%). O sobrepeso esteve presente em 53,01% dos idosos. A média de IMC para as mulheres do presente estudo foi de 27,4%, e para os homens foi de 25,9%. Esses dados no levam a concluir que, apesar dos idosos se mostrarem ativos e inseridos em atividades físicas que possibilitem o gasto energético, os mesmos apresentaram peso elevado, necessitando, portanto, do redirecionamento de atividades voltadas à melhorias do seu padrão de peso e readaptação dos hábitos alimentares a fim de que se reduzam os riscos do surgimento de patologias associadas à elevação do peso corpóreo.

Introdução

O envelhecimento é um processo biológico, e ocorre associado a um conjunto de alterações fisiológicas, que sofrem influências do meio social e cultural. Durante este processo, podem surgir doenças e incapacidades que comprometem a qualidade de vida da pessoa idosa. No entanto, todas essas mudanças devem ser observadas e tratadas de forma que esses indivíduos possam viver com qualidade de vida. Para Brasil (2003), a pessoa é considerada idosa a partir dos 60 anos de idade.

Existem atualmente no Brasil, aproximadamente 20 milhões de pessoas na faixa de idade de 60 anos ou mais, representando 10% da população do país. A Organização Mundial da Saúde estima que no período de 1950 a 2025, o número de idosos no Brasil deverá ter aumentado em quinze vezes. Dessa forma, nosso país passará a ocupar a sexta posição em relação aos países com números de habitantes com idade acima dos 60 anos (BRASIL, 2010).

Para Veras (2009), o envelhecimento populacional gera um número maior de doenças na população, aumento das incapacidades e de uso dos serviços de saúde. Com isso, é fundamental que a atenção à saúde da pessoa idosa seja bem planejada e considere as particularidades existentes neste público.

Dentre os problemas de saúde que podem acometer a pessoa idosa, o sobrepeso vem se mostrando bastante presente. Para a Organização Mundial da Saúde, o sobrepeso, assim como a obesidade, são considerados importantes problemas de saúde pública, sendo responsável pelas cinco principais causas de morte no mundo, e apresentando-se como a terceira em países em desenvolvimento (WHO, 2009).

A própria OMS vem recomendando ao longo dos últimos anos que as políticas voltadas aos idosos sejam criadas considerando os determinantes de todo o curso de vida, tornando-se um desafio para o setor saúde no que diz respeito à organização do sistema para que seja prestada uma assistência de qualidade voltada à prevenção, o retardo das doenças, as manutenções da saúde, a independência e a autonomia da população idosa. Sendo assim, é importante que as políticas destinadas a este público sejam direcionadas à promoção e manutenção da capacidade funcional. Com isso, faz-se necessário que os serviços de saúde sejam estruturados de forma que possibilitem um atendimento direcionado para os diferentes perfis da população (VERAS, 2012).

Com isso, este trabalho tem como objetivo avaliar a presença de sobrepeso em idosos que frequentam um Centro de Convivência, no intuito de alertar para a existência desse problema de saúde e colaborar para a melhoria da assistência à pessoa idosa.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, realizado com 83 idosos, de ambos os sexos, que frequentavam um Centro de convivência para idosos, localizado na cidade de Campina Grande/PB, no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande, através do parecer 451.851.

A amostra foi composta por 83 idosos dos 90 que compareciam ao centro de forma assídua. O cálculo da amostra foi realizado através do programa OpenEpi versão 3.01 (DEAN; SULLIVAN; SOE, 2006) utilizando-se limite de confiança de 5%.

Para a coleta de dados foi utilizado um questionário semiestruturado contendo a avaliação de dados socioeconômicos, estilo de vida, presença de doenças e Índice de massa corpórea (IMC). Os idosos tiveram seu peso corpóreo e sua altura medidos durante o estudo para realização do cálculo do IMC.

Os dados coletados foram introduzidos em um banco de dados do software *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 e analisados a partir da bioestatística descritiva.

A pesquisa foi realizada com base nos aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, conforme preconiza a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Os resultados desse estudo demonstraram que os idosos apresentam as seguintes características: aposentados (65,06%), com média de idade de 73,9 anos ($\pm$ 7,25), sendo 67,47% do sexo feminino. Assim como pode ser observado no presente estudo, outras pesquisas também demonstraram que a maioria das pessoas idosas que frequentam centros de convivência é do sexo feminino (SILVA; COSTA; GUERRA, 2011; BATISTA; VIEIRA; SILVA, 2012).

A renda mais prevalente era até um salário mínimo (73,49%). Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a renda média da população idosa brasileira é de um salário mínimo (IBGE, 2010). Portanto, esse resultado apresenta-se de acordo com os

dados nacionais, acerca da renda per capita, conhecida para esta faixa etária em nosso país. O nível de escolaridade mais frequente foi o ensino fundamental incompleto (66,27%); e a maior parte dos entrevistados era viúvo (48,19).

As doenças mais presentes foram a hipertensão (59,5%); diabetes *mellitus* (17,9); artrose (7,1 %); osteoporose (5,9) e hipercolesterolemia (5,9%). De acordo com Macedo (2008), o aumento da idade é considerado um fator de risco para o surgimento de doenças crônicas. A avaliação das condições físicas serve como indicador para se que possa refletir a respeito dos processos fisiológicos e fisiopatológicos envolvidos na funcionalidade de cada indivíduo (MACEDO, 2008).

Para Brasil (2007), o organismo do idoso está mais vulnerável a qualquer estímulo devido às alterações decorrentes do processo fisiológico do envelhecimento, sendo que estas alterações exercem influência nos mecanismos homeostáticos e em sua função orgânica, com isso, eles se tornam mais propensos a desenvolver doenças. E, essas patologias surgem muitas vezes em decorrência do estado físico ou nutricional do idoso, a exemplo do excesso de peso.

O sobrepeso esteve presente em 53,01% dos idosos deste estudo, sendo que 33,73% foram considerados eutróficos e 13,25% estavam abaixo do peso. A média de peso para o sexo feminino foi de 62,2 Kg ($\pm 10,1$) e para o sexo masculino foi de 67,0 Kg ($\pm 11,5$). A média de IMC para as mulheres do presente estudo foi de 27,4%, e para os homens foi de 25,9%. Para Campos et al (2006), as alterações no estado nutricional variam de uma região para outra. Estudos realizados com populações de idosos de vários estados brasileiros utilizam o IMC para avaliar as alterações do estado nutricional, e observa-se que o sobrepeso se mostra bastante presente, evidenciando a presença de importantes fatores de riscos para morbidades neste grupo (CAMPOS et al, 2006; NASCIMENTO et al., 2011; SOARES et al, 2012; SCHERER et al., 2013).

Outros estudos realizados com idosos também evidenciaram que as mulheres apresentam maior frequência de sobrepeso, quando comparado aos homens na mesma faixa etária (NASCIMENTO et al., 2011; ALVARENGA et al., 2010). Nascimento (2011) associa o excesso de peso a históricos de doenças como hipertensão arterial, diabetes, dislipidemias, artrite e artrose, além da presença da polifarmácia.

As diferenças de peso dos idosos podem variar de acordo com as características ambientais, culturais e socioeconômicas dos locais onde os mesmos residem. Essas diferenças podem repercutir no estilo de vida e no acesso aos alimentos, afetando consequentemente o padrão alimentar ao longo da vida (FARES et al., 2012). O aumento do peso também é um fator que deve ser considerado, pois associado a ele está o aumento do risco de doenças cardiovasculares que podem levar a maiores complicações futuras. Portanto, o peso do idoso e consequentemente seu IMC devem estar dentro dos padrões adequados (SILVA et al, 2011; SOARES et al, 2012).

Campos et al. (2006) alerta para a necessidade de se conhecer mais sobre o envelhecimento, bem como as repercussões e os impactos que podem ser provocados no sistema de saúde do Brasil, tendo em vista o crescimento esperado para os próximos anos. E, aponta ainda que, a promoção da saúde pode minimizar os impactos que podem ser provocados nos serviços de saúde. Nesta perspectiva, vale salientar que o controle do peso e a prevenção de doenças, à medida que o indivíduo envelhece, são condutas bastante importantes para que o idoso mantenha uma vida saudável (NASCIMENTO et al., 2011).

Conclusão

Diante dos dados observados é possível concluir que os idosos, mesmo se mostrando de maneira ativa e frequentando serviços que são direcionados à sua faixa etária, apresentam problemas em relação aos seus padrões de peso. É importante salientar que o excesso de peso é considerado um fator de risco para o surgimento de várias comorbidades, a exemplo das doenças cardíacas e acidentes vasculares cerebrais. Portanto, o controle do peso é um fator muito relevante na manutenção da saúde da pessoa idosa.

É fundamental que as atividades direcionadas a esse público sejam planejadas visando às suas necessidades, e que seja realizado um trabalho voltado à reeducação alimentar e à realização de atividades físicas que sejam executadas de maneira que atinja a manutenção de um peso adequado para cada indivíduo que a realiza.

Referências

BATISTA, N. N. L. A.; VIEIRA, D. J. N.; SILVA, G. M. P. Caracterização de idosos participantes de atividade física em um centro de convivência de Teresina-PI. *Enfermagem em Foco*, v. 3, n. 1, p. 07-11, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da pessoa idosa e Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. Brasília, 2010.

_____. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília. Seção 1, p. 1-3, out. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Conselho Nacional de saúde. Brasília, DF.

_____. Ministério da Saúde. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: DF, 2007. 192 p. Série A. Cadernos de Atenção Básica; n. 19.

CAMPOS, M. A. G. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos. *Rev. Assoc. Med. Bras.* V. 52, n. 4, p. 214-221, 2006.

DEAN, A. G.; SULLIVAN K. M.; SOE. M. M. **OpenEpi**: Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health, 2006. Disponível em: <www.OpenEpi.com>. Acessado em: 07 /02/2014.

FARES, D. et al. Fatores associados ao estado nutricional de idosos de duas regiões do Brasil. *Rev. Assoc. Med. Bras.* Online, v. 58, n. 4, p. 434-44, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302012000400013>>. Acessado em: 20/12/2013.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J. M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arq. Bras. de Ciênc. da S.*, v. 33, n. 3, p. 177-184, 2008.

NASCIMENTO, C. M. et al. Estado nutricional e fatores associados em idosos do Município de Viçosa, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública Online*. Dez., v. 27, n. 12, p. 2409-2418, 2011.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-54,

2009.

SILVA, V. S. et al. Prevalência e fatores associados ao excesso de peso em idosos brasileiros. Rev. Bras. de Ativ. Física & Saúde. v. 16, n. 4, 2011.

SILVA, T. C. L.; COSTA, E. C. C.; GUERRA, R. O. G. Resistência aeróbia e força de membros inferiores de idosos praticantes e não praticantes de ginástica recreativa em um centro de convivência. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 535-542, 2011.

SOARES, L. D. A. et al. Análise do desempenho motor associado ao estado nutricional de idosos cadastrados no Programa Saúde da Família, no município de Vitória de Santo Antão-PE. Ciênc. saúde coletiva Online. v. 17, n.5, p. 1297-1304, 2012

SCHERER, R. et al. Fatores que interferem no estado nutricional de idosos. Rev. Bras. Geriatr. Gerontol., Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p. 769-779, 2013.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. Rev. Ciênc. saúde coletiva Online, v. 17, n.1, p. 231-238, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva: World Health Organization; 2009.

Agradecimentos

Ao Programa Institucional de Voluntário de Iniciação Científica (PIVIC) e a Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão pelo incentivo ao desenvolvimento dessa pesquisa.

Aos idosos, funcionários e coordenação do Centro Municipal de Convivência do Idoso da cidade de Campina Grande.

A discente Fernanda Azevedo Teixeira da Rocha pela colaboração na coleta e análise dos dados.

AValiação DE UM PROGRAMA DE INTERVENÇÃO EDUCATIVA PARA O AUTOCUIDADO DE PORTADORES DE ÚLCERA VENOSA

Marília Braga Marques (Apresentador) – Universidade Federal do Ceará- mariliabm1@yahoo.com.br

Allana Mirella Alves – Universidade Federal do Ceará

Juliana Cunha Maia – Universidade Federal do Ceará

Maria Lígia Silva Nunes Cavalcante – Universidade Federal do Ceará

Karlina Nascimento Farias – Universidade Federal do Ceará

Janaína Fonseca Victor Coutinho (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Úlcera Venosa. Tecnologia Educacional. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se avaliar um programa de intervenção educativa para o aumento do autocuidado de portadores de úlcera venosa, verificar o conhecimento sobre as ações de autocuidado de portadores de UV, com relação ao tratamento da UV, conhecer as atitudes de autocuidado de portadores de UV e comparar a prática de autocuidado de portadores de UV. Trata-se de um estudo quase-experimental, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois. A população foi composta por indivíduos portadores de UV acompanhados no ambulatório de cirurgia de um hospital terciário de Fortaleza. Realizou-se a coleta de dados de fevereiro a abril de 2014, através de formulários e telemonitorização. Os resultados revelaram: antes da intervenção educativa 11 (47,8%) participantes relataram não ter conhecimento sobre os cuidados e 02 (8,7%) já tinham ouvido falar, mas não lembravam. Após a intervenção os 23 (100%) afirmaram ter algum conhecimento sobre os cuidados com a úlcera. Observou-se que antes da intervenção educativa, todos os participantes apresentaram o conhecimento inadequado 23 (100%) e a maioria apresentou atitude 17 (73,9%) e práticas 16 (69,6%) adequadas. Após a intervenção educativa, 20 (86,1%) apresentaram conhecimento adequado, 22 (95,7%) atitude adequada e 23 (100%) prática adequada. Concluiu-se que após o programa de intervenção o nível de conhecimento, a atitude e a prática com relação ao autocuidado com a UV, aumentou mais que o esperado. Constatou-se a importância do envolvimento dos profissionais, no que se refere ao tratamento da UV, já que os portadores precisam ser acompanhados pela equipe de saúde.

Introdução

A Úlcera Venosa (UV) representa cerca de 80 a 85% dos casos de úlceras de perna, sendo o estágio mais avançado da doença venosa crônica. É caracterizada, por feridas localizadas na porção distal dos membros inferiores, com formato irregular, bordas bem definidas, hiperpigmentação na área peri-ferida, lipodermatoesclerose, edema, descamação, eritema, exsudato, prurido e elevação da temperatura local (ABBADÉ, 2011). Cerca de 1% da população mundial apresenta úlcera de perna, entretanto é difícil estimar o número exato de pessoas que sofrem com essa patologia. (BORGES, 2005; BORGES; CALARI; HAAS, 2007). A Conferência Nacional de Consenso Sobre as Úlceras da Extremidade Inferior (CONUEI), estima que a prevalência de úlcera de perna seja de 0,10 a 0,30% e a incidência de 3 a 5 casos/1000 pessoas ao ano, sendo duas vezes mais elevado em idosos. O tratamento das úlceras venosas tem como objetivos a cicatrização de úlceras ativas, prevenção de recidivas e complicações que envolvem ações farmacológicas e não farmacológicas. Entre as terapias não farmacológicas conservadoras, para melhorar o retorno venoso, podemos citar: a terapia compressiva, a elevação dos membros inferiores e o exercício. A medida mais importante do tratamento é a compressão. (ABBADÉ, 2006). A utilização de ferramentas que facilitem ações de autocuidado já vem sendo desenvolvidos por enfermeiros, porém ainda são incipientes os estudos que abordem este tema. O estudo de Oliveira, Fernandes e Sawada (2008) aborda que a disseminação do uso de tecnologia educacional é estimulada por inúmeras vantagens, que incluem oferecer aos usuários uma fácil compreensão do tema estudado, respeitando o ritmo individual e permitindo a repetição quantas vezes forem necessárias, oferecendo verificação imediata ou rápida. Artigos que buscaram explorar aspectos voltados para o tratamento através de ações de autocuidado com ou sem uso de tecnologias educativas ainda são incipientes relevado por busca na Biblioteca Virtual de Saúde e Portal de periódicos da CAPES, foram encontrados com os descritores úlcera venosa, autocuidado e educação em saúde sete artigos, sendo um em português. Nenhum desses artigos contemplavam o uso de tecnologias educativas para portadores de úlcera venosa. O presente estudo se adequa às prioridades de pesquisa preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), pois se propõe a utilizar um programa de intervenção educativa para a diminuição dos agravos e prevenção de morbidades relacionadas à úlcera venosa (BRASIL, 2008). A sua relevância destaca-se ainda, como potencial inovador, pois a partir dos resultados obtidos pode-se apresentar recursos que melhorem o conhecimento e o autocuidado do indivíduo na sua condição de portador de úlcera venosa e consequentemente, contribuir para o incremento da literatura sobre o tema.

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como quase-experimental, prospectivo, comparativo, do tipo antes e depois. É quase experimental, porque se constitui de um programa de intervenções sobre um grupo populacional, cuja amostra não foi selecionada de forma aleatória. Neste estudo, o paciente é seu próprio controle, antes e depois da intervenção (LOBIONDO-WOOD; HARBER, 1998). Dessa forma, comparou-se o conhecimento, a atitude e a prática acerca dos cuidados com a úlcera antes e depois de realizado o programa de intervenções. Neste estudo, o programa de intervenção foi constituído de: oficina educativa, com entrega e discussão de material educativo específico para portador de UV do tipo cartilha educativa e monitorização telefônica, chamada neste estudo de telemonitorização. O local de estudo foi um ambulatório especializado em cirurgia, de um hospital terciário em Fortaleza – CE. Os dados foram coletados no período de Fevereiro a Abril. A população do estudo foi composta por indivíduos portadores de UV acompanhados no ambulatório de cirurgia com demanda de pacientes do próprio município e do interior do estado. A seleção foi realizada a partir das fichas de identificação dos pacientes com diagnóstico de UV, residentes em Fortaleza. Para o cálculo amostral utilizou-se a fórmula para comparação antes e depois. Com as substituição dos valores, obteve-se n=24. Uma diferença de 10 pontos (10%) sobre o verdadeiro valor dos escores dos testes foi considerada como aceitável. Os critérios de inclusão foram: ter idade maior ou igual a 18 anos, ter os aspectos cognitivos preservados, não apresentar nenhuma alteração em relação a comunicação, incluído déficit auditivo e ter diagnóstico médico de úlcera venosa. O critério de exclusão foi referir dor ou desconforto no momento da entrevista. Como instrumentos para coleta de dados foram utilizados: cartilha educativa e o formulário para avaliação do conhecimento, atitude e prática sobre cuidados com UV. A cartilha foi desenvolvida por Benevides (2012) e validada por Pascoal (2012) é intitulada “Cartilha para cuidados com a úlcera venosa”. Os dois questionários para a avaliação do conhecimento, a atitude e a prática dos portadores em relação aos

cuidados com UV foram denominados de A e B. Estes foram aplicados antes e depois da intervenção educativa de forma cruzada, e continham questões semelhantes sobre o mesmo conteúdo, porém com perguntas redigidas de maneira distinta. Assim, os primeiros 12 sujeitos responderam ao formulário A na fase antes e ao formulário B na fase depois, e os demais sujeitos responderam inicialmente ao formulário B e na fase depois ao formulário A. Este procedimento ocorreu para que os sujeitos não sofressem influência das perguntas já realizadas na fase inicial da pesquisa. A coleta ocorreu em quatro fases: Primeira fase: Foram analisadas as fichas de atendimento do setor para que sejam identificados portadores de UV, aqueles que obedecerem aos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Aqueles que não possuíam fichas foram identificados pela enfermeira responsável do setor. Em seguida, foi realizada a primeira etapa do estudo, que compreendeu o preenchimento do formulário referente ao conhecimento, atitude e prática quanto aos cuidados com UV. Segunda fase: Oficina educativa sobre cuidados adequados com a UV, desenvolvida a partir das seguintes etapas: apresentação de pesquisadores e voluntários, levantamento do conhecimento dos voluntários acerca dos cuidados com a úlcera venosa, apresentação e discussão da cartilha. O facilitador solicitou a cada um que relatasse quais os cuidados que eles elegiam importantes para o tratamento da UV. A seguir, o facilitador entregou a cartilha para cada participante e todos os sete temas da cartilha (cuidados com a alimentação, caminhadas e exercícios leves, repouso com os pés elevados, cuidados com o curativo, terapia compressiva, apoio familiar como parte do tratamento e manter hábitos saudáveis), foram apresentados e discutidos, a cartilha foi apresentada em formato de álbum seriado, que consiste em uma coleção de folhas (cartazes) organizadas, seu uso é extenso na área da educação em saúde e, dentre suas vantagens, destacam-se: direcionar a sequência da exposição, possibilitar a imediata retomada de qualquer folha já apresentada, possibilitar a utilização de materiais diversos na sua confecção, como fotografias/figuras e desenhos, e assinalar os pontos essenciais de cada tópico apresentado, no intuito de facilitar a visualização e discussão (FERREIRA; SILVA JUNIOR, 1986). A oficina teve em média 50 minutos de duração e foi realizada em dois momentos, pois para realização das intervenções educativas, preferiu-se dividir em grupos menores para facilitar o entendimento do público e para evitar inibições frente a retirada das dúvidas durante o processo de aprendizagem. A primeira oficina foi realizada com 15 participantes e a segunda com nove. Terceira fase: Durante cinco semanas foi realizada a telemonitorização. Para cada contato, foi abordado um tema da cartilha, como também abriu-se espaço para eventuais dúvidas. Durante a fase de telemonitorização, o pesquisador entrou em contato com o voluntário por telefone em uma base semanal por cinco semanas, até a semana que antecedeu a quarta fase do programa que incluiu um novo encontro. Nestas ligações, foram reforçados os domínios de cuidados com a UV, segundo a cartilha, e foram feitas perguntas sobre o estado geral do paciente: Consegue observar alguma mudança na sua saúde? A úlcera diminuiu de tamanho? Está tendo alguma dificuldade em realizar os cuidados? A família está ajudando no tratamento? (RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ; ARREDONDO-HOLGUÍN; HERRERA-CORTÉS, 2012). Encerrada a fase de telemonitorização, os voluntários foram novamente convidados para a realização do pós-teste.

Quarta fase: Realização do pós-teste momento em que foi avaliado novamente o conhecimento a atitude e a prática dos voluntários através da aplicação dos formulários baseados no conhecimento atitude e prática.

Para análise dos dados sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos portadores de UV em relação aos cuidados com UV, optou-se por utilizar as definições usadas por Fernandes (2009), que foram adaptadas para a presente pesquisa conforme apresentadas a seguir:

Conhecimento adequado: Portadores que já tenham ouvido falar dos cuidados com a úlcera, e sabem citar pelo menos três cuidados, dentre eles, a terapia compressiva ou que citem quatro ou mais, excetuando-se a terapia compressiva.

• **Conhecimento inadequado:** Portadores que não sabem os cuidados e nunca ouviram falar, ou já ouviram falar, mas não sabem/lembram. Ou aqueles que lembram pelo menos três cuidados, mas não citam a terapia compressiva, ou aqueles que lembram menos de quatro cuidados.

• **Atitude adequada:** Pessoas que consideram necessário cuidar da úlcera utilizando a terapia compressiva.

• **Atitude inadequada:** Pessoas que acham pouco necessário, desnecessários ou não tenham opinião sobre a necessidade em realizar o autocuidado com a úlcera e utilizar a terapia compressiva.

• **Prática adequada:** Quando o portador estiver realizando pelo menos quatro destes cuidados: uso correto de terapia compressiva, repouso com elevação do membro afetado, manutenção de hábitos saudáveis, exercícios leves e alimentação.

• **Prática inadequada:** Quando o portador não estiver realizando pelo menos quatro destes cuidados: uso correto de terapia compressiva, repouso com elevação do membro afetado, manutenção de hábitos saudáveis, exercícios leves e alimentação.

Optou-se por dar certa importância à terapia compressiva, pois é bastante efetiva na cicatrização da UV, embora muitos pacientes não saibam utilizá-la corretamente e alguns profissionais não deem a devida importância para este método, sabe-se que as taxas de cicatrização podem duplicar ou até triplicar com a sua aplicação. (PEREIRA; GASPARI, 2012). Os dados foram organizados em um quadro e foram analisados de acordo com a literatura pertinente. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará com o protocolo No. 065 07.10, seguindo as orientações da Resolução 466/12.

Resultados e Discussão

Os resultados apresentados referentes ao conhecimento atitude e prática dos portadores de UV antes e após a intervenção educativa. De acordo com os parâmetros previamente estabelecidos neste estudo, observou-se que antes da intervenção educativa, todos os participantes apresentaram o conhecimento inadequado 23 (100%) e a maioria apresentou atitude 17 (73,9%) e práticas 16 (69,6%) adequadas. Após a intervenção educativa, percebe-se que 20 (86,1%) voluntários apresentaram conhecimento adequado, 22 (95,7%) atitude adequada e 23 (100%) prática adequada. Procurou-se agrupar os dados deste estudo em conhecimento, atitude e prática, classificando-os como adequados ou inadequados, segundo as definições que se julgou mais apropriada para a pesquisa. Buscou-se no embasamento literário a melhor forma de categorizar os dados, dando importância aos tópicos utilizados na Cartilha para cuidados com a úlcera venosa, utilizada como tecnologia educativa neste estudo. Conforme exposto, obtivemos números praticamente absolutos após a intervenção educativa sobre o conhecimento, atitude e prática. Observou-se que todo o programa de intervenção educativa culminou para o aumento no grau de informação, senso crítico e ações desempenhadas pelos próprios portadores de UV, influenciando, deste modo, no autocuidado dos mesmos. Nesse sentido, pesquisas realizadas por Silva e Lopes (2006) que desenvolveram sessões de educação em saúde com portadores de úlcera venosa, e de Vicentim *et al.* (2009) que procedeu à entrega de folhetos educativos sobre medidas de cuidado com a realização do curativo no domicílio, concluíram que é evidente a melhora na assistência e redução no tempo de cicatrização, devido à diminuição da incidência de infecções, através da mudança de conduta dos portadores. Esta realidade demonstra a importância de ações voltadas para educação em saúde dos portadores de UV e abre um leque de possibilidades de novas investigações acerca do tema. Os resultados satisfatórios desta pesquisa, se revela no aumento do autocuidado dos participantes após a aplicação da intervenção educativa, a telemonitorização e a oficina educativa.

Conclusão

Após o programa de intervenção o nível de conhecimento, a atitude e a prática com relação ao autocuidado com a UV, aumentou mais que o esperado. Com isso, é necessário, que ocorra maior envolvimento dos profissionais, no que se referem ao tratamento da UV, já que os portadores precisam ser acompanhados pela equipe de saúde, o que requer treinamento e disponibilidade desses profissionais para um manejo adequado da UV. Os obstáculos encontrados no desenvolvimento do trabalho foi a escassez de estudos desenvolvidos e publicados nessa área específica, evidenciando poucos achados de publicações acerca do uso de materiais educativos e programas de intervenção educativa. Outro agravante, foi a dificuldade que os participantes tiveram em relação as conversas telefônicas, fazendo com que a telemonitorização se tornasse uma etapa bastante difícil de ser realizada. Acredita-se que pela maioria dos portadores serem pessoas idosas, a audição seja um sentido fisiologicamente afetado pelas mudanças características próprias da idade. A qualidade de vida dos portadores de úlcera venosa é afetada de forma expressiva, sendo a intervenção educativa uma alternativa primordial para amenizar o impacto dos prejuízos que a lesão acarreta. Neste sentido, a cartilha educativa tem uma contribuição valiosa para se desenvolver habilidades e favorecer a autonomia do indivíduo e a telemonitorização como ferramenta inovadora da manutenção dessas habilidades. A pesquisa revelou que proporcionar ao portador de UV o empoderamento do seu cuidado, fazendo-o sujeito participante no seu processo de restabelecimento da saúde é uma ferramenta eficaz no tratamento da UV. Vê-se a necessidade de um maior interesse profissional na atualização constante de conhecimentos acerca de cuidados com a UV, porém precisa-se de mais estudos que comprovem que os cuidados realizados são realmente eficazes na prática clínica. Espera-se que os achados deste estudo contribuam para fomentar a literatura acerca da temática de UV, podendo ainda impulsionar novas investigações e diferentes cenários de pesquisa.

Referências

- ABBADE, L. P. F. Abordagem do paciente portador de úlcera venosa. In: MALAGUTTI, W; KAKIHARA, C. T.(Org). Curativos, Estomias e dermatologia: uma abordagem multiprofissional. São Paulo: Martinari editora, 2011. p. 95-105.
- ABBADE, L. P. F.; LASTÓRIA, S. Abordagem de pacientes com úlcera da perna de etiologia venosa. An. Bras. Dermatol. 2006;81(6):509-22.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e tecnologia. Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em saúde – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008
- _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. Trata de pesquisas em seres humanos e atualiza a resolução 196. [Internet]. Diário Oficial da União. 12 dez. 2012.
- FERNANDES, J. V.; et al. Conhecimentos, atitudes e prática do exame de Papanicolaou por mulheres, Nordeste do Brasil. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v. 43, n. 5, Out. 2009.
- FERREIRA, O. M. C.; SILVA JÚNIOR, P. D. Recursos audiovisuais no processo ensino aprendizagem. São Paulo: Pedagógica & Universitária, 1986.
- LOBIONDO-WOOD, G.; HARBER, J. Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. 330p
- OLIVEIRA, M. S.; FERNANDES, A. F. C.; SAWADA, N. O. Manual educativo para o autocuidado da mulher Mastectomizada: um estudo de validação. Texto Contexto Enferm., v. 17, n. 1, p. 115-123, jan./mar. 2008.
- PEREIRA, A.; GASPARG, P. Barreiras à implementação da Terapia Compressiva. *Rev. Enf. Ref.* [online]. 2012, vol. Ser III, n.6, pp. 33-44. ISSN 0874-0283.
- RODRÍGUEZ-GÁZQUEZ, M. A.; ARREDONDO-HOLGUÍN, E. ; HERRERA-CORTÉS, R. Efetividade de um programa educativo em enfermagem no autocuidado em pacientes com insuficiência cardíaca: ensaio clínico randomizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.20(2):[11 telas]. mar.-abr. 2012
- SILVA, J. A.; LOPES, M. J. M. Educação em saúde a portadores de úlcera varicosa através de atividades de grupo. *Rev. Gaúcha Enferm.*, v. 27, n. 2, p. 240-250, 2006.
- VICENTIM, A. L.; GATTI, M. A. N.; WECKWERTH, P. H.; CARVALHO, R. C. O. Etiologia da microbiota presente em úlceras venosas de usuários de bota de unna. *Salusvita*, v. 28, n. 1, p. 65-72, 2009.

Agradecimentos

Agradecemos a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) pelo financiamento através de bolsa de iniciação científica.

AVALIAÇÃO DO CONSUMO ALIMENTAR DE MULHERES HIPERTENSAS ATENDIDAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Heloísa Nardi Vilella - FSPUSP - PROPET Saúde USP Capital - Email: helo.vilella02@gmail.com
Amanda Kumagai - FSPUSP - PROPET Saúde USP Capital - UBS Jd São Jorge
Débora Henrique - FSPUSP - PROPET Saúde USP Capital - UBS Paulo VI
Mariana Gaspar Nicolau - FSPUSP
Flávia Mimi Kojima - FSPUSP
Helena Akemi Wada Watanabe (Orientadora) – Faculdade de Saúde Pública/USP – PRO PET Saúde USP Capital

Palavras-chave: Hipertensão. Consumo alimentar. Promoção da saúde.

Resumo

Introdução: A hipertensão arterial (HA) tem grande impacto na saúde pública brasileira, sendo fundamentais o desenvolvimento de ações de controle da doença e promoção de saúde na Atenção Primária. Em estudo realizado em uma área da Estratégia Saúde da Família de São Paulo no Programa de Educação pelo Trabalho buscou-se realizar avaliação sobre o consumo alimentar, o estado nutricional, e acesso a frutas, legumes e verduras (FLV), bem como a prática de atividade física de mulheres hipertensas. **Métodos:** Entrevista domiciliar, avaliação antropométrica e análise descritiva dos dados de consumo alimentar e observação dos estabelecimentos que comercializam alimentos no entorno das residências. **Resultados e Discussão:** 63% das pacientes encontravam-se acima do peso; apenas 30% relataram prática de atividade física regular; cerca de 85% relataram seguir dieta hipossódica. Entretanto, verificou-se que 44% consumiam sódio em excesso; potássio e fibras abaixo do recomendado. Observou-se que o ambiente alimentar no entorno das residências não propicia acesso a FLV e que alimentos processados de baixo valor nutricional são disponibilizados de forma farta e barata. **Conclusão:** Apesar de informarem saber qual seria a dieta adequada para sua saúde, o consumo de FLV mantém-se baixo. O aumento desses tipos de alimentos juntamente com o baixo consumo de alimentos processados poderia colaborar para um melhor controle da HA e bem estar dessas mulheres. Este estudo demonstra que as informações que as pacientes têm sobre os alimentos consumidos e a dieta são inadequadas e que o acesso a FLV deveria ser facilitado através de políticas públicas de abastecimento.

Introdução

A hipertensão arterial é uma doença crônica não transmissível, considerada um dos fatores mais relevantes de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e ocasiona, atualmente, o maior número de consultas nos Sistemas de Saúde, trazendo um importante impacto econômico e social. O conhecimento da prevalência dos fatores de risco para DCNTs, principalmente os de natureza comportamental, isto é, os que podem ser modificados, é fundamental por serem sinais de alerta para o crescimento da morbimortalidade relacionada a essas doenças¹. A atividade física regular contribui para uma morbidade e mortalidade cardiovascular reduzida, assim como hábitos alimentares saudáveis, incluindo o acesso a esses alimentos, contribuem de forma significativa para o controle da pressão arterial (PA).

A Atenção Básica tem papel primordial no controle da hipertensão arterial, começando pelo seu diagnóstico, passando pela definição da conduta terapêutica e pela orientação adequada, de forma a manter os pacientes motivados para o seu tratamento². No âmbito da alimentação, orientações nutricionais, bem como a prática de exercícios físicos verifica-se que estes são aspectos fundamentais para a promoção da saúde. O estudo do comportamento alimentar permite ampliar as possibilidades de fomentar a produção de saúde, haja vista as múltiplas abordagens e o largo campo de análise em que este conceito se insere³. O acesso, a seleção de alimentos, e os aspectos referentes ao preparo da comida estão associados a atributos socioculturais, econômicos, ambientais e questões subjetivas aos indivíduos. Sendo assim, a educação nutricional faz-se necessária, bem como o empoderamento dos indivíduos para que estes façam melhores opções de escolha sobre os alimentos frente ao meio no qual está inserido e todas as questões subjacentes a ele. Sendo a alimentação um fato ao mesmo tempo biológico e cultural, as intervenções educativas precisam partir do conhecimento do consumo.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, transversal de avaliação de consumo alimentar, estado nutricional de 30 mulheres hipertensas de 35 a 60 anos de idade, usuárias de Unidade Básica de Saúde e moradoras de uma área Estratégia da Saúde da Família, localizada na região oeste da cidade de São Paulo, selecionadas por conveniência de um universo de 110 mulheres hipertensas identificadas em pesquisa em andamento, na área.

A coleta de dados foi realizada no mês de abril/2014, através de levantamento de dados obtidos na pesquisa “Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos”⁴ e visitas domiciliares acompanhadas por Agentes Comunitárias da Saúde (ACS's) da Unidade desenvolvida, UBS Paulo VI. Nas visitas foram realizadas avaliação antropométrica, pesagem, medição de altura, utilizando fita métrica inelástica, Questionário de Frequência Alimentar para adultos maiores de 20 anos desenvolvido pelo departamento de nutrição da Faculdade de Saúde Pública (Fisberg, 2009) e questionário formulado pelo grupo sobre nível de escolaridade, orientação nutricional recebida no último ano, bem como a fonte dessa orientação, nível e frequência de atividade física.

Os dados dos questionários de frequência alimentar foram convertidos para gramagem de consumo diário, para assim serem digitados no software Virtual Nutri e obter percentuais de consumo diário de macronutrientes e quanto ao consumo de sódio e potássio.

Mulheres com IMC maior que 25kg/m² e abaixo de 25kg/m² foram consideradas com excesso de peso e sem excesso de peso, respectivamente⁵. Na análise descritiva dos dados de consumo alimentar foram calculadas: média e desvio-padrão. Posteriormente foram gerados gráficos comparando as relações entre as variáveis analisadas para se avaliar os fatores envolvidos na ocorrência de HA das mulheres da amostra. Os cálculos estatísticos das médias de ingestão de consumo dos macro e micronutrientes, bem como desvio-padrão e demais taxas percentuais foram realizados pelo programa Excel versão 2013. Os dados foram analisados através da estatística descritiva, já que a amostra foi homogênea.

Foram obtidas para posterior análise as médias de ingestão de macronutrientes do grupo e comparadas com os intervalos de distribuição aceitável dos macronutrientes (Acceptable Macronutrient Distribution Ranges - AMDR), segundo DRI, 2002 (Dietary Reference Intakes) que considera a faixa aceitável de 10-35% para proteínas, 45-65% de carboidratos e 20-35 de lipídeos para quantificar aquelas que se encontram abaixo, acima ou dentro do parâmetro recomendado para cada macronutriente⁶. As prevalências de inadequação de ingestão de micronutrientes são estimadas segundo o sexo e faixas etárias utilizando o método da necessidade

média estimada (Estimated Average Requirement - EAR) como ponte de corte, conforme proposto pelo Institute of Medicine (IOM) para a população dos Estados Unidos e Canadá.⁷

O sódio avaliado representa o sódio total dos alimentos, considerando tanto o intrínseco dos alimentos quanto o de adição. Como a ingestão de sódio no Brasil é excessivamente elevada⁸, para o cálculo da prevalência de inadequação da sua ingestão são considerados os valores acima do nível de ingestão máximo tolerável (Tolerable Upper Intake Level - UL). Considerando a média de consumo avaliada no grupo que é de 2300mg/dia⁹ e o Desvio-Padrão de 2860,54 mg/dia, obtém-se um Z de - 0,16 ($Z = \frac{UL - M}{DP}$) e a partir desse valor na tabela de prevalência de inadequação de micronutrientes pela curva de distribuição, verifica-se o percentual.

Em relação ao consumo de fibras, a média de ingestão do grupo foi comparada com o valor recomendado pela OMS de consumo acima de 25g/dia para obtenção do percentual de mulheres que apresentam ingestão abaixo do recomendado¹⁰.

Considerado as próprias limitações do método de inquérito alimentar, no presente estudo verificaram-se os seguintes aspectos quanto ao indivíduo: foi observado certo constrangimento pela falta de recursos para comprar e consumir determinados alimentos, bem como interferências por conta da falta de memória sobre o consumo de alguns alimentos ingeridos; também houve certo enviesamento por saberem que estavam sendo avaliadas por estudantes de nutrição, que pode ter alterado suas respostas quanto ao verdadeiro consumo de determinados alimentos na hora da aplicação do QFA, assim como uma interferência pela ausência de noção das porções e das quantidades consumidas. Já em relação ao tamanho da amostra, este foi limitado pela quantidade de materiais disponíveis para avaliação antropométrica e pelo tempo despendido em cada aplicação dos Questionários de Frequência Alimentar. Dessa maneira certos fatores de risco não puderam ser avaliados pela falta de representatividade na amostra, como por exemplo, o álcool e o tabaco que também são considerados fatores de risco para hipertensão¹¹. Outra limitação do estudo foi em relação à região escolhida para fazer as entrevistas, que possuía locais que não eram os mais adequados para aplicar a avaliação antropométrica (desnívelamento do chão, deformidades e pouco espaço), podendo acarretar em sub ou superestimação dos valores mensurados.

Resultados e Discussão

Esse estudo avaliou uma amostra de mulheres hipertensas em vários aspectos: idade, dieta habitual, classificação de excesso de peso segundo IMC, nível de atividade física e grau de informação quanto à orientação nutricional.

As frutas, os legumes e as verduras (FLV's), além de ricos em nutrientes, possuem baixo teor energético, portanto o consumo adequado desses alimentos auxilia na prevenção e no controle da obesidade e, indiretamente, contra outras doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer), cujo risco é aumentado pela obesidade.¹⁰

Pesquisas nacionais¹² vêm mostrando que alimentos antes tradicionalmente comuns na dieta brasileira, vêm sendo substituídos por alimentos como embutidos, enlatados, biscoitos, salgadinhos, refrigerantes, entre outros, todos ricos em sódio, açúcar e gordura, e pobres nutricionalmente. Porém, deve-se destacar que, ao mesmo tempo, há também um contexto complexo em torno da acessibilidade desses alimentos, principalmente, aos indivíduos de baixa renda. Um estudo realizado na Austrália em 2009 revelou que os bairros mais favorecidos financeiramente possuíam maior disponibilidade de frutas e verduras, embora fossem mais caros¹². Nos locais observados entorno das casas, foi possível perceber a oferta de alimentos ultraprocessados se sobrepunha aos alimentos frescos e in natura, esses sendo menores tanto em quantidade, quanto em variedade disponíveis para compra.

O local de venda dos alimentos também é um fator determinante, já que atualmente as feiras livres estão sendo substituídas por supermercados e hipermercados, no entanto, na região do estudo, são mais comuns as "vendas" de menor porte. Verificou-se também, que os consumidores da região periférica de São Paulo consideram o preço como fator determinante no momento da compra dos alimentos, preferindo os mais baratos aos mais nutritivos.¹² Isso, geralmente acaba fazendo com que haja preferência por ultraprocessados em detrimento de outras frutas e verduras. No presente estudo, considerando que o consumo de FLV's reflete o consumo também de fibras, observou-se: 80% das mulheres ingerem menos de 25g/dia, abaixo do recomendado.

A respeito da avaliação da ingestão de macronutrientes e micronutrientes em grupos populacionais, a prevalência estimada de ingestão destes foi baseada na Dietary Reference Intake (DRI) e nas recomendações da Organização Mundial de Saúde. O elevado consumo de sal, atualmente, é utilizado como preditor de doenças cardiovasculares, pois a ingestão excessiva de sódio se associa à elevação da pressão arterial e consequentemente ao aumento do risco das doenças cardiovasculares e renais.⁷ Questionados sobre a alimentação, grande parte das avaliadas (84%) respondeu que consomem pouco sal, inclusive na preparação da refeição. Porém, embora a maioria das mulheres tenha relatado consumo adequado de sódio, percebeu-se que quase a metade delas (44%) ainda ingere acima do recomendado. Esse fato pode ser explicado pelo alto consumo de alimentos ultraprocessados, como bacon e linguiça, que servem como tempero no preparo de outros pratos, e uso de outros temperos prontos. Considerando que 84% das avaliadas relataram já terem recebido orientação nutricional sobre o consumo elevado de sódio e sua relação com a hipertensão, quando questionadas, e esse mesmo percentual de mulheres julgarem sua ingestão de sal adequada e apesar disso manterem a ingestão elevada de sódio, verifica-se que as medidas de orientação nutricionais não estão sendo eficazes na melhoria dos hábitos nutricionais para a promoção em saúde e prevenção de agravos nessa população.

Quanto a análise da prática regular de exercício físico, tomou-se como referência o exercício aeróbico de intensidade moderada (30 a 60 minutos por dia, quatro a sete dias por semana) sendo uma das medidas primordiais para o tratamento da hipertensão arterial. A redução de peso com a dieta hipocalórica aumenta a tolerância à glicose e diminui a resistência à insulina. Da mesma forma, a prática regular de exercícios físicos mesmo na ausência de perda de peso corporal, provoca aumento da ação da insulina, o que demonstra uma adaptação crônica ao próprio treinamento físico¹³. De acordo com os dados de peso e altura medidos (para cálculo do IMC) durante o estudo, observou-se que 63% das hipertensas estivessem acima do peso, 30% faz pratica de algum exercício físico.

Segundo a pesquisa de campo, foi constatado que 83% das mulheres entrevistadas haviam sido orientadas por profissionais da saúde quanto a alimentação e promoção da saúde e 17% das entrevistadas que não tiveram estas orientações. Dentre os profissionais mais consultados foram os médicos (64%), nutricionistas (16%) e enfermeiros (16%), incluindo as orientações providas de amigos e parentes (4%).

Em 83% das mulheres que receberam orientação, 64% referiram adesão às recomendações e modificaram a alimentação restringindo consumo de sal e açúcar na alimentação, bem como alimentos gordurosos e pouco nutritivos, além do estilo de vida, onde buscaram incluir a prática de exercícios físicos ou realizá-la com uma maior frequência e 36% apontaram que reconhecem a importância da adoção de medidas que beneficiam a saúde, porém dificuldades na adaptação e na mudança de hábitos são algumas das barreiras para o alcance de uma melhor qualidade de vida a mulheres com hipertensão.

A média de consumo energético do grupo estudado foi de 1782,86 kcal, aproximando-se do Estimated Energy Requirement (EER=1777,66) calculado para o grupo de acordo com a idade, nível de atividade física, peso médio e manutenção do peso, estando portanto, próximo do recomendado.

A ingestão de proteínas em indivíduos com hipertensão deve ser similar à de indivíduos saudáveis, porém com ênfase em as de origem vegetal e peixe¹⁴. Verificou-se que 93% das mulheres tem consumo adequado de proteína, porém ao mesmo tempo, pelo QFA foi possível perceber baixo consumo de peixes e alto teor de consumo de gordura saturas e colesterol.

A recomendação diária de lipídios varia entre 25% e 35% do valor calórico total. De acordo com o gráfico das mulheres do estudo, 17% consomem acima do recomendado e 80% delas consomem adequadamente. Porém, esses dados se referem ao consumo de lipídios totais, e analisando separadamente cada fração, percebe-se que há consumo excessivo de gordura saturado, que pode estar associado ao alto consumo de industrializados e baixo consumo de FLV's.

A dieta com conteúdo adequado de carboidratos apresentou melhores resultados no controle de peso, controle glicêmico e lipídios séricos¹⁵. O consumo de carboidratos do grupo de mulheres presentes no estudo é 94% de adequação, porém o QFA aplicado mostrou alto consumo de carboidratos simples e baixo consumo de carboidratos complexos, refletindo também na baixa prevalência do consumo de fibras.

Conclusão

Dados do referido trabalho, constataram que aproximadamente 44% das mulheres entrevistadas continuam acima do nível tolerado de sódio (2300mg/dia) mesmo após acompanhamento pelo Serviço de Saúde, consulta e orientação de profissionais quanto a terapia medicamentosa e nutricional para hipertensão. Dois fatores agravantes identificados pela pesquisa como relevantes foram o baixo consumo de fibras (80% estão abaixo do recomendado) e potássio (93% estão abaixo do recomendado), os quais se relacionam com o baixo consumo de frutas, verduras e legumes. O incentivo ao consumo desses alimentos, juntamente com o baixo consumo de industrializados, temperos prontos, embutidos e ultraprocessados no geral, tem papel importante na promoção da saúde dessas mulheres, acompanhado de uma melhoria o acesso a esses alimentos – incluindo sua própria oferta-, já que também há um obstáculo econômico envolvido na aquisição dos mesmos que deve ser considerado.

É de extrema importância a transmissão do informe sobre a patologia e seu tratamento ao indivíduo hipertenso, incentivando principalmente a educação e a adaptação de novas mudanças. O acompanhamento pela equipe multiprofissional da ESF das quais essas mulheres possuem cobertura com propostas alternativas e eficazes de orientação terapêutica e das mudanças necessárias no estilo de vida no caso da hipertensão também se fazem necessárias, visto que essas mulheres já fazem uso de medicamento e alegam ter recebido algum tipo de orientação nutricional e não surtiram efeito, como discutido anteriormente, a fim de que o cuidado em saúde e adesão ao tratamento medicamentoso e nutricional sejam eficazes para manutenção da saúde, prevenção de agravos e promoção da qualidade de vida e bem-estar.

Referências

- 1- BRASIL. Ministério da Saúde. A vigilância, o controle e aprevenção das doenças crônicas não transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Único de Saúde do Brasil 2006.
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Ministério da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- 3-ALVES, Hayda Josiane; BOOG, Maria Cristina Faber. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. Rev. Saúde Pública, São Paulo , v. 41, n. 2, Apr. 2007.
- 4- Watanabe HAW et al. Adesão ao tratamento medicamentoso de pacientes hipertensos. Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Educação pelo Trabalho. São Paulo: PROPET USP Capital., 2014.
- 5-WHO. Fact sheet nº311 - Obesity and overweight. Reviewed May 2014. Accessed on July 6. available in: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>>
- 6- INSTITUTE OF MEDICINE. Dietary Reference Intakes for Energy, Carbohydrates, Fiber, Fat, Protein, and Amino Acids (macronutrients). (2002). National Academy Press, Washington, DC. 2002
- 7-INSTITUTE OF MEDICINE.Food and Nutrition Board (US). Dietary reference intakes: applications in dietary assessment. Washington (DC): National Academy Press; 2000.
- 8-SARNO F, CLARO RM, LEVY RB, BANDONI DH, FERREIRA SRG, MONTEIRO CA. Estimated sodium intake by the Brazilian population, 2002-2003. Rev Saude Publica. 2009;43(2):219-25. DOI:10.1590/S0034-89102009005000002
- 9-INSTITUTE OF MEDICINE. Food and Nutrition Board (US). Dietary Reference Intakes for Water, Potassium, Sodium, Chloride, Sulfate. Washington (DC): National Academy Press; 2004.
- 10- BRASIL. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável. Brasília: Ministério da Saúde; p.61,81,135 2006.
- 11-PESSUTO, J.; CARVALHO. E. C. de. Fatores de Risco em indivíduos com hipertensão arterial. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, v.6, n.1, p 33 -39, janeiro 1998.
- 12-BOGUS, C.M. et al. Segurança Alimentar e nutricional no município de Embu das Artes. Relatório de pesquisa apresentado a FABESP, 2014.
- 13-NEGRÃO, C.E. et al. O Papel do sedentarismo na Obesidade. Rev. Bras. Hipertens., V.7, n. 2, p. 149-155. 2000.
- 14-OLMOS, R.D; BENSEÑOR, I.M. Dietas e Hipertensão Arterial: Intersalt e estudo DASH. Revista Brasileira de Hipertensão. V. 8. Abril/Junho de 2001
- 15-MENDES, K. L.; CATÃO, L.P. UNESP. Avaliação de frutas, legumes e verduras por adolescentes de Formiga-MG e sua relação com fatores socioeconômicos. Araraquara. Abril, 2010.

Agradecimentos

À Deus primeiramente pelas oportunidades que Ele concede em nossas vidas, aos nossos familiares que nos incentivam e apoiam, ao Programa PET Saúde pela oportunidade de realização desse trabalho e por todo o aprendizado humano e profissional adquirido durante nossa participação no programa, à nossa Orientadora Prof^a Helena Akemi Wada Watanabe pela orientação, apoio e confiança e finalmente à todos que direta ou indiretamente fazem parte de nossa formação, o nosso muito obrigado.

AValiação DO ENSINO-APRENDIZAGEM EM ESTÁGIOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E OS DESAFIOS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Marta Maria Leite de Araújo – Hospital Nossa Senhora da Conceição – marta.leite@msn.com

Germana Maria Viana Cruz – Faculdade Maurício de Nassau Fortaleza – germanavianacruz@msn.com

Alice Maria Correia Pequeno Marinho – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Ensino. Aprendizagem. Avaliação Educacional. Promoção da Saúde.

Resumo

A avaliação da aprendizagem representa um componente intrínseco e vital do processo de ensino-aprendizagem, podendo ser considerada uma das tarefas mais complexas da docência. Além disso, deve contemplar não só os aspectos técnicos, mas também a incorporação dos princípios e diretrizes do SUS, entre eles a Promoção da Saúde. Objetivou-se identificar a avaliação realizada durante Estágio Curricular Supervisionado de Enfermagem com vistas à Promoção da Saúde e averiguar a adequação dos instrumentos de avaliação utilizados, sob a óptica do docente. O estudo foi exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa, desenvolvido em cinco hospitais secundários municipais de Fortaleza por meio da entrevista de onze docentes do Estágio Curricular Supervisionado de variadas instituições de ensino superior com graduação em Enfermagem. Para análise dos dados foi utilizada a Análise Temática, donde emergiram os temas: avaliação do ensino-aprendizagem e atitude do aluno na apreensão da aprendizagem. Ressalta-se que os docentes fazem a avaliação dos seus alunos de forma processual, observando a atitude do aluno, a habilidade no desenvolvimento das atividades propostas, o embasamento teórico científico na realização dos procedimentos, por meio de diferentes metodologias que se interligam e se complementam. Os docentes entendem que o aluno já possui o conhecimento e a habilidade, o que os estimula a deixar que esses conhecimentos e a cultura prévia de cada um se exteriorizem. O estudo indicou a incorporação da promoção da saúde como referencial para a formação do enfermeiro favorecidas pela articulação ensino-serviço como importante estratégia neste processo.

Introdução

A enfermagem brasileira tem demonstrado preocupação com as questões que envolvem a promoção da saúde, promovendo discussões não só entre unidades acadêmicas e assistenciais, mas também em eventos científicos. Nestas discussões manifestam-se ideias, condutas experiências e sentimentos sobre a prática interinstitucional, analisando-se ações e relações vividas no dia a dia, ou concepções teóricas construídas de informações recebidas sobre articulações entre instituições. Uma integração mais efetiva deve ser permanente e contínua, voltada para a realidade, sem dicotomia entre teoria e prática, como um processo entre ensino e serviço que interfira na formação, nas práticas de saúde e na melhor atenção às necessidades da comunidade, dando qualidade à assistência prestada e produzindo pesquisa (BECCARIA; TREVIZAN, 2006).

Em um processo de reorientação do ensino, de maneira a formar profissionais que atendam as demandas do SUS, as mudanças apenas poderão se consolidar se houver uma ligação intrínseca entre o processo educativo e o mundo do trabalho e da vida, com a incorporação e participação ativa de todos os sujeitos envolvidos: professores, estudantes, gestores, profissionais dos serviços e comunidades (COLLISELLI et al, 2009).

Sendo assim, o Estágio Curricular Supervisionado oportuniza aos estudantes consolidar os conhecimentos adquiridos ao longo do curso, por meio do planejamento e implementação de uma prática assistencial de Enfermagem, que revele uma consistente relação entre teoria e prática. Essa experiência possibilita-lhes a inserção e atuação no contexto social enquanto sujeitos provocadores de mudanças nos espaços da produção social da saúde (COLLISELLI et al, 2009).

Diante dos esforços contínuos que se impõem à melhoria da qualidade da educação no Brasil, a avaliação se destaca como um conjunto de conhecimentos e de práticas indispensáveis ao docente, ao aluno e ao sistema escolar. Na atual situação da educação, o ambiente escolar e, principalmente, os docentes devem ser capacitados para saber propor e gerir situações de aprendizagem, visando construir um ambiente escolar diferenciado, considerando a inserção social dos alunos, ou seja, que as relações sociais da comunidade devem de algum modo estar presentes em sala de aula, considerando-se as características de cada aluno, propondo, assim, um ritmo e um incentivo aos alunos, possibilitando diminuir a distância entre eles e o conhecimento. É vital, então, compreender a Educação em uma perspectiva global, não perdendo de vista as particularidades referentes à formação de profissionais para o trabalho em saúde (MACHADO, 2009).

Considerando que o modo de avaliar é produto de uma dinâmica curricular, busca-se compreender a avaliação como um elemento que evidencia as concepções que os professores têm sobre o ensino-aprendizagem, como também analisar os questionamentos e dificuldades que permeiam o processo avaliativo em um curso de formação para a área da saúde e, em especial, para o Sistema Único de Saúde (MACHADO, 2009).

Neste sentido, a promoção da saúde configura-se como estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais, sinalizando a construção de outras possibilidades e a configuração de novos saberes e fazeres que ampliem alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social. Representa, pois, uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial com um arcabouço conceitual e metodológico que contribui para a transformação da lógica das ações de saúde (SILVA et al, 2009).

A avaliação da aprendizagem, segundo Machado (2009), deve propiciar aos alunos o exercício da autonomia, organizando um contexto de aprendizagem que possibilite o desenvolvimento intelectual e também moral com capacidade e liberdade de tomar as próprias decisões. Nessa dimensão, avaliar é favorecer oportunidades de ação e reflexão àqueles que aprendem e ensinam. Deve ser vista como um instrumento para a tomada de decisão e a melhoria da qualidade de ensino, informando as ações em desenvolvimento e a necessidade de intervenções e de regulação em benefício do aluno.

Nessa perspectiva, a avaliação assume um sentido orientador e cooperativo, tendo o processo ensino-aprendizagem como caminho a seguir entre um ponto de partida e um ponto de chegada (LUCKESI, 2012). Este artigo tem como objetivo identificar a avaliação realizada em campo de Estágio Curricular Supervisionado com vista à Promoção da Saúde e averiguar a adequação dos instrumentos de avaliação utilizados, sob a óptica dos docentes.

Metodologia

O estudo foi de natureza exploratória e descritiva, com abordagem qualitativa, desenvolvido em cinco hospitais secundários da rede municipal de Fortaleza: Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura, Hospital Distrital Gonzaga

Mota – José Walter, Hospital Distrital Gonzaga Mota – Messejana e Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira.

Fizeram parte do estudo treze docentes do Estágio Curricular Supervisionado das respectivas instituições de ensino superior com graduação em Enfermagem que mantêm convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza: Universidade Estadual do Ceará (UECE) – um docente; Universidade de Fortaleza (UNIFOR) – dois docentes; Faculdade Integrada da Grande Fortaleza (FGF) – quatro docentes; Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (FAMETRO) – quatro docentes; e Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE) – dois docentes. Destes, dois foram excluídos por terem participado do pré-teste do instrumento de coleta de dados, de modo que para o estudo foram considerados onze sujeitos.

A participação dos docentes foi voluntária e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), obedecendo à Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e foi iniciado após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com o Parecer Consubstanciado de nº 458.948. A coleta de dados foi realizada em novembro de 2013, por meio de uma entrevista semiestruturada em que foi abordada a realização da avaliação do ensino-aprendizagem voltada para a promoção da saúde.

Para análise dos dados adotou-se a Análise Temática de Minayo (2010), proposta em três etapas: pré-análise, exploração do material e análise e interpretação dos resultados. Desta emergiram os seguintes temas: avaliação do ensino-aprendizagem com vistas à promoção da saúde e atitude do aluno na apreensão da aprendizagem, que foram apresentados por meio de discussões.

Resultados e Discussão

1 Atitude do Aluno na Apreensão da Aprendizagem

Segundo os docentes, no Estágio Curricular Supervisionado o aluno já possui o conhecimento e a habilidade, o que os estimula a deixar que esses conhecimentos e a cultura prévia de cada um se exteriorizem, proporcionando uma troca positiva de conhecimento, e não apenas exposição dos mesmos, pois as relações de trocas é que fazem a busca recíproca do saber.

Alguns professores consideram a experiência prévia dos alunos auxiliares e técnicos de Enfermagem como um fator negativo, pelo fato de demonstrarem alguns vícios de prática decorrentes da falta de tempo para os estudos em decorrência do trabalho, o que os conduz a deficiências no embasamento científico.

Outros docentes consideraram que o aluno com experiência prévia na Enfermagem denuncia mais a dicotomia entre teoria e prática, questionando suas colocações, embora demonstre mais autonomia e uma capacidade técnica melhor. Neste sentido, essa experiência foi considerada um fator positivo de crescimento e desenvolvimento para o profissional de Enfermagem em formação.

A participação do aluno no estágio é uma preocupação do docente, pois garante o seu envolvimento e comprometimento com o ensino-aprendizagem. O ensino fundamenta-se na estimulação, favorecido com recursos didáticos que facilitam a aprendizagem. Esses meios despertam o interesse e provocam a discussão e detalhes, desencadeando perguntas e gerando ideias para a promoção da saúde (MOURA; MESQUITA, 2010). Além disso, é preciso propiciar um movimento dinâmico e de permanente ressignificação do conhecimento, de aquisição de habilidades e de atitudes que os faça mais capazes para a vida e para o trabalho, assumindo-se, assim, a educação crítico-reflexiva (SILVA et al, 2009).

A inserção dos alunos no campo de atuação profissional, no caso do Estágio Curricular Supervisionado, que tem uma duração maior, permite a criação de vínculos com a população e desenvolvimento mais contínuo das atividades, contribuindo para o fortalecimento da autonomia dos estudantes. Nestes cenários de aprendizagem, possibilita-se aos estudantes a demonstração habilidades e atributos para lidar com questões éticas, políticas, administrativo-gerenciais, de resolução de conflitos, de trabalho em equipe, além das habilidades técnicas e cognitivas. Portanto as relações ensino-serviço-comunidade viabilizam as práticas de promoção da saúde (SILVA et al, 2009).

2 Avaliação do Ensino-Aprendizagem

Na avaliação dos alunos durante o Estágio Curricular Supervisionado, os docentes utilizam como critérios: a atitude do aluno, a habilidade no desenvolvimento das atividades propostas, e o embasamento científico na realização dos procedimentos. O desenvolvimento dos alunos é avaliado do início ao final do semestre letivo, por meio de uma prova prática – realização de um determinado procedimento – e de uma prova teórica de forma tradicional, baseada em um instrumento padronizado pela Instituição a que estão vinculados. O instrumento é fechado, estruturado, e mensura desde o comportamento do aluno em campo de estágio (vestimenta, assiduidade, pontualidade, interesse, participação, relação com a equipe do serviço) até a habilidade prática (destreza na execução procedimento), e contém ainda a autoavaliação.

A avaliação da aprendizagem representa um componente intrínseco e vital do ensino-aprendizagem, podendo ser considerada uma das tarefas mais complexas da docência, e que implica diretamente o sucesso acadêmico dos alunos (LUCKESI, 2011). Para sua realização, é necessário considerar não apenas os conhecimentos técnico-científicos e as habilidades psicomotoras, mas também a postura, os aspectos éticos e a incorporação dos princípios e diretrizes enfatizados pelo SUS como essenciais para o cuidado integral ao ser humano. Desse modo, o desenvolvimento de ações de promoção da saúde durante a execução dos procedimentos nas unidades hospitalares deve ser um critério de avaliação, tendo em vista sua relevância para a formação de Enfermeiros comprometidos com a qualidade da assistência e com a prestação de um cuidado em acordo com as necessidades da população.

Conclusão

O ensino-aprendizagem que procura desenvolver a inteligência deve priorizar as atividades do aluno, considerando-o inserido num âmbito social. Ambos os sujeitos da relação devem ser compreendidos de forma diferente da convencional, no sentido de um transmissor e um receptor da informação. Deste modo, cabe ao professor criar situações que propiciem condições em que também possam se estabelecer reciprocidade intelectual e cooperação ao mesmo tempo moral e racional.

A maneira mais eficiente e duradoura de adquirir conhecimento, habilidade ou atitude é exercitar ações que exijam tais competências. Aprender fazendo é mais eficiente que receber informações passivamente, daí a importância da prática assistencial nos serviços de saúde, que oportuniza uma aprendizagem ativa, permitindo experiências significativas e motivadoras.

A avaliação da aprendizagem destina-se a servir de base para tomada de decisões no sentido de constituir com e nos alunos conhecimentos, habilidades e hábitos que possibilitem o seu efetivo desenvolvimento, por via da assimilação ativa do legado cultural da sociedade.

Desse modo, a análise da percepção dos docentes que acompanham o Estágio Curricular Supervisionado quanto aos métodos de avaliação e à atitude do aluno na apreensão da aprendizagem demonstra que esses alunos buscam desenvolver seus conhecimentos e habilidades a partir de seus conhecimentos prévios, por meio da estimulação quanto à prática de procedimentos e de condutas condizentes com as orientações do SUS para a formação de profissionais contextualizados com a realidade social. Além disso, evidencia-se que a avaliação deve ser processual, multimodal e conforme instrumentos pré-elaborados pelas instituições de ensino,

como forma de manter a uniformidade e lisura da avaliação.

Os profissionais devem realizar suas atividades dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética /bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a promoção da saúde, tanto em nível individual como coletivo.

Referências

- BECCARIA, L. M.; TREVIZAN, M. A.; Ações do Processo de Integração Docente-assistencial entre um Curso de Graduação em Enfermagem e um Hospital de ensino. Arq Ciênc Saúde; abr-jun; 13(2):87-94; 2006.
- COLLISELLI, L. et al; Estágio Curricular Supervisionado: diversificando cenários e fortalecendo a interação ensino-serviço; Rev Bras Enferm; 62(6); 932-7; Nov/dez; Brasília, 2009.
- LUCKESI, C. C.; Avaliação da aprendizagem Escolar. Estudos e Proposições. Ed. Cortez; 22ª ed. São Paulo: Cortez, 2012.
- LUCKESI, C. C.; Avaliação da Aprendizagem. Componente do Ato Pedagógico. São Paulo: Cortez, 2011.
- MACHADO, C. M. F.; Avaliação do Processo Ensino-aprendizagem: um estudo em um curso para Técnico em Saúde Bucal. Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; Rio de Janeiro; 2009.
- MINAYO, M. C. S.; O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo. Hucitec, 12ª ed. 2010.
- MEDINA, N. V. J.; TAKAHASHI, R. T.; A busca da graduação em Enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Rev Esc Enferm USP; 37(4):101-8; 2003.
- MOURA, E. C. C.; MESQUITA, L. F. C.; Estratégias de Ensino-aprendizagem na percepção de graduandos de Enfermagem. Rev. bras. enferm. vol.63 no.5 Brasília Set/Out. 2010
- SILVA, K. L. et al; Educação em Enfermagem e os Desafios para a Promoção de Saúde; Rev Bras Enferma;jan-fev;62(1):86-91.Brasília 2009.
- STACCIARINI, J. M. R.; ESPERIDIÃO, E.; Repensando Estratégias de Ensino no Processo de Aprendizagem; Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto - v. 7 - n. 5 - p. 59-66 - dezembro 1999.

Agradecimento

À Universidade Estadual do Ceará e ao Curso de Mestrado Profissional Ensino na Saúde, pelos saberes que nos foram transmitidos.

Aos enfermeiros docentes que participaram da pesquisa, pela disponibilidade em colaborar com a realização deste estudo.

Às instituições hospitalares onde a pesquisa foi realizada, pelo consentimento para que esta fosse desenvolvida.

AValiação DO ESTADO NUTRICIONAL DE GESTANTES PELOS MÉTODOS DE ROSSO E ATALAH

Autor 1 – Maiane Alves de Macêdo – Universidade Federal do Piauí- Email: mama_macedo@hotmail.com

Autor 2 – Carolline Rodrigues Cavalcante de Oliveira – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 3 – Elaine Maria de Sousa Araújo – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 4 – Profa. Msc. Artemízia Francisca de Sousa – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 5 – Profa. Msc. Julianne Viana Freire Portela – Universidade Federal do Piauí – UFPI

Autor 6 – Profa. Dr^a Karoline de Macêdo Gonçalves Frota – Universidade Federal do Piauí– UFPI

Palavras-chave: Avaliação nutricional. Estado nutricional. Rosso. Atalah.

Resumo

A avaliação nutricional antropométrica na gestação é um importante instrumento norteador das condutas dos serviços de saúde, na busca por um resultado obstétrico favorável. O estado nutricional é uma condição passível de modificação. Sua análise, portanto, deve ser devidamente valorizada pelas equipes de saúde durante a realização do acompanhamento pré – natal. Essa valorização somente será possível com a existência de um adequado método de avaliação nutricional antropométrica que retrate com fidedignidade o real estado nutricional da gestante. O presente estudo tem como objetivo avaliar o estado nutricional materno por meio do Gráfico de Rosso e pela curva de IMC de acordo com a idade gestacional proposta por Atalah. Obteve – se uma amostra de 76 gestantes que foram entrevistadas através de um questionário socioeconômico e obstétrico. Os dados obtidos foram analisados estatisticamente pelo programa SPSS versão 17.0, utilizando o teste de Pearson para avaliar as correlações e o nível de significância adotado foi de 5%. Em relação a classificação do estado nutricional de gestantes pelos métodos de Rosso e de Atalah, observou – se que a Curva de Atalah apresenta maior fidedignidade diante dos resultados. Este estudo mostrou que a avaliação nutricional é de suma importância para que se possa intervir corretamente, evitando riscos durante a gestação.

Introdução

A assistência pré – natal adequada é importante por ajudar na redução da mortalidade materna e perinatal, na prevenção, no diagnóstico e no tratamento de eventos indesejáveis na gestação, tendo como objetivo o bem estar da gestante e de seu conceito (BONADIO; KOFFMAN, 2005). Entre as atribuições da mesma se destaca o monitoramento do estado nutricional e orientação para a amamentação (BAIÃO; DESLANDES, 2006).

Para avaliação do estado nutricional utiliza – se as medidas antropométricas. Esse procedimento que segue as recomendações do Ministério da Saúde é de suma importância na prevenção da morbimortalidade perinatal, no prognóstico do desenvolvimento fetal e na promoção de saúde da mulher (BELARMINO et al., 2009; PADILHA et al., 2007). De acordo com a classificação do estado nutricional faz – se a programação do ganho de peso da gestante. As recomendações para tal procedimento estão relacionadas ao Índice de Massa Corporal (IMC) pré – gestacional. Seguindo esse índice gestantes com baixo peso devem ganhar de 12,5 kg a 18,0 kg; eutróficas, entre 11,5 kg e 16,0 kg; e excesso de peso, entre 7,0 kg a 11,5 kg, durante toda a gestação (ROCHA et al., 2005).

No período de 1989 a 2000, o Ministério da Saúde, recomendava o uso da curva de adequação do peso em relação à altura, proposta por Rosso (1985), para avaliar o estado nutricional materno gestacional das brasileiras. Isso fez com que a curva de Rosso se tornasse parte do Cartão da Gestante, sendo utilizada pelos serviços de saúde no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006a).

A partir de 2000, a curva de Atalah passou a ser recomendada pelo Ministério da Saúde visando uma posição mais sólida e convincente em relação à avaliação nutricional na gestação, devido o seu fundamento conceitual ter um suporte bem consolidado para a avaliação de outros grupos populacionais (OLIVEIRA, 2007).

O presente trabalho visa identificar qual dos dois métodos de avaliação nutricional antropométrica adotados para avaliar o ganho de peso gestacional é mais apropriado, se a assistência nutricional no pré – natal que é considerada essencial e indispensável para a assistência à gestante, é eficaz e se há influência das condições socioeconômicas no estado nutricional das gestantes.

Metodologia

O trabalho foi do tipo transversal, desenvolvido com gestantes assistidas pelo serviço de assistência pré – natal de centros de saúde do município de Picos - PI. A coleta de dados foi realizada entre fevereiro e maio de 2011, através de entrevista com as gestantes na própria Unidade de Saúde ou em visita domiciliar.

A população do estudo foi constituída por 76 gestantes adultas em qualquer período da gestação. A amostragem foi do tipo intencional, sendo incluídas as gestantes de acordo com a demanda do Serviço de Saúde. Como as Unidades Básicas de Saúde do município de Picos atendem em média 40 gestantes por mês e o período para realização deste protocolo foi de 4 meses, chegou-se ao tamanho amostra de 76 gestantes. Foram excluídas da pesquisa gestantes gemelares, adolescentes, com distúrbios hipertensivos, com problemas mentais e aquelas que após informadas sobre os objetivos do estudo, não concordaram em participar da investigação.

As variáveis antropométricas, peso e altura foram coletadas no cartão da gestante, quando os mesmos não possuíam os dados eram aferidos pela pesquisadora com auxílio de balança profissional mecânica com estadiômetro da marca FILIZOLA. A técnica utilizada para a aferição das medidas de peso, segundo a qual os voluntários deveriam estar sem sapatos, trajando roupas leves, posicionados com os dois pés sobre a balança, distribuindo seu peso igualmente sobre as duas pernas e com o olhar no horizonte. Para a aferição da altura, recomendou – se que os voluntários estivessem também sem sapatos, posicionados com os pés unidos e contra a parede, para apoiar 05 pontos do corpo: calcanhar, panturrilha, glúteos, espáduas e a cabeça, que deveria ser posicionada respeitando-se o plano de Frankfurt.

A classificação do estado nutricional levou em consideração as mensurações antropométricas: altura, peso pré – gestacional, peso gestacional e dados como idade gestacional em semanas e idade da gestante. Para avaliação do estado nutricional pré – gestacional utilizou – se o Índice de Massa Corporal (IMC) obtido pela relação: peso usual (kg) / [altura (m)]², classificando – o de acordo com a tabela 1.

Tabela 1 – Classificação do estado nutricional de gestantes.

CLASSIFICAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

BAIXO PESO	IMC < 19,8

EUTROFIA	IMC 19,8 – 26
PRÉ – OBESO	OU IMC 26 – 29
SOBREPESO	
OBESIDADE	IMC ≥ 29

Fonte: WHO, 1995.

E para a determinação do perfil nutricional gestacional utilizou – se o IMC obtido pela relação: peso atual (kg) / [altura (m)]² e o gráfico Curva de Atalah que relaciona o IMC gestacional obtido com a idade gestacional. Os diagnósticos nutricionais das gestantes, utilizando – se os métodos de Rosso e Atalah, foram da seguinte maneira:

1) Curva de Rosso: utiliza o percentual de adequação da relação peso/altura em relação à idade gestacional. Esse método é composto por dois instrumentos gráficos, o Nomograma e a Curva de Rosso. O Nomograma é composto de três colunas, sendo a primeira referente à altura, a segunda ao peso e a terceira ao percentual de adequação do peso/altura. Para utilizá – lo deve – se fazer a relação do peso atual da gestante com sua altura, encontrando o percentual de adequação peso/altura na terceira coluna do Nomograma. Esse percentual de adequação é verificado em relação a um padrão médio de peso/altura para mulheres não gestantes das tabelas de adequação de Jelliffe (1966). Na sequência o percentual encontrado deve ser transportado até a Curva e ser relacionado com a idade gestacional atual. O ponto de encontro das duas linhas marcará o estado nutricional atual da gestante, com as seguintes possibilidades de diagnóstico: faixa A (baixo peso), faixa B (eutrofia), faixa C (sobrepeso) e faixa D (obesidade).

2) Curva de Atalah: utiliza o IMC em relação à idade gestacional. Após o cálculo do IMC o valor deve ser transportado para a Curva e relacionado com a idade gestacional atual. O ponto de encontro das duas linhas marcará o estado nutricional atual da gestante, com as seguintes possibilidades de diagnóstico: BP (baixo peso), A (adequado), S (sobrepeso) e O (obesidade).

Os dados das variáveis quantitativas foram apresentados como média e desvio-padrão. Para avaliar as correlações foi utilizado o teste de Pearson. O nível de significância adotado foi de 5%. Para a realização das análises foi utilizado o programa SPSS versão 17.0.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Federal do Piauí portando o CAAE de nº 0443.0.045.000-10. As gestantes que, aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Todos os procedimentos da pesquisa seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas na Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor no país (CNS, 1996).

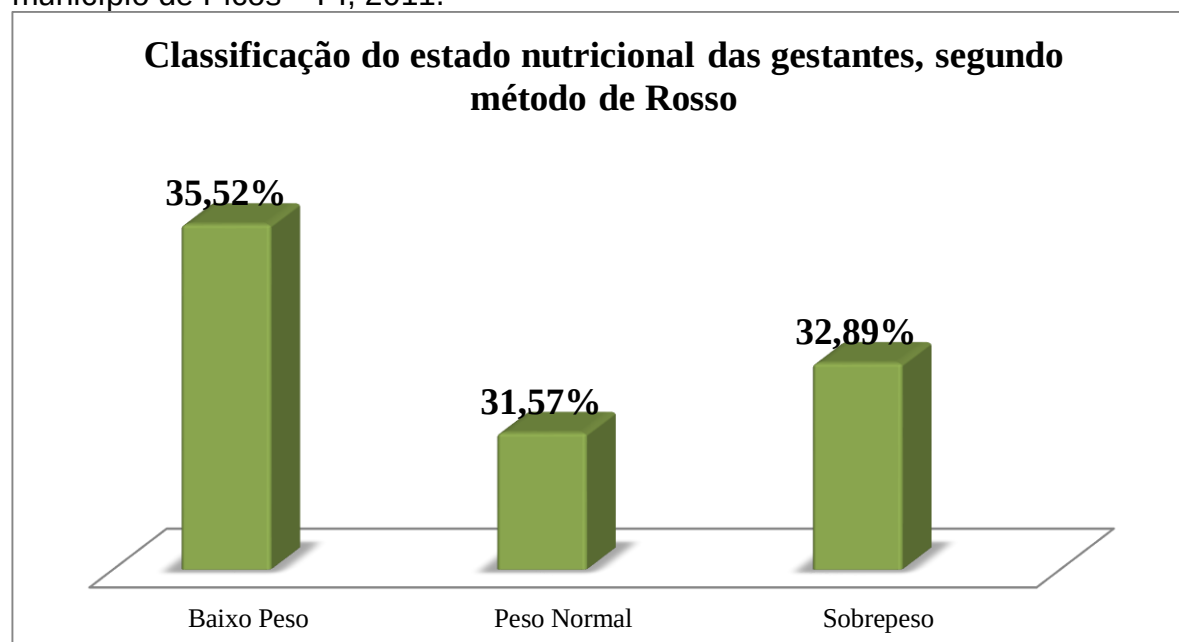
Resultados

e

Discussão

A Figura 1 mostra a classificação do estado nutricional pelo método de Rosso em relação ao percentual de gestantes.

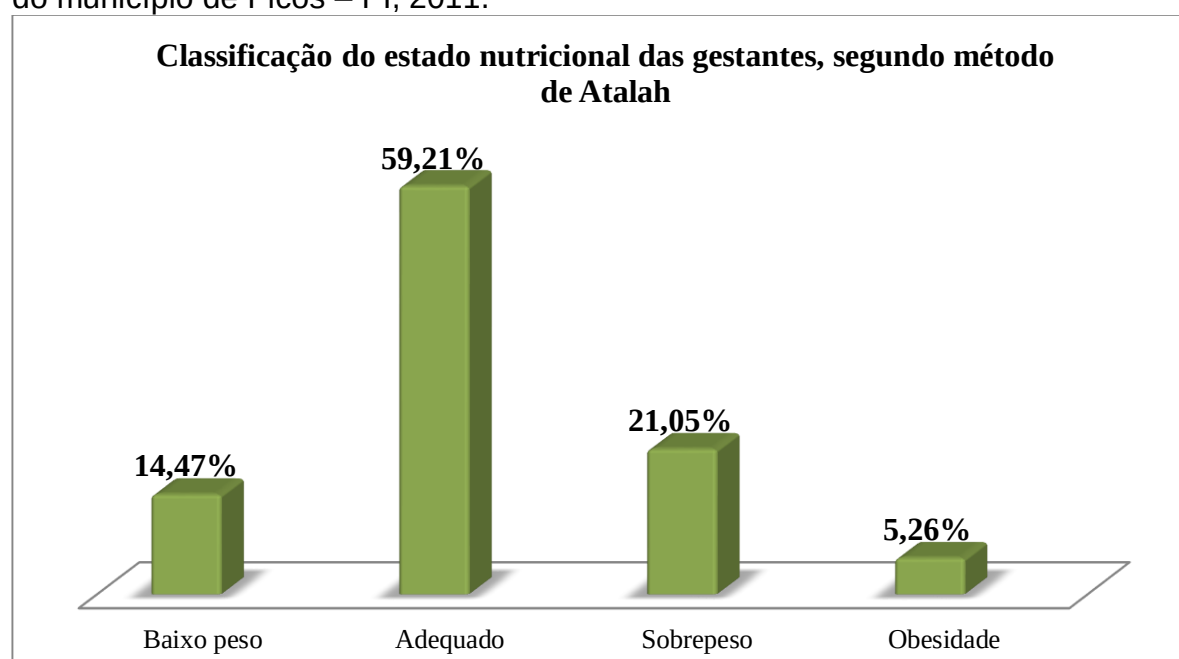
Figura 1 – Classificação do estado nutricional das gestantes, segundo método de Rosso, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Picos – PI, 2011.



Observou – se que 35, 52% (n= 27) das gestantes encontram – se com baixo peso, 31, 57% (n= 24) com o peso normal, 32,89% (n= 25) com sobrepeso (Figura 1).

A Figura 2 apresenta a classificação do estado nutricional das gestantes pelo método de Atalah, em relação ao número de gestantes e ao percentual.

Figura 2 – Classificação do estado nutricional das gestantes, segundo o método de Atalah, atendidas nas Unidades Básicas de Saúde do município de Picos – PI, 2011.



Notou – se que 14,47% (n= 11) apresentaram baixo peso, 59,21% (n= 45) peso adequado, 21,05% (n=16) sobrepeso, 5,26% (n= 4) obesidade.

Verificou – se que há uma discrepância considerável na prevalência de baixo peso e eutrofia com os dois métodos utilizados. A classificação por Rosso apresenta alta prevalência de baixo peso e baixa de eutrofia quando comparada a de Atalah.

No que se refere a avaliação do estado nutricional verificou-se por meio da Curva de Atalah que os resultados apontaram que 59,21% das gestantes avaliadas foram classificadas como eutróficas e 31,57% das gestantes foram classificadas como eutróficas pelo método de Rosso. Percebeu-se uma migração de 35,52% das gestantes diagnosticadas como com baixo peso e 32,89% das diagnosticadas como com sobrepeso pelo método de Rosso para a faixa de eutrofia do método de Atalah. Consequentemente, os diagnósticos de baixo peso e sobrepeso apresentaram percentuais menores pelo método de Atalah em relação ao método de Rosso. Isso pode ser explicado pela maior amplitude dos pontos de corte para classificar as gestantes como eutróficas pelo método de Atalah.

Estudos de Atalah et al (1997) baseados no Sistema de Informação Perinatal do Ministério de Saúde do Chile, apontaram que existe uma baixa concordância entre o diagnostico nutricional da gestante obtido com a Curva de Rosso e outros critérios de classificação nutricional. Afirmava – se mais uma vez, a inconsistência dos resultados diante à situação epidemiológica, prevalecendo a observação de que o método de Rosso resulta numa ocorrência hiperestimada de déficit ponderal no decorrer da gestação, que no Chile, país onde menos de 5% das crianças nascem com baixo peso, chegava a 50% (COELHO et al., 2002). A atenção com o cuidado pré – natal tem mostrado um impacto positivo sobre os resultados obstétricos. É de fundamental importância que se implemente nas unidades básicas de saúde o método preconizado por Atalah, já que este contém maior concordância entre o estado nutricional materno e o peso ao nascer da criança quando comparado com os resultados obtidos com a Curva de Rosso (LUCYK, 2006).

Conclusão

Concluiu – se que a avaliação antropométrica é de suma importância para a determinação das necessidades nutricionais maternas que possibilitará o adequado desenvolvimento do conceito, uma vez que durante a gravidez o organismo materno sofre diversas alterações fisiológicas para suprir tanto as necessidades maternas quanto fetais. Apesar da formalização proposta pelo Ministério da Saúde, a avaliação nutricional das gestantes ainda não é realizada frequentemente na atenção primária de saúde.

Portanto, é imprescindível que se otimize a utilização do método de Atalah nas unidades de atendimento do SUS para possibilitar o direcionamento do atendimento individual de nutrição para as gestantes que se encontram em risco nutricional. A curva de Atalah é o método mais adequado para avaliar o estado nutricional de gestantes, visto que não superestima a prevalência de gestantes com baixo peso e com excesso de peso.

Referências

ATALAH, S. E. Desnutrición em la embarazada: um problema sobre dimensionado. Rev Med Chile, n. 123, p. 1531 – 1538, 1995.

_____. Propuesta de um nuevo estandar de evaluacion nutricional em embarazadas. Ver Med Chile, n. 125, p. 1429 – 1436, 1997.

BAIÃO, M. R.; DESLANDES, S. F. Alimentação na gestação e puerpério. Rev Nutr, v. 19, n. 2, p. 245 – 253, 2006.

BELARMINO, G. O. et al. Risco nutricional entre gestantes adolescentes. Acta Paul Enferm, v. 22, n. 2, p. 169 – 175, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n2/a09v22n2.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada. Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5. Brasília, 2005.

_____. Assistência pré-natal. Brasília, DF, 2000. 65 p.

CANTERINO, J. C.; ANANTH, C. V.; SMULIAN, J., et al. Riesgo de muerte fetal en relación con la edad materna. Estudio de análisis retrospectiva entre los años de 1995-2000. J Matern Fetal Neonatal Med, v. 15, p. 193 – 197, 2004.

COELHO, K. S.; SOUZA, A. I.; BATISTA FILHO, M. Avaliação antropométrica do estado nutricional da gestante: uma visão retrospectiva e prospectiva. Ver Bras Saúde Materno Infantil, v. 2, n. 1, p. 57 – 61, Recife, 2002.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (CNS). Ministério da Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Regulamenta Pesquisas envolvendo seres humanos. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br>> Acesso em: 16 nov. 2010

DE LORENZI, D. R. S.; TANAKA, A. C. A.; RIBAS, F. E.; RECH, F. S.; WEISSHEIMER, L. Perfil epidemiológico da natimortalidade em Caxias do Sul – RS. Rev Cient AMECS, v. 8, n. 29, p. 29 – 33, 1999.

JELLIFFE, D. B. The assessment of the nutritional status of the community. Geneve: WHO, 1966.

LUCYK, J. M. Perfil antropométrico, consumo alimentar e concentração de hemoglobina em gestantes assistidas no Hospital Universitário de Brasília. 2006. 110f. Dissertação (Mestrado em Nutrição Humana) – Universidade de Brasília, Brasília, 2006. Disponível em: < http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_arquivos/42/TDE-2007-06-01T105829Z-1173/Publico/dissertacao.pdf> Acesso em: 29 maio 2011.

MADEIRA, A. M. F. Maternidade na Adolescência. Uma análise a luz do discurso médico – enfermagem. Revista U3 nº 3. Belo Horizonte, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). Pré – natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual Técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

OLIVEIRA, A. C. L. A Curva de Atalah é melhor que a Curva de Rosso na avaliação de pesos ao nascer de risco; 2007. 74f. Dissertação

(Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2007. Disponível em: <<http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/1884/14320/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Angela%20C.%20Lucas%20de%20Oliveira.pdf>> Acesso em: 10 nov. 2010

PADILHA, P. C. et al. Associação entre o estado nutricional pré-gestacional e a predição do risco de intercorrências gestacionais. Rev Bras Ginecol Obstet, v. 29, n. 10, p. 511 – 518, 2007.

RECIFE. Secretaria de Saúde. Crianças do Recife: perfil de nascimento 1995 – 2000. p. 90, Recife, 2002.

ROCHA, D. S. et al. Estado nutricional e anemia ferropriva em gestantes: relação com o peso da criança ao nascer. Rev Nutr, v. 18, n. 4, p. 180 – 193, 2005.

ROSSO, P. A. New chart to monitor weight gain during pregnancy. Am J Clin Nutr, n. 41, p. 644 – 652, 1985.

TREVISAN, M. R.; DE LORENZI, D. R. S.; ARAÚJO, N. M.; ESBER, K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema único de Saúde em Caxias do Sul. Ver Bras Ginecol Obstet, v. 24, p. 293 – 299, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report. WHO – Technical Reports Series, 854. Geneva: WHO; 1995.

WIKIPÉDIA. Picos. 2010. Disponível em: <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Picos>> Acesso em: 09 nov. 2010

AValiação DO PROGRAMA DE TUBERCULOSE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Samy Loraynn Oliveira Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú - loraynn_25@hotmail.com

Camila Martins de Oliveira - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Maria Eliane de Sousa Albuquerque - Universidade Estadual Vale do Acaraú

João Sérgio Araújo Soares - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Maria Socorro Carneiro Linhares - Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Tuberculose. Programa Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

Resumo

A Tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças da humanidade e constitui um sério problema de saúde pública. É uma doença infecciosa e contagiosa, causada pelo *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch. O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos. Objetiva-se com este estudo avaliar o programa de tuberculose na Atenção Básica, no município de Sobral. Estudo descritivo documental com abordagem qualitativa, realizado por monitoras do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET Vigilância em Saúde (PET/VS) a partir da análise dos prontuários dos clientes atendidos nas unidades básicas de saúde, análise do livro de registro de casos de tuberculose e livro de sintomáticos respiratórios, observação das condições de armazenamento, acondicionamento e transporte de amostras de escarro. Avaliamos em nove Centros de Saúde da Família (CSF) de Sobral 64 prontuários de casos de tuberculose. Em 5 prontuários houve ausência da cópia da ficha de notificação. Constavam registros de resultados de radiografia, PPD, cultura e peso do paciente. Cerca de 12 prontuários não apresentavam baciloscopia de controle. O anti-HIV foi solicitado em todos os casos, mas sem resultados anexos. Todas unidades possuíam caixa térmica em boas condições físicas e de higiene para acondicionamento das amostras de escarro. Espera-se que esse estudo possa contribuir nas ações de gestão em saúde, na reorientação das ações e na incorporação de novas práticas sanitárias através da mensuração das fragilidades e potencialidades de registro apresentadas.

Introdução

A Tuberculose (TB) é uma das mais antigas doenças da humanidade e constitui um sério problema de saúde pública a nível mundial (BRASIL, 2009a). É uma doença infecciosa e contagiosa, causada por uma bactéria, o *Mycobacterium tuberculosis*, também denominado de bacilo de Koch (bk). O termo tuberculose se origina no fato da doença causar lesões chamadas tubérculos (BRASIL, 2007).

A TB continua sendo um importante problema de saúde, exigindo o desenvolvimento de estratégias para o seu controle, considerando aspectos humanitários, econômicos e de Saúde Pública (BRASIL, 2011). A relevância da magnitude da TB pode ser evidenciada pelas estimativas da OMS para o ano de 2007, casos novos no mundo: 9,27 milhões; TB multirresistente: 500 mil casos (WHO, 2009).

O Brasil é um dos 22 países priorizados pela OMS que concentram 80% da carga mundial de TB. Em 2009, foram notificados 72 mil casos novos (WHO, 2009). É importante destacar que anualmente ainda morrem 4,5 mil pessoas por tuberculose, doença curável e evitável. Em sua maioria, os óbitos ocorrem nas regiões metropolitanas e em unidades hospitalares (BRASIL, 2011).

Com a finalidade de corrigir ou, pelo menos, minorar essa situação, foi lançado, em 1999, o Plano Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), com o objetivo de reduzir a morbidade, mortalidade e transmissão da TB (MASCARENHAS; ARAÚJO; GOMES, 2005).

Entendendo a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma reorganização da atenção básica de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade), mediante a ampliação do acesso, a qualificação e a reorientação das práticas de saúde, a descentralização do controle da tuberculose (TB) para a ESF tem sido recomendada e incentivada pelo Programa Nacional de Controle da Tuberculose (BRASIL, 2011).

Assim, o presente estudo objetiva avaliar o programa de tuberculose na Atenção Básica, no município de Sobral, a partir da análise dos prontuários dos clientes atendidos nas unidades, análise do livro de registro de casos de tuberculose e livro de sintomáticos respiratórios, além da observação das condições de armazenamento, acondicionamento e transporte de amostras.

Contribuindo dessa forma para aumentar o acervo literário sobre o assunto, incentivando e subsidiando futuras pesquisas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo documental com abordagem qualitativa, realizado por monitoras do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET Vigilância em Saúde (PET/VS) sobre a supervisão do programa de tuberculose na atenção básica. Optou-se por realizar esta modalidade metodológica, por se configurar como um instrumento valioso para a aplicabilidade científica à medida que se vale de materiais que não recebem ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetos da pesquisa (GIL, 2002). Adotou-se a abordagem qualitativa por ser a que mais se aproxima do objeto de investigação, possibilitando a extração e compreensão dos significados (MINAYO, 2000).

Este estudo foi realizado no período de janeiro a novembro de 2013, em nove Centros de Saúde da Família, do município de Sobral – CE. A cidade de Sobral se localiza na Região Noroeste do Estado Ceará, a 235 quilômetros de Fortaleza, entre as águas do rio Acaraú e a Serra da Meruoca (CEARÁ, 2010).

Para a obtenção das informações que fundamentaram o desenvolver desse estudo, foi elaborado um instrumento com o propósito de nortear a supervisão do programa de tuberculose. Logo esta investigação foi realizada por meio de duas etapas: a primeira foi à análise dos prontuários, onde se verificou a presença da ficha de notificação; avaliação dos registros de atendimento. Já na segunda etapa, realizou-se análise dos livros de registro de casos tuberculose, averiguando-se se estavam atualizados, análise das condições de armazenamento, acondicionamento e transporte de amostras de escarro.

Resultados e Discussão

Inseridos enquanto acadêmicos de enfermagem nas atividades propostas pelo Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde – PET Vigilância em Saúde (PET/VS) foi possível conhecer, explorar e avaliar o programa de tuberculose na atenção básica do município de Sobral-CE. O controle da TB é definido como prioridade entre as políticas de saúde no Brasil com ações a serem realizadas em todos os níveis de complexidade do SUS. Entre as ações da Atenção Primária, estão a busca ativa de casos, diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos pacientes sob supervisão quando indicado (BRASIL, 2002). Desta forma avaliamos em nove Centros de Saúde da

Família (CSF) de Sobral 64 prontuários de casos de tuberculose.

Com base no instrumento elaborado podemos perceber na análise dos prontuários que em apenas 5 casos houve ausência da cópia da ficha de notificação, mas que quando ausente havia o registro de que o caso foi devidamente notificado. Ainda em relação aos registros de atendimentos, nos prontuários estão os resultados de radiografia, PPD e cultura. O peso dos pacientes também estava registrado e em raras consultas não havia registro do seu peso. Cerca de 12 prontuários não apresentavam baciloscopia de controle, apenas de diagnóstico.

Sobre os exames apenas o raio x é realizado com maior frequência, e na maioria dos casos não existe resultado anexo ou registro nos prontuários. O HIV sempre é solicitado, mas não existem resultados anexos. O Ministério da Saúde recomenda que todos os pacientes com tuberculose sejam submetidos à testagem sorológica para o HIV. Tal procedimento possibilita um diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, permitindo, quando indicado, o início da terapia antirretroviral, gerando uma consequente diminuição de sua morbidade e mortalidade e constituindo-se em uma importante ferramenta para a elaboração e execução de políticas públicas (BRASIL, 2009b).

Segundo Hijjar *et al* (2007) para o controle da tuberculose as diretrizes repassadas pelo Plano Nacional de Controle a Tuberculose indicavam que era necessário detectar 90% dos casos esperados e curar pelo menos 85% dos diagnosticados. É necessário ainda, manter o abandono abaixo de 5% e expandir o tratamento supervisionado (observação direta da tomada de medicação para TB) para 100% das Unidades de Saúde dos municípios prioritários. Manter registro atualizado de casos diagnosticados e encerramento em 100% destes. Realizar a busca dos sintomáticos respiratórios e encaminhar 100% dos contatos domiciliares de um caso novo, ofertando-se ainda o teste anti-HIV para 100% dos adultos com TB.

Havia registro de contatos em todos os prontuários, porém em alguns não havia a conduta adotada em relação aos contatos somente a identificação e a contagem da cicatriz da BCG. Segundo Moreira (2010) a busca de casos suspeitos, o atendimento ao paciente desde o diagnóstico ao tratamento, não significa somente uma ação individual e sim uma ação de saúde coletiva, pois elimina as fontes de contágio na população.

O regime de tratamento em alguns casos foi auto administrado e em outros casos supervisionado mensal, quinzenal e semanal. Esse tratamento define-se como uma estratégia recomendada pela Organização Mundial da Saúde e tem como principal sustentáculo a observação direta da tomada de medicamentos para tuberculose em, pelo menos, três observações semanais nos primeiros dois meses, e uma observação por semana até o final do tratamento. Além disso, é um fator essencial para a melhor adesão ao tratamento e posterior alta por cura (BRASIL, 2009b).

Na segunda etapa de avaliação realizamos a análise do livro de registro de casos de tuberculose e livro de sintomáticos respiratórios. O livro de registro de casos de tuberculose encontrava-se desatualizado em 3 CSF e inexistente em 3 CSF. Já o livro de registro de sintomáticos respiratórios não foi encontrado em nenhum dos 9 CSF visitados.

Observamos também as condições de armazenamento, acondicionamento e transporte de amostras de escarro. Quanto à conservação e transporte das amostras de escarro deve-se considerar duas condições importantes: proteção do calor e da luz solar e acondicionamento adequado para que não haja o risco de derramamento do material. Nessas condições elas poderão ficar protegidas da temperatura ambiente em caixa térmica, por um período máximo de 24 horas. Se houver demora no envio ao laboratório, as amostras deverão ser conservadas em refrigeração, entre 2°C e 8°C, em geladeira exclusiva para armazenar material biológico, por no máximo 5 dias, tendo em vista a possível deterioração do material (BRASIL, 2011). Todas unidades visitadas possuíam caixa térmica em boas condições físicas e de higiene para acondicionamento das amostras de escarro.

Conclusão

Espera-se que esse estudo possa contribuir nas ações de gestão em saúde, na reorientação das ações e na incorporação de novas práticas sanitárias através da mensuração das fragilidades e potencialidades de registro apresentadas. E que também contribua com um importante instrumento para disseminação de conhecimento sobre as medidas adotadas para o controle da tuberculose e consequentemente possa melhorar a saúde da população.

Identificar fragilidades e potencialidades representa utilizar de forma efetiva as informações tornando-as importante ferramenta tanto na gestão do sistema de saúde como na definição de prioridades para distribuição de recursos para nortear as estratégias de intervenção dos serviços de saúde.

Sendo assim o estudo ressalta a necessidade de mudanças no planejamento e/ou organização local que facilitem o acesso e fortaleçam a relação ESF/usuário com TB, e deste modo concretize nos serviços de APS um cuidado integralizado.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Série E. Legislação de Saúde. (Série Pactos pela Saúde, 2006, v. 4). 4a ed. Brasília (DF); 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde - Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Tuberculose Resistente e Multi-Droga Resistente, 2009a. Disponível em: http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/mozambique_tb2.pdf. Acesso em: 26 de agosto de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Guia de vigilância epidemiológica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 284 p.

CEARÁ. Instituto de Pesquisa e Estratégia Econômica do Ceará (IPECE). Perfil Básico Municipal: Sobral. Fortaleza, 2010.

GIL, A.C. Como elaborar projeto de pesquisa. 4 ed. São Paulo. Atlas. 2002.

HIJJAR, M. A. *et al*, Retrospecto do Controle da Tuberculose no Brasil. Rev Saude Publica 2007; 41(Supl. 1):50-58.

MASCARENHAS, M. D. M.; ARAUJO, L. M.; GOMES, K. R. O. Perfil epidemiológico da tuberculose entre os casos notificados no

município de Piripiri, Piauí, Brasil . Epidemiol. Serv. Saúde , março de 2005, vol.14, no.1, p.7-14. ISSN 1679-4974. Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742005000100002&script=sci_arttext. Acesso em: 26 de agosto de 2014.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7ª Ed. São Paulo: Hucitec: 2000.

MOREIRA, C. M. M. *et al.* Sintomáticos respiratórios nas unidades de atenção primária no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 26(8):1619-1626, ago, 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva, 2008. Global tuberculosis control: epidemiology, strategy, financing. Geneva, 2009. Disponível em: http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/key_points/en/. Acesso em: 26 de agosto de 2014.

Agradecimentos

Agradeço a coordenadora do PET-Vigilância no município de Sobral-CE Maria Socorro Carneiro Linhares, bem como meu tutor Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto e preceptor João Sérgio Araújo Soares, pelos conhecimentos transmitidos, à Universidade Estadual Vale do Acaraú instituição à qual devo a minha formação e por fim as minhas colegas monitoras pela contribuição e trabalho em equipe efetuados.

AVALIAÇÃO DO RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE SINTOMAS RELACIONADOS À VIGOREXIA EM PRATICANTES DE MUSCULAÇÃO

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

Megan Torres Pinheiro – Universidade Estadual do Ceará

Jair Linard – Universidade de Fortaleza

Leandro Araújo Carvalho - Universidade Estadual do Ceará

Thereza Maria Magalhães Moreira – Universidade Estadual do Ceará

Paula Matias Soares – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Vigorexia. Musculação. Questionário do Complexo de Adônis;

Resumo

A vigorexia é um transtorno dismórfico corporal caracterizada por uma preocupação com o tamanho do corpo e com o desenvolvimento dos músculos. Um dos principais fatores causais de alterações da percepção da imagem corporal são a imposição pela mídia, sociedade e meio esportivo, de um padrão corporal considerado ideal, ao qual associam o sucesso e a felicidade. Alguns indivíduos, envolvidos em práticas de musculação, desenvolvem, aparentemente, alguns sintomas relacionados a este tipo de dismorfia. Por isso a necessidade de realizar um levantamento acerca da prevalência desse transtorno para que os profissionais envolvidos na área esportiva possam tentar prevenir de alguma forma o desenvolvimento do mesmo, aconselhando as pessoas a procurarem ajuda profissional especializada. Dessa forma, o presente trabalho avaliou o risco de desenvolvimento da vigorexia em praticantes de musculação, em academias de Fortaleza, a partir do Questionário do Complexo de Adônis (QCA). A amostra foi constituída por 50 alunos praticantes de musculação, com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos praticantes dessa atividade há pelo menos três meses consecutivos. A coleta de dados foi executada pela aplicação do questionário Complexo de Adônis. De acordo com os resultados, 44% dos questionários foram respondidos por mulheres e 56% por homens. Nessa amostra, 52% dos participantes foram enquadrados como 'baixo risco', 46% "sem risco" e 2% "risco moderado" de apresentarem o referido transtorno. Pelo levantamento realizado acerca da prevalência dessa patologia, concluiu-se que, a amostra em estudo, considerando sua média, independente de sexo, apresenta baixo risco de desenvolvimento deste transtorno.

Introdução

A imagem corporal está relacionada com a autoestima, que significa amor próprio, satisfação pessoal e, acima de tudo, estar bem consigo mesmo. Se existe uma insatisfação, esta se refletirá na autoimagem. A autopercepção do peso corporal é um aspecto importante quando se refere à imagem corporal, podendo ser influenciada por diversos fatores, incluindo a cultura e os padrões sociais (VEGGI *et al.*, 2004).

Um dos principais fatores causais de alterações da percepção da imagem corporal é a imposição feita pela indústria cultural, por intermédio dos meios de comunicação em massa (televisão, rádios, jornais e revistas), que vem difundindo a importância de estar dentro dos padrões corporais determinados, encarregando-se de criar desejos e reforçar imagens, culminando numa busca frenética ao corpo "ideal" (corpo mais definido e musculoso do que aquele que as pessoas realmente têm ou provavelmente terão) e rejeitando o "corpo real", independente das consequências (ZIMMERMANN, 2013).

Até pouco tempo, os transtornos relacionados às alterações de imagem corporal pareciam manifestar-se exclusivamente em mulheres. Atualmente, presencia-se um aumento na quantidade de homens que apresentam tal quadro. Indivíduos do sexo masculino desejam se tornar mais fortes e musculosos, diferente das mulheres, que desejam se tornar mais magras (HILDEBRANDT *et al.*, 2004).

A preocupação excessiva com o corpo pode desencadear transtornos alimentares, além de um novo transtorno comportamental denominado Vigorexia ou Dismorfia Muscular (ASSUNÇÃO, 2002; MELIN; ARAÚJO, 2003).

A partir de observações pessoais, percebeu-se que alguns indivíduos, envolvidos em diferentes práticas esportivas, especialmente em musculação, desenvolvem, aparentemente, alguns sintomas relacionados a este tipo de dismorfia. Dentro disso, verificou-se a necessidade de realizar um levantamento acerca da prevalência dessa patologia (ou mesmo identificação da tendência e ocorrência da mesma) em academias de musculação, caracterizando-se como um ponto de partida para um melhor conhecimento deste transtorno.

Metodologia

O estudo foi uma pesquisa do tipo aplicada, descritiva e quantitativa. A pesquisa foi realizada na região sul de Fortaleza, em duas academias de práticas de musculação. As referidas academias foram escolhidas por adotarem procedimentos de trabalho convencionais, que facilitou a análise preliminar para a escolha dos sujeitos da pesquisa, bem como a obtenção dos dados uma vez que os pesquisadores possuem familiaridade com os ambientes.

A amostra foi constituída por de 50 alunos com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos praticante de atividades de musculação há pelo menos 3 (três) meses consecutivos e com frequência regular da prática de no mínimo 3 (três) vezes por semana, com uma hora de atividade por dia. Os alunos não apresentavam, no momento da coleta dos dados, qualquer patologia de caráter viral ou bacteriológico que pudesse interferir na percepção do mesmo durante o preenchimento do questionário.

As pessoas convidadas para participar da pesquisa foram consultadas quanto à disponibilidade para responderem o questionário e na sequência assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados foi executada pela aplicação do questionário Complexo de Adônis (POPE, 2000) composto de 13 perguntas objetivas e diretas sobre sinais e sintomas relacionados à Vigorexia. Sua aplicação foi realizada em diferentes dias da semana e em diferentes horários, coincidindo com os dias e horários de treino dos alunos previamente selecionados. Os dados coletados foram organizados em um banco de dados do software Microsoft® Office Excel 2003.

Em seguida foi realizada uma análise quantitativa por meio de estatística descritiva, como frequência, percentual, média e desvio padrão, quando cabível. Os resultados foram discutidos com base na literatura pertinente. A pesquisa atendeu os aspectos éticos propostos pela Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS.

Resultados e Discussão

Após a coleta dos dados, identificou-se que 44% dos questionários foram respondidos por mulheres e 56% por homens conforme mostra a Figura 1.

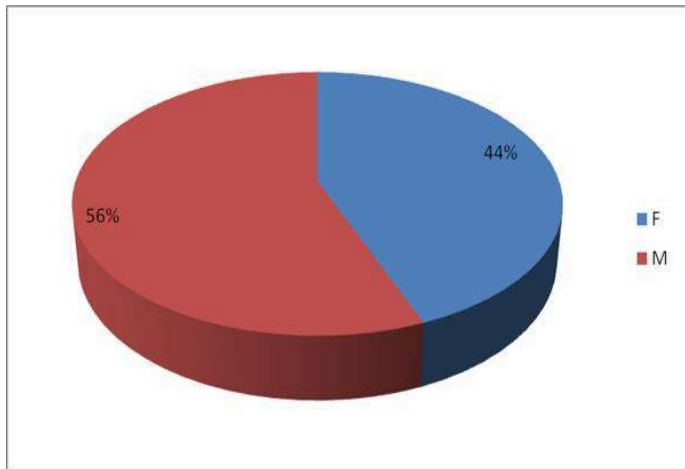


Figura 1: Distribuição percentual da amostra segundo o sexo do grupo total pesquisado, onde F significa Feminino e M Masculino.

A maior frequência masculina em academias de musculação pode ser atribuída a uma maior preocupação com aparência destes. Mas não se pode excluir a possibilidade dessa maior prevalência masculina se dar por motivos de saúde, pois, como citou Boroughs e Thompson (2002), não existe algo de patológico em querer ter boa aparência, em querer se exercitar com regularidade, em se esforçar para fazer uma dieta saudável. Estas preocupações só se tornam patológicas quando estão fora do controle.

A partir do Questionário do Complexo de Adônis (QCA), verificou-se que através da análise da média dos escores da amostra ($n=50$), foi constatada uma média de $10,71 \pm 5,0$ pontos, onde o valor máximo encontrado foi de 25 e o mínimo de 2 pontos.

Nessa amostra, 26 participantes da presente pesquisa (52%), apresentam um quadro leve de Vigorexia, enquanto que apenas 1 (2%) encontra-se em um nível moderado deste distúrbio, segundo o QCA. Os demais 23 participantes (46%) apresentaram escores inferiores a 10 pontos, ficando assim situados no primeiro nível do questionário de Adônis, não apresentando, portanto, problemas com o referido transtorno, exibindo sintomas não doentios com relação ao cuidado com a aparência.

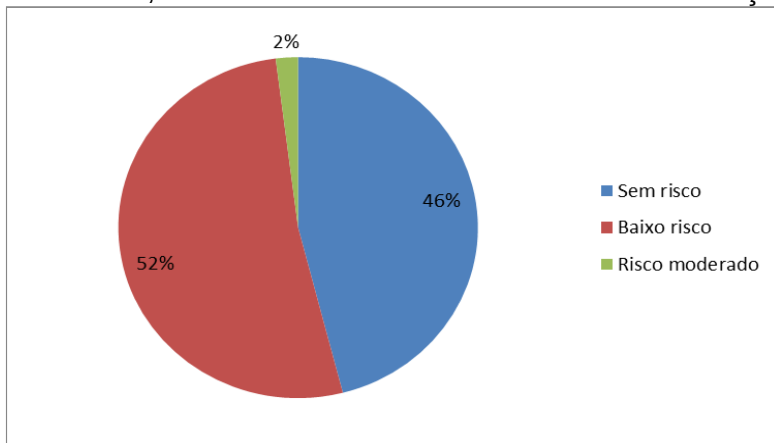


Figura 2: Distribuição percentual da amostra segundo a divisão por níveis do Questionário do Complexo de Adonis

Nesse estudo o valor da media dos escores evidenciou que existe uma forma branda de Vigorexia, segundo a qual os indivíduos podem ser vítimas de algumas das forças sociais e psicológicas deste transtorno, não desenvolvendo necessariamente o distúrbio propriamente dito.

Um ponto que chamou atenção no presente estudo foi o surgimento de um único indivíduo com “Risco moderado” segundo o QCA. Ao observar os resultados constatou-se que esse participante era do sexo feminino, esta revelando que dedica mais de 60 minutos do seu dia ao treinamento físico preocupando-se com certo excesso a diferentes aspectos de sua aparência.

Segundo Pope *et al.* (2000), acerca da interpretação dos resultados do QCA, um indivíduo pode responder enfaticamente não espelhando a verdade ou realidade desse participante. O resultado desse questionário depende da capacidade de cada indivíduo de se autoavaliar honestamente, ato dificultado pela autocensura provocada pela pressão da sociedade contemporânea, como referem Olivardia *et al.* (2000).

De acordo com os resultados obtidos no QCA, os participantes não demonstram preocupações com a aparência e nem prejuízos nos seguintes aspectos: sexual, emprego, preocupações em público e uso de substâncias legais ou ilegais de forma abusiva. Percebeu-se com o questionário que 80% dos participantes afirmaram que a vida sexual não é afetada, 86% não sentem comprometimentos no emprego, 84% não aparentam preocupações ao aparecer em público e 70% dos entrevistados nunca utilizaram substâncias legais ou ilegais para adquirir musculatura, perder peso ou melhorar a aparência. No entanto, 88% revelaram já ter tomado atitudes mais extremas como excesso de exercícios.

Com relação aos sintomas vigorexia entre os sexos dos entrevistados, 28% dos homens e 18% das mulheres foram classificados como “sem risco”. Já 24% das mulheres e 28% dos homens apresentaram “baixo risco” em relação à vigorexia. E 2% dos entrevistados, ou seja, uma mulher, foi classificada com “risco moderado” de possuir o distúrbio estudado. A figura abaixo (Figura 3) mostra a distribuição dos participantes em relação aos níveis de classificação do QCA por sexo.

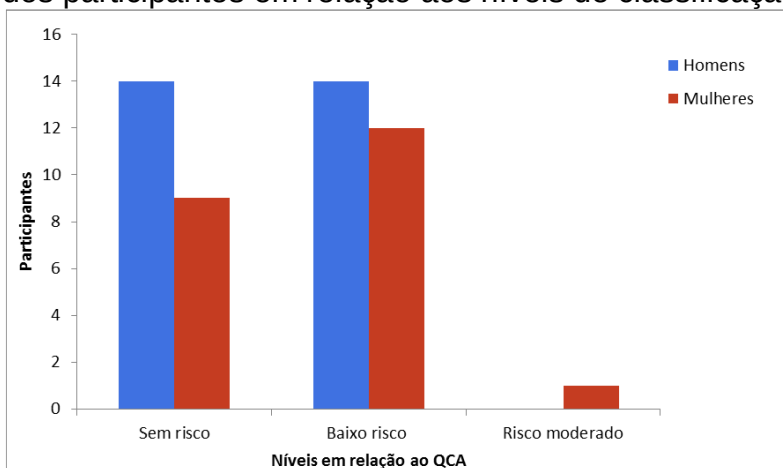


Figura 3: Distribuição percentual dos participantes, de ambos os sexos, segundo a divisão por níveis do QCA.

Pode-se observar que os homens apresentaram a mesma distribuição no primeiro e segundo nível da classificação do questionário, enquanto que as mulheres obtiveram distribuição crescente nos níveis “sem risco” e “baixo risco”, além de possuir um representante na classificação “risco moderado”, denotando uma maior tendência do desenvolvimento da vigorexia nas mulheres estudadas. Fatores cognitivos, comportamentais, o ambiente que o indivíduo se encontra, o estado emocional e psicológico podem determinar o surgimento do quadro de Vigorexia (GRIEVE, 2007). O culto à aparência física é cada vez mais descomedido, e, portanto, é possível que ambientes como academias de musculação tenham sua participação na etiologia do transtorno (ASSUNÇÃO, 2002).

Conclusão

De acordo com os resultados desse estudo obtidos pelo QCA, foi possível evidenciar que a preocupação dos participantes com a aparência não os prejudica nos seguintes aspectos: sexual, emprego e/ou carreira, preocupações em público, medidas extremas e uso de substâncias legais ou ilegais, pois nesses itens foram encontrados os valores mais baixos do questionário.

Observou-se também que, apesar do crescente interesse dos homens em ter corpos cada vez mais musculosos, as mulheres também estão cada vez mais preocupadas com sua aparência corporal. Essa preocupação com aparência faz parte da rotina das mulheres há muitos anos, fato esse, que só passa a ser preocupante se trouxer prejuízos socioculturais, a saúde e bem-estar das mesmas, ou seja, se o excesso de zelo prejudicar o seu dia a dia.

A partir disso, faz-se necessária a elaboração de estratégias para a orientação e conscientização dos praticantes de musculação dentro das academias de Fortaleza, tornando assim relevante um estudo com os profissionais dessa área, como treinadores e técnicos, que são responsáveis por acompanhar os alunos na prática de musculação.

Referências

ARAUJO DSMS, ARAUJO CGS. Self-perception and dissatisfaction with weight does not depend on the frequency of physical activity. *Arq Bras Cardiol*; 80:243-9, 2003.

ASSUNÇÃO, S. S. M. Muscle Dysmorphia. *Ver. Bras. Psiquiatria*, 24, 80-84, 2002.

BOROUGHES, M., THOMPSON, J. K. Exercise status and sexual orientation as moderators of body image disturbance and eating disorders in males. *International Journal of Eating Disorders*, 31:307-311, 2002.

GRIEVE, F. G. A. Conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eat Disord, USA*. V. 15, n. 1, p. 63-80, 2007.

HILDEBRANDT, T., LANGENBUCHER, J. E SCHLUNDT, D. G. Muscularity concerns among men: development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1: 169-181. 2004.

MELIN, P.; ARAÚJO, A. M. Transtornos alimentares em homens: um desafio diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v.24, supl. 3, p. 73-76, dez, 2002.

OLIVARDIA R, POPE HG, HUDSON JI. Muscle dysmorphia in male weightlifters: a case-control study. *Am J Psychiatry*;157:1291–6. 2000.

POPE HG, GRUBER AJ, MANGWETH B, BUREAU B, DECOL C, JOUVENT R. Body image perception among men in three countries. *Am J Psychiatry*; 157:1297–301. 2000.

POPE HG, JR., PHILLIPS KA, OLIVARDIA R. O complexo de Adônis: a obsessão masculina pelo corpo. Rio de Janeiro: Campus; 2000.

VEGGI, A. B., LOPES, C. S., FAERSTEIN, E., SICHIERI R. Índice de massa corporal, percepção do peso corporal e transtornos mentais comuns entre funcionários de uma universidade no Rio de Janeiro. *Rev Bras de Psiquiatria*. V. 26, n. 4. 2004.

ZIMMERMANN, F. Indícios de vigorexia em adultos jovens praticantes de musculação em academias de Biguaçu-SC. Monografia de graduação. Florianópolis: UFSC, 2013.

Agradecimentos

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

AVALIAÇÃO DO SEDENTARISMO E OBESIDADE: CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM TRATAMENTO POR EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

Larissa Soares Mariz – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – larissamariz@gmail.com

Bertha Cruz Enders - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Caroline Evelin Nascimento Kluczynek Vieira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Flávia Andréia Pereira Soares dos Santos - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Déborah Raquel Carvalho de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Carla Campos Muniz Medeiros – Universidade Estadual da Paraíba

Palavras-chave: Obesidade. Sobrepeso. Crianças. Adolescentes.

Resumo

O estudo objetivou avaliar crianças e adolescentes após doze meses em tratamento de obesidade, quanto às práticas de atividades físicas e sedentarismo e suas características antropométricas. Estudo transversal, descritivo e quantitativo realizado num centro de obesidade infantil em 2011. A amostra foi composta por 109 crianças e adolescentes. Avaliou-se o nível de sedentarismo e horas de prática de atividade física por semana, após um ano de tratamento. A análise estatística foi realizada no SPSS versão 17.0 por análise descritiva através de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão das variáveis sociodemográficas, antropométricas e bioquímicas. A maior parte da população estudada era adolescente, do sexo feminino, pardos, tinham renda familiar entre 1 a 2 salários mínimos, e escolaridade materna de mais de 12 anos. A prática de atividade física aumentou após o tratamento, mas a maior parte ainda possuía hábitos sedentários. As médias antropométricas e bioquímicas indicaram ainda a presença de fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil e doenças cardiometabólicas. O tratamento da obesidade infantil é um desafio para a equipe multiprofissional devido aos resultados serem lentos e a longo prazo, uma vez que envolve mudança no estilo de vida tanto do paciente quanto da família. Contudo, os cuidados a essa população devem ser precoces, pois o acompanhamento multiprofissional tem impacto na promoção da saúde dessa população específica e na redução dos índices nacionais de adultos susceptíveis ao desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis.

Introdução

A obesidade é uma doença crônica e sua prevalência vem aumentando em todas as faixas etárias populacionais, tanto em países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Entre crianças e adolescentes, as altas prevalências de obesidade têm sido relatadas em diversos países do mundo. No Brasil, observa-se redução nos índices de desnutrição e elevação nos índices de obesidade em adultos e crianças. (MENDONÇA, 2010).

Dentre os motivos para o aumento dos índices de excesso de peso nessa faixa etária estão os fatores comportamentais, tais como o estilo de vida sedentário e os hábitos alimentares e nutricionais inadequados (ROSSI, 2010). Os hábitos de vida adquiridos durante a infância e adolescência tendem a se perpetuar para a fase adulta, de forma que maus hábitos alimentares e o sedentarismo na adolescência poderão ser fatores desencadeantes de problemas de saúde futuros, principalmente as doenças crônicas não transmissíveis, com ênfase para as doenças cardiovasculares. (TENÓRIO, 2010; SILVA, 2010).

Assim, supõe-se que a avaliação de crianças e adolescentes quanto às suas características de sedentarismo e obesidade poderá subsidiar medidas preventivas e de promoção da saúde nesses grupos, a qual tem sido vista como uma forte alternativa teórica e prática para o enfrentamento global da obesidade e fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, ao permitir que esses indivíduos tenham a oportunidade de conhecer e controlar os fatores determinantes de sua saúde. (RIBEIRO, 2012).

Para os profissionais da área da saúde que buscam exercer o seu papel na prevenção e tratamento da obesidade infanto-juvenil esse é uma tarefa desafiadora, visto que, esta é uma fase em que há dificuldade de assimilar hábitos saudáveis de vida, principalmente quando não há participação efetiva e incentivo da família (BARROS, 2007). Nesse sentido destacam-se os Centros de Tratamento Multidisciplinar da Obesidade Infantil que dispõem de equipes multidisciplinar e visam prevenção, promoção da saúde e tratamento de crianças encaminhadas pelas unidades básicas de saúde. Essas equipes buscam auxiliar os pacientes e a família a aderir a um estilo de vida saudável, à prevenção das co-morbidades da obesidade e à perda de peso. (MARIZ, 2012). São ações importantes que necessitam ser investigadas quanto a sua efetividade. Este estudo teve por objetivo avaliar crianças e adolescentes após doze meses em tratamento de obesidade, quanto às práticas de atividades físicas, sedentarismo e características antropométricas.

Metodologia

Estudo de delineamento transversal, descritivo e quantitativo realizado em 2011, no Centro de obesidade infantil (COI) localizado no Instituto de Saúde Elpídeo de Almeida (ISEA), Campina Grande/PB, Brasil. No COI o paciente cadastrado é atendido por uma equipe multidisciplinar composta por preparador físico, nutricionista, psicólogo, assistente social, médico endocrinologista pediátrico, enfermeiro e por estudantes universitários que realizam atividades educativas objetivando mudança nos hábitos de vida das crianças e adolescentes e da sua família bem como conscientizando-lhes da importância do acompanhamento.

Adotou-se como critério de inclusão para compor a amostra, crianças entre 4 e 19 anos com o diagnóstico inicial de sobrepeso ou obesidade e que estivessem há um ano no tratamento no COI. Excluíram-se aqueles que no momento da pesquisa estivessem em uso de medicações, ou que apresentaram doenças crônicas que interferiu no metabolismo glicídico ou lipídico e os que não realizaram exames laboratoriais após um ano de tratamento. A amostra foi composta por 109 crianças e adolescentes.

O sedentarismo foi avaliado por meio do tempo de permanência frente à tela (número de horas por dia) e de atividade física pela quantidade de horas na prática de atividade aeróbica durante a semana (atividades físicas regulares, competitivas, individuais ou coletivas, incluindo a educação física da escola e brincadeiras com bola). Considerou-se como estilo de vida sedentário o dispêndio de três ou mais horas ao dia em atividades de tela e/ou não praticar atividade física por no mínimo de 150 minutos durante a semana (American Academy of Pediatrics, 1992).

Realizou-se antropometria através de aferição do peso, altura, circunferência abdominal, aferição da PA e bioimpedância e encaminhados para realização de novos exames laboratoriais. O peso e estatura foram coletados em duplicata, considerando-se o valor médio das duas aferições. Para obtenção do peso utilizou-se uma balança digital tipo plataforma da marca Welmy com capacidade para 150 kg e precisão de 0,1 kg. A altura foi aferida através de um estadiômetro da marca Tonelli com precisão de 0,1 cm. Durante a aferição, o indivíduo estava com roupas leves. A circunferência abdominal foi mensurada no ponto médio entre a lateral da crista ilíaca e

bordo inferior da última costela durante a expiração, com fita métrica, sendo o valor em centímetros. Para a classificação do estado nutricional foi calculado o índice da massa corpórea (IMC) conforme as recomendações do CDC (2002), que define as seguintes categorias: obesidade grave ($\text{IMC} \geq \text{percentil } 97$), obesas ($\text{percentil } 95 \geq \text{IMC} < 97$) e sobrepeso ($85 \geq \text{IMC} < 95$) (CDC, 2002). A pressão arterial foi aferida em três momentos utilizando um esfigmomanômetro com manguito adequado para circunferência braquial no membro superior esquerdo; Considerou-se o valor médio das duas últimas aferições. A coleta sanguínea foi realizada após jejum de no máximo 12 horas e foram analisadas em equipamento automático (Modelo Biosystems 310) por método colorimétrico enzimático, seguindo as instruções do fabricante (Biosystems) para mensuração do colesterol total, HDL-c, triglicerídeos e a glicemia de jejum. O LDL-c foi calculado pela fórmula proposta por Friedwald, $\text{LDL-c} = \text{CT} - \text{HDL-C} - \text{TG}/5$, válida para valores de $\text{TG} < 400 \text{mg/dL}$.

Para avaliação da presença de fatores de risco cardiometabólico adotou-se os critérios da I diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica (2010) que considera como valores alterados $\text{CT} \geq 170 \text{mg/dL}$, $\text{LDL-c} \geq 130 \text{mg/dL}$, $\text{HDL-c} < 45 \text{mg/dL}$ e $\text{TG} \geq 130 \text{mg/dL}$, glicemia de jejum $\geq 100 \text{mg/dL}$; pressão arterial sistólica ou diastólica maior ou igual ao percentil 95 para idade, estatura e gênero e circunferência abdominal; circunferência abdominal $\geq$ ao percentil 90 para idade, sexo e etnia. Também, foi realizada a razão circunferência abdominal pela estatura para localização de gordura central, onde foi considerado com gordura abdominal aquele com índice maior ou igual a 0,5.

A análise estatística foi realizada no SPSS versão 17.0. Foi realizada uma análise descritiva através de frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão das variáveis sociodemográficas, antropométricas e bioquímicas. O termo de compromisso foi assinado pelos pais/responsáveis e o trabalho foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba aprovado com o parecer nº 0379.0.130.000-10.

Resultados e Discussão

Foi possível verificar que mais da metade (67%) das crianças e adolescentes eram do sexo feminino, e 71,6% adolescentes, sendo a maior parte considerados como pardos (67,9%). Em relação às condições socioeconômicas, 39,4% tinham renda familiar baixa, entre 1 a 2 salários mínimos, e a escolaridade materna de mais de 12 anos de estudo foi verificada em (49,5%) da amostra (Tabela 1). A obesidade tem se destacado nas investigações na área de saúde pública, uma vez que está presente em todas as faixas etárias, sexo e condição socioeconômica. Esta condição encontra-se associada às doenças crônicas não transmissíveis na vida adulta ou mesmo na infância. Apesar de ter sido detectado nos últimos 20 anos maior incremento na prevalência de excesso de peso entre as meninas, nas quais o percentual quase triplicou, a obesidade ainda é mais frequente entre os meninos (BRASIL, 2009). A partir desta pesquisa, os dados sugerem que as meninas são maior parte no COI. Esses dados podem ter divergido pelo fato de se tratarem de uma amostra por conveniência e não podem ser aplicados à população geral. Vale ressaltar que a maioria dos participantes foi composta por adolescentes. Estudos têm mostrado, nesta faixa etária, associação entre obesidade e aumento do risco de desenvolvimento de doenças crônicas na vida adulta. Além disso, estão sujeitos à discriminação e têm menos oportunidades para o trabalho e integração social, tornando-se, assim, não mais preocupação estética, e sim problema de saúde pública (VEIRA, 2008).

É consenso que a obesidade não afeta somente populações de alto nível econômico. Neste estudo, a obesidade mostrou-se mais frequente em adolescentes com renda familiar mais baixa. Gomes (2009) afirma que a comparação dos resultados da Pesquisa de Orçamentos Familiares de 2002-2003 com estudos realizados pelo IBGE em 1974-1975 (Estudo Nacional da Despesa Familiar) e pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, em 1989, (Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição) revelam importantes aumentos nas prevalências de adolescentes com sobrepeso, inclusive na quinta parcela de renda mais pobre. Essa tendência no Brasil pode ser observada a partir de adolescentes do sexo masculino pertencentes à quinta parcela de menor renda familiar com declínio na prevalência de déficit de peso de 13,9%, em 1974-1975, para 5,2%, em 2008-2009, e aumento do excesso de peso de 1,6% para 12,7% e a de obesidade, de menos de 0,1% para 2,1% (BRASIL, 2010). De acordo com Vieira (2008), em países menos desenvolvidos, a obesidade está presente entre os grupos de menor status socioeconômico, isto pode ser devido ao acesso fácil a alimentos energéticos e limitado a alimentos saudáveis, devido a seu alto custo (VIEIRA, 2008).

Tabela 1: Características sócio-demográficas das crianças e adolescentes com um ano de acompanhamento no Centro de Obesidade Infantil, Campina Grande-PB, 2011.

CARACTERISTICAS		TOTAL		CARACTERISTICAS		TOTAL	
		N	%			N	%
Sexo	Feminino	73	67	Cor	Branco	27	24,8
	Masculino	36	33		Pardo	74	67,9
Faixa etária	Pré-escolar Escolar Adolescentes	5	4,6		Negro	07	6,4
		26	23,9		Não sei	01	0,9
		78	71,6		0 a 8 anos	35	32,1
					9 a 11 anos	20	18,3
					12 ou mais	54	49,5
Renda Familiar (SM*)	1/4 a 1/2	7	6,4	Escolaridade e da Mãe**			
	1/2 a 1	20	18,3				
	1 a 2	43	39,4				
	2 a 5	34	31,2				
	>5	4	3,7				
	não sabe	1	0,9				

* Salário Mínimo ** Em anos de estudo

Quanto aos hábitos de praticar atividade física após um ano de atendimento a maioria dos pacientes estudados realiza de 1 a 2 horas de atividade diária (57,8%) e um pequeno grupo de 3 a 6 horas (10,1%). Contudo, a maior parte ainda possui hábitos sedentários (67,9%) conforme a tabela 2. Nessa abordagem, a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2005) afirma que este é um fator de risco independente para a doença cardiovascular, hipertensão arterial, obesidade e hipercolesterolemia, tornando-se um alerta para os profissionais de saúde da atenção primária. Nesta pesquisa, observou-se um impacto sobre o sedentarismo, reduzindo este comportamento em torno de 10%. O declínio do comportamento sedentário é um resultado favorável ao sucesso do tratamento da obesidade infantil, pois o desejo de manter um estilo de vida sedentário também aparece como fatores que dificultam a adesão (OLIVEIRA, 2008). Além disso, para evitar a obesidade infantil, é necessário mudar os hábitos alimentares e estimular atividade física de crianças e também de seus responsáveis (COSTA, 2008).

Tabela 2: Prática de atividade física e estilo de vida sedentário das crianças e adolescentes com um ano de acompanhamento no Centro de Obesidade Infantil, Campina Grande-PB, 2011.

CARACTERÍSTICAS		% APÓS UM ANO	CARACTERÍSTICAS		% APÓS UM ANO
Ativ. Física	Nenhuma	32,1	Sedentarismo	Sedentário	67,9
	1 a 2 horas	57,8		Não-sedentário	32,1
	3 a 4 horas	9,2			
	5 a 6 horas	0,9			

Quanto as médias dos dados antropométricos dos pacientes em acompanhamento foi possível perceber que o tratamento multiprofissional tem resultados lentos e a longo prazo. Quando observamos a média da circunferência abdominal pela estatura esta encontrou-se acima de 0,5 cm/m, sendo resultado fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiometabólicas. Contudo, as médias dos dados antropométricos mostram-se favoráveis ao tratamento visto que o IMC, PAS e PAD encontram-se dentro dos parâmetros indicados. Nos dados laboratoriais, considerando a variância das médias e as proximidades com os valores alterados, é possível perceber que a média do Colesterol total (CT), HDL e Triglicerídeos encontram-se fora dos parâmetros da normalidade. Embora as crianças e adolescentes não apresentaram Doença Cardiovascular Arteriosclerótica (DCVA) franca, aquelas com obesidade apresentam perfil de risco cardiovascular compatível com o seu desenvolvimento precoce, isto é, hipertensão arterial, triglicérides e glicemia de jejum aumentados e HDL-c diminuído. Estes resultados levam a entender que se faz necessário trabalhar com mais profundidade nos pacientes do COI para melhoria destas taxas e redução do risco do desenvolvimento dessas doenças na vida adulta (RICCO, 2010).

Tabela 3: Valores médios dos dados antropométricos e laboratoriais das crianças e adolescentes cadastradas no Centro de Obesidade Infantil, Campina Grande-PB, 2011.

CARACTERÍSTICAS	MÉDIA APÓS 12 MESES	CARACTERÍSTICAS	MÉDIA APÓS 12 MESES
Dados antropométricos		Dados laboratoriais	
IMC (Kg/m)	24,5 (±3,79)	CT	167,4 (±35,3)
CA/ESTATURA (cm/m)	0,57 (±0,69)	LDL	101,2 (±29,0)
PAS (mmHg)	110,3 (±11,1)	HDL	40,71 (±8,9)
PAD (mmHg)	71,2 (±7,6)	TG	128,6 (±64,2)
		GLICEMIA (MG/dL)	83,3 (±7,4)

Conclusão

O estudo revelou que a maioria das crianças e adolescentes eram do sexo feminino, pardos, de baixa renda e filhos de mulheres com escolaridade materna com menos doze anos. Além disso, grande parte apresentou fatores de risco para o desenvolvimento da obesidade infantil e doenças cardiometabólicas, como por exemplo, o aumento da circunferência abdominal; dados antropométricos favoráveis ao tratamento; valores do colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos fora dos parâmetros da normalidade; sedentarismo e comportamento alimentar com qualidade nutricional inadequada. Assim, a pesquisa ressaltou que o tratamento da obesidade infantil é um desafio para a equipe multiprofissional pois tem resultados lentos e a longo prazo uma vez que este deve ser pautado na alimentação saudável e na mudança no estilo de vida tanto do paciente quanto da sua família. Esses cuidados devem iniciar ainda na puericultura, interagindo com as famílias e conduzindo-as a mudanças nos hábitos alimentares e à prática regular de atividade física. Nesse contexto, é importante destacar o valor do acompanhamento multiprofissional para promoção da saúde de crianças e adolescentes com excesso de peso, tendo em vista que a orientação isolada não permite o tratamento do indivíduo como um todo, nas esferas psicológica, física, endócrina, nutricional, entre outras. Outros estudos são necessários para elaboração de novas estratégias, com o intuito de avaliar o impacto do tratamento multiprofissional no tratamento de crianças e adolescentes com excesso de peso, e reduzir os índices nacionais de adultos com doenças crônicas não transmissíveis.

Referências

- AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. National Cholesterol Education Program. Report of the Expert Panel on Blood Cholesterol Levels in Children and Adolescents. Elk Grove Village, 1992.
- BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa de Orçamentos Familiares (POF) 2008-2009: despesas, rendimentos e condições de vida. Rio de Janeiro, 2010.
- BARROS, D.M.; GOMES, E., et. al. Obesidade infantil: medidas de controle para evitar potenciais complicações futuras. Encarte – Universidade do Sul de Santa Catarina, 2007.
- CDC table for calculated body mass index values for selected heights and weights for ages 2 to 20 years. Developed by the National Center for Health Statistic in collaboration with the National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2000. Publicado em maio de 2002, modificado 20/04/2001.
- COSTA, Fabiana Silva. Atitudes dos pais e a alimentação de seus filhos: repercussões para o excesso de peso infantil [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Medicina. Programa de pós graduação em ciências médicas: Endocrinologia. Porto Alegre, 2008.
- I DIRETRIZ BRASILEIRA DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA SÍNDROME METABÓLICA. Disponível em http://www.sbh.org.br/download/DIRETRIZES_SINDROME_METABOLICA_ORG_BR. Acesso em 2010.
- GOMES, Fabio da Silva; ANJOS, Luiz Antonio dos; VASCONCELLOS, Mauricio Teixeira Leite de. Associação entre o estado nutricional antropométrico e a situação sócio-econômica de adolescentes em Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, Nov. 2009. Available from <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001100014&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100014>.
- MARIZ, L.S.; AZEVEDO, L.B.; MEDEIROS, C.C.M. et al. Centro de Obesidade Infantil: relato de experiência. Cogitare Enfermagem, v. 17, n. 2, 2012.
- MENDONÇA, R.M.T.; SILVA, M.A.M.; RIVERA, I.R. et al. Prevalência de sobrepeso e Obesidade em crianças e adolescentes da Cidade de Maceió. Rev. Assoc. Med. Bras., v. 56, n. 2, p. 192-6, 2010.

OLIVEIRA, Tatiana Resende Prado Rangel. Abordagem da obesidade em adolescentes atendidos em serviço público de saúde: conceitos, dificuldades e expectativas dos pacientes e seus familiares. 161f, Tese (Doutorado em Ciências da Saúde médicas da Universidade Federal de Minas Gerais) , Belo Horizonte, 2008. Disponível em: http://dspace.lcc.ufmg.br/dspace/bitstream/1843/ECJS-7SAJTM/1/tatiana_resende_prado_rangel_de_oliveira.pdf acesso 18 de Nov.2011.

RICCO, Rafaela Cristina et al . Estudo comparativo de fatores de risco em crianças e adolescentes com diagnóstico antropométrico de sobrepeso ou obesidade. Rev. paul. pediatr., São Paulo, v. 28, n. 4, Dec. 2010 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822010000400006&lng=en&nrm=iso>. access on 18 Nov. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-05822010000400006>.

RIBEIRO, A.G.; COTTA, R.M.M.; RIBEIRO, S.M.R. A Promoção da Saúde e a Prevenção Integrada dos Fatores de Risco para Doenças Cardiovasculares. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 17, n. 1, p.7-17, 2012.

ROSSI, C.E.; ALBERNAZ, V.O.; VASCONCELOS, F.A.G. et al. Influência da televisão no consumo alimentar e na obesidade em crianças e adolescentes: uma revisão sistemática. Rev. Nutr., Campinas, vol. 23, n. 4, p. 607-620, jul./ago., 2010.

SILVA, J.E.F.; GIORGETTI, K.S.; COLOSIO, R.C. Obesidade e sedentarismo como fatores de risco para doenças cardiovasculares em crianças e adolescentes de escolas públicas de Maringá, PR. Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 1, p. 41-51 jan./abr. 2009.

TENÓRIO, M.C.M.; BARROS, M.V.G.; TASSITANO, R.M. et al. Atividade física e comportamento sedentário em adolescentes estudantes do ensino médio. Rev. Bras Epidemiol., vol. 13, n. 1, p. 105-117, 2010.

VIEIRA, M.A.; ATIHE, R.D.; SOARES, R.C.; DAMIANI, D.; SETIA, N. Adesão inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de redução de peso. Pediatria. 2008; 26(4):240-6. Disponível em: <http://pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1082.pdf> Acesso 18 de Nov. 2011.

AVALIAÇÃO DOS ATRIBUTOS DA APS COMO ELO PARA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM MUNICÍPIOS DO SERTÃO CENTRAL DO CEARÁ .

Autor 1 (apresentador) – Wagner Robson Germano Sousa – dr.robsongermano.biomed1@gmail.com

Autor 2 – Wellington Luiz da Cruz

Autor 3 – Tatyana Dias Costa

Autor 4 – Antonia Solange dos Santos Viana

Autor 5 – Maria Erivania Façanha Barreto Campos

Autor 6 (Orientador) – Célia Viana da Silva Brasileiro

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Atributos. Avaliação.

Resumo

Este trabalho é uma pesquisa de campo, do tipo qualitativa e quantitativa, a qual objetivou realizar análise do cumprimento dos atributos da atenção primária à saúde em 06 (seis) municípios localizados no Sertão Central do Estado do Ceará, de acordo com escores aplicados para a completude da execução do atributo avaliado. Os municípios avaliados foram: Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti. Os resultados das análises apontaram que todos os atributos foram cumpridos garantindo assim a excussão desta política pública de saúde na promoção da saúde no Estado do Ceará. No entanto o atributo orientação comunitária apresentou escore com alcance de apenas 50%. Desse montante, elaborou-se um plano de intervenção neste item crítico. Por fim, concluiu-se que, é necessário avançar na construção do SUS, ainda é preciso garantir a ampliação da rede de pontos de atenção da APS principalmente aqueles que ofertam procedimentos e serviços de média e alta complexidade.

Introdução

A estratégia de Atenção Primária à Saúde como política pública é discutida e implantada em países da Europa desde meados do século XX. A conferência de Alma Ata, em 1978, estabeleceu o consenso de que a Atenção Primária seria a estratégia fundamental e a porta de entrada do sistema de saúde com capacidade para resolver 80% dos problemas de saúde da população. Estratégias que fortalecem a capacidade da atenção primária e que enfatizam a promoção da saúde tendem a melhorar o status de saúde e reduzir custos. O Sistema Único de Saúde no Brasil (SUS) filia-se a essa tradição (ONOCKO-CAMPOS, *et al.*, 2012).

A saúde da família é considerada como uma das principais estratégias de reorganização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da reorientação da atenção primária, ou básica, em particular no que diz respeito ao resgate das diretrizes e princípios do primeiro e das práticas de atenção. Tanto o Ministério da Saúde como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) consideram que a rede de serviços de atenção primária de saúde (APS) pode resolver 85% dos problemas de saúde da população. Contudo, para que haja tal resolubilidade, o nível secundário de atenção tem de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos pela APS (SERRA & RODRIGUES, 2010).

Princípios da APS

A atenção primária tem aspectos únicos, próprios dela, que a caracterizam e diferenciam dos demais níveis de atenção. Para realmente se entender o que é a APS, deve-se conhecer os elementos que a constituem (Quadro 1) e como se articulam.

Quadro 01 – Valores, princípios e elementos de um modelo de saúde baseado na APS e do modelo de saúde adotado pelo Brasil.

SUS – BRASIL : O Programa Saúde da Família	
VALORES	Universidade
	Equidade
	Integralidade
	Participação e Controle Social
Expressam os valores dominantes em uma sociedade. São a Âncora moral para as políticas e programas de interesse público.	
PRINCÍPIOS	Territorialização
	Intersetorialidade
	Caráter Substitutivo (baseado na pessoa e não na doença)
	Equipes Multiprofissionais
	Baseado nas necessidades e expectativas das populações
	Voltado para a qualidade de vida
ATRIBUTOS	Atributos únicos da APS: Primeiro Contato Integralidade Longitudinalidade Coordenação Orientação
	Derivados dos anteriores: Enfoque na pessoa (não na doença) e na família Valorização dos aspectos culturais Orientado para a comunidade
São a base estrutural e funcional do sistema de saúde. Permitem operacionalizar as políticas, os programas e os serviços.	

	Não únicos da APS, mas essenciais: Registro adequado Continuidade de Pessoal Comunicação Qualidade Clínica Defesa da clientela (advocacy)

Fonte: BRASIL, (2011).

Avaliação e Monitoramento da APS

A avaliação de ações de promoção de saúde traz um complexo desafio metodológico. Avaliação constitui um recurso técnico e político relevante para a busca de reorientação da racionalidade das práticas de saúde, tem como objetivo de auxiliar na tomada de decisão informada, apoiando-se em métodos robustos que respondam adequadamente a formulações teórico-políticas que guiam as estratégias de intervenção na realidade. Quando a avaliação assume um caráter participativo, ela cria um ambiente virtuoso, sendo a própria circunstância avaliativa um processo de empoderamento de sujeitos (KUSMA *et al.*, 2012).

O termo monitorização ou monitoramento tem o significado de acompanhar e avaliar, ou ainda controlar mediante acompanhamento; já a definição utilizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) refere-se ao contínuo acompanhamento das atividades, objetivando garantir a execução de acordo com o planejado (NUNES *et al.*, 2011).

Nesse contexto, a análise do processo de planejamento do sistema municipal de saúde pode representar uma via para o entendimento da situação político-institucional e das características de gestão dos sistemas de saúde sob análise; o estudo também pode contribuir para oferecer um painel informativo-comparativo do perfil da APS nos sistemas municipais de saúde de municípios de baixo ingresso como Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti.

Metodologia

Esta atividade tem como cenário os municípios de Boa Viagem, Canindé, Caridade, Itatira, Madalena e Paramoti. Foi realizada uma análise mais aprofundada dos dispositivos que constituem a Rede de APS, a saber: (i) Equipe de Saúde da Família; (ii) Equipe de Saúde Bucal; (iii) Núcleo de Apoio à Saúde da Família; (iv) Serviço de Atenção Domiciliar; (v) Programa Saúde na Escola e (vi) Programa Academia da Saúde.

A análise se baseou nos parâmetros pré-estabelecidos para a existência de cada um desses dispositivos nos municípios, em termos de qualificação dos serviços ofertados no âmbito da APS e cobertura populacional. Para os cálculos, foram utilizadas as orientações contidas em portarias e informes técnicos instrutivos. Com base nas análises realizadas, nos eixos anteriores, elegeram-se os itens críticos, a partir dos quais serão propostas ações de fortalecimento da APS. Para tanto, propõe-se a utilização da matriz do plano de ação. Para pontuação dos itens avaliados seguiu-se com avaliação de acordo com os critérios correspondentes aos os escores dispostos a seguir:

3 pontos – ótimo;					
2 pontos – atende parcialmente;					
1 ponto – atende de forma incipiente;					
0 ponto	–	não	atende	aos	critérios.

Resultados e Discussão

O processo de consolidação do Sistema Único de Saúde estimula os gestores a identificarem, selecionarem e elaborarem instrumentos que os auxiliem na condução da gestão. Essa prática contribui para o melhor aproveitamento das oportunidades e para a superação de desafios na implementação de políticas de saúde.

Da análise do atributo essencial acesso de primeiro contato, o qual verificou o nível de acessibilidade dos usuários aos serviços ofertados na UBS, as unidades avaliadas garantem, o acesso ao serviço médico, de enfermagem e de odontologia os quais se constituem em toda a sua magnitude, na porta de entrada e preferência de primeiro contato aos serviços de maior complexidade, com excessão das UBS's ainda não cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF) o qual transcorreu nos municípios de Boa Viagem, Canindé e Paramoti. Estes municípios ainda apresentam populações descobertas por esta estratégia. O município de Boa Viagem terá uma ampliação do número de UBS da ESF com a adoção do programa mais médicos.

Quanto ao atributo longitudinalidade, a equipe das unidades garantem todo o acompanhamento do paciente no transcurso de seu processo de diagnóstico, tratamento, cura e no pós cura ainda em qualquer evento que lhe transcorra sob agravo à sua saúde.

A análise do atributo essencial coordenação, analisado sob o aspecto da integração dos cuidados, resultou que os profissionais fazem o acompanhamento de todas as consultas do paciente, se necessário, fazem encaminhamentos aos serviços de acordo com a complexidade de sua patologia e aos serviços de diagnóstico e tratamento. Há o serviço de marcação de consultas e contra-referência de informações a respeito do paciente quando este estiver em outros serviços da rede de saúde da região ou do estado e da federação.

A despeito do eixo coordenação de sistema de informações, o profissional atuante nas unidades sempre solicita ao paciente que leve seus exames e demais registros médicos recebidos no passado, em consultas anteriores, como também tem acesso a todos os registros médicos do paciente os quais são arquivados nas unidades, os profissionais ainda permitem ao paciente que o mesmo possa examinar seus prontuários, os quais estão sempre disponíveis a estes e à equipe.

Quando avaliamos a integralidade com relação aos serviços prestados, identificou-se que os profissionais atentem a usuários de todas as idades, cumpre a todas as demandas às espontâneas e a programada, as quais são agendadas previamente pelo agente

comunitário de saúde (ACS), quando de sua visita domiciliar de rotina. Desse modo, a rede de unidades pertencente a APS dos municípios analisados, apresenta-se orientada para o atendimento de demandas programadas e espontâneas.

Na análise do atributo integralidade (serviços prestados), os entrevistados atribuíram escore igual a 2 (dois), com resposta, 'provavelmente não', para os itens, aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. Este item é abordado com maior probabilidade durante as atividades com usuárias no puerpério e dada à sua demanda apresentada pelas mães. E o item, maneiras de lidar com conflitos que podem surgir de vez em quando, também obtiveram a mesma pontuação do anterior, haja vista serem questionamentos que são emitidos espontaneamente pelo usuário e que não constam como perguntas-padrão contempladas nos protocolos clínicos.

Com relação à orientação familiar, a todo paciente ou familiar e acompanhante é dada orientação a despeito de todo o processo saúde-doença no qual transcorre ao paciente que chega à unidade. É estabelecido um diálogo no qual o profissional contempla perguntas sobre doenças e problemas de saúde de modo a contemplar a análise integral da saúde do paciente e de seus contatos familiares e as equipes avaliadas mostraram-se dispostas e capacitadas a atender quais membros familiares de pacientes para discutir sobre os problemas de saúde do paciente ou outro que esteja comprometendo a saúde dos demais componentes familiares.

Quanto à orientação comunitária, a equipe da unidade faz visitas domiciliares semanalmente, para cumprir atenção aos usuários que não possam se descolar ao encontro dos serviços de saúde. Os profissionais da unidade ouvem as opiniões da comunidade, suas críticas e sugestões, realizam pesquisas com os pacientes de modo a reorientar o serviço, principalmente, no acolhimento aos pacientes crônicos e observa atentamente as deliberações do Conselho Municipal de Saúde do qual fazem parte. No entanto não faz parte de sua rotina realizar pesquisas na comunidade para identificar usuários que apresentem algum problema de saúde.

Conclusão

Acreditamos que a avaliação de cada atribuição da APS carrega consigo interpretações da realidade da qualidade dos serviços oferecido nas Unidades Básicas de Saúde avaliadas, como também nos sinaliza o impacto desta qualidade sobre o nível de saúde da população adscrita com reverberações extensivas por todo o Território de Vigilância em Saúde e município no qual as unidades de saúde avaliadas estão inseridas, isto posto dada a universalidade da atenção à toda a população.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde. Coleção para entender gestão do SUS, V.01 / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011.

KUSMA, S. Z. ; MOYSÉS, S. T. ; JORGE MOYSÉS, S. Promoção da saúde: perspectivas avaliativas para a saúde bucal na atenção primária em saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 28 Sup:S9-S19, 2012.

NUNES, A. F. ; COSTA, I. C. S. ; ANDRADE, A. M. Avaliação do monitoramento das ações descentralizadas de vigilância epidemiológica no estado da Bahia em 2006. Rev. Baiana Saúde Publica Miolo. v.34, n.3, 2011.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. *et al.* Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. Rev Saúde Pública;46(1):43-50, 2012.

SERRA, C. G. ; RODRIGUES, P. H. A. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 3):3579-3586, 2010.

Agradecimentos

Mensão honrosa aqueles que contribuíram para o desenvolvimento deste estudo.

AVALIAÇÃO MASCULINA SOBRE O ACESSO À ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SAÚDE DO HOMEM

Autor 1 (apresentador) Luiza Fernandes Sobrinha – Faculdade Vale do Salgado. E-mail: luiza1900@live.com

Autor 2 Cleciana Alves Cruz – Faculdade Vale do Salgado

Autor 3 José Pereira da Cruz Filho – Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte

Autor 4 Ursula Hérica dos Santos Moura – Faculdade Vale do Salgado

Autor 5 Kerma Márcia de Freitas – Faculdade Vale do Salgado

Autor 6 (Orientador) Maura Vanessa da Silva Sobreira – Faculdade Santa Maria

Palavras-chave: Avaliação. Saúde do homem. Saúde da família.

Resumo

Objetivou-se analisar o acesso da população masculina à Estratégia Saúde da Família. Estudo de campo, com abordagem qualitativa, desenvolvido na área de abrangência da Estratégia Saúde da Família Coração de Jesus, da cidade de Brejo Santo-CE, Brasil. Participaram da pesquisa 30 homens, cadastrados na Estratégia, de 20 a 59 anos. Os dados foram coletados em junho de 2011, por meio de entrevista semiestruturada, gravada por aparelho eletrônico e transcritas. Caracterizou-se a população do estudo e análise dos discursos referente a aspectos concernentes ao cerne da pesquisa. A discussão foi respaldada por literaturas acerca do homem no contexto das políticas públicas de saúde e gênero. Os resultados apontaram deficiência de conhecimento sobre a Estratégia Saúde da Família e uso do serviço na obrigatoriedade advinda de cuidado odontológico. Observou-se percepção de saúde perpassada por gênero, influência de comportamento quanto à promoção da saúde. Urge-se, assim, dos profissionais e gestores repensar a assistência, compreendendo-os acerca da interferência da masculinidade na atenção à saúde.

Introdução

A análise da saúde do homem encontra-se atrelada às modificações no âmbito da sociedade brasileira, sob concordância de ter-se, neste século, um novo paradigma na relação entre sociedade e políticas públicas de saúde. O poder exercido nas relações de gênero é resultante de representações sobre mulheres e homens. Estes são direcionados para o mundo público e da produção, exigindo, razão, objetividade, poder e liberdade, enquanto essas são direcionadas para o espaço privado e da reprodução, para os quais necessitam, sobretudo, da emoção, disciplina, afetividade e obediência a códigos morais estabelecidos social e culturalmente pelas instituições sociais. Os homens habituaram-se a comandar, a prover as necessidades da família e a evitar sempre que possível o contato com os espaços da saúde, sejam os consultórios médicos ou os corredores das unidades de saúde pública, orgulhando-se da não vulnerabilidade. Avessos à prevenção e ao autocuidado por considerá-los importantes apenas para as mães, as esposas e os filhos, quando os problemas surgem, é comum que retardem a procura por atendimento, permitindo que os casos se agravem. As mulheres, culturalmente grandes cuidadoras da saúde dos homens, alcançaram e desempenharam, no decorrer da história, conquistas e ideais diferentes e ímpares, refletindo mudança significativa em seu papel social. Em conjunto, as esferas estaduais e municipais que compõem solidariamente o SUS, compreendeu que para acelerar o alcance de melhores indicadores de qualidade de vida e padrões de vida mais longa, é essencial desenvolver cuidados específicos para o homem adulto. Não se trata de reduzir a ênfase à atenção aos demais grupos populacionais (BRASIL, 2009), mas reforçar a atenção aos homens para que se cuidem mais e modifiquem o aparelho prestador de serviços de saúde para que facilite o enfrentamento de problemas específicos do gênero masculino ou que nele encontram altas taxas de ocorrência. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) foi formulada para cobrir a totalidade dos municípios brasileiros para promover ações de saúde que contribuam significativamente para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político econômicos. Está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica, particularmente com suas estratégias de humanização, na busca pelo fortalecimento das ações e dos serviços disponibilizados para a população. O foco da área de atenção à saúde masculina é o grupo de 20 a 59 anos, o que permite ampla área de contato, especialmente com as faixas etárias limítrofes (adolescentes, idosos), e com a população feminina. Ênfase predominante está reservada para o trabalho de prevenção e de proteção básica à saúde, com fundamento no conceito mestre de que cada homem pode manter-se saudável em qualquer idade (BRASIL, 2009). O horário do funcionamento dos serviços de saúde coincide com a carga horária do trabalho desempenhada pelos homens, a marcação de consultas exige o enfrentamento de filas intermináveis (SCHRAIBER, 2010). Dessa forma, considerando as diferentes realidades apresentadas, emergiram os seguintes questionamentos: como ocorre o acesso da população masculina aos serviços de saúde da atenção básica? O que essa população imagina sobre esse acesso? Nesse sentido, despertou-se o almejo de pesquisar os motivos pelos quais os homens não frequentam a atenção básica, buscando por proteção e promoção da saúde, já que a grande maioria das patologias que o acometem é de causas evitáveis. Pretende-se, ao final da pesquisa, retornar aos dados da instituição de origem e provocar reflexão sobre essa problemática, buscando a melhoria da acessibilidade à Unidade Básica de Saúde pela população masculina. Tendo como objetivo verificar o acesso da população masculina à Estratégia Saúde da Família, e haja vista ser recente a política de saúde vigente, entende-se como de grande importância que o modelo de produção social da saúde e a compreensão dos determinantes e condicionantes sociais estejam em investigação e discussão, entre aqueles que atuam na organização, no gerenciamento, na prática das políticas e nos serviços de saúde no País.

Metodologia

Estudo do tipo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Coração de Jesus, do município de Brejo Santo-CE. Esse cenário foi escolhido por abranger as mais variadas classes sociais. A amostra intencional foi composta de 30 homens cadastrados na ESF e familiares das mulheres frequentadoras da unidade de saúde, tendo como critérios de inclusão: idade entre 20 e 59 anos, assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estarem cadastrados na Unidade Básica supracitada. E critérios de exclusão: idade inferior a 20 anos ou superior a 59 anos, não assinarem o TCLE, não estarem cadastrados na unidade referentes. Para o processamento da coleta de dados, foi utilizado questionário direcionado aos homens cadastrados na Unidade de Saúde da Família, os quais responderam a um instrumento não estruturado composto por duas partes: a primeira destinada a obter informações sobre a identificação dos sujeitos e a segunda que visou a contemplar os questionamentos referentes ao objetivo proposto pelo estudo. Salienta-se que este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, da Faculdade Santa Maria, conforme protocolo número 64302/2011. O estudo respeitou os critérios estabelecidos pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, assegurando os direitos e deveres no que diz respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa. Para garantir o anonimato dos entrevistados, os nomes destes foram substituídos durante a apresentação e

análise dos dados por representantes da Medicina Tradicional Chinesa (MTC), em especial a Era do Imperador Amarelo (2704-2100 a.C.), com a denominação de seus meridianos. Os dados foram coletados entre setembro e outubro de 2010, na Unidade de Saúde da Família Coração de Jesus, Brejo Santo-CE, com data e horários previamente agendados pela Coordenação da Atenção Básica. Optou-se pela técnica de análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), a qual permite elucidar o tema e consiste na identificação da Ideia Central (IC) presente em cada um dos discursos individuais, sendo que estes nomes ou expressões linguísticas revelam e descrevem mais sintética, precisa e fidedignamente possível o sentido de cada um dos discursos analisados e conjunto homogêneo de expressões centrais, que dão origem ao DSC (LEFÉVRE; LEFÉVRE, 2011). O processo analítico operacionalizado seguiu sequencialmente os passos: seleção das expressões-chave de cada discurso; identificação da ideia-central de cada expressão-chave, construindo a síntese do conteúdo; identificação da ideia central semelhantes ou complementares; reunião das expressões chave referentes às ideias centrais.

Resultados e Discussão

Apresenta-se a opinião dos homens, através de seus discursos, quanto à função da ESF, destacando o atendimento à população, a prestação de serviços, o atendimento gratuito, o apoio à saúde, a condição econômica, o descongestionamento de hospitais e os princípios do SUS. IC 1 – Qual a função da Estratégia de Saúde da Família (ESF)? Atender à população: “Prestar atendimento à população como um todo...” (Shaoshang). “Ajudar na saúde da comunidade, melhorando a vida das pessoas...” (Yuji). Condição econômica: “Atender as famílias mais carentes, que precisam mais...” (Shenmen). “Atender as famílias mais carentes e mais distantes da zona urbana...” (Shaofu). Descongestionar hospitais: “Agilizar o serviço de saúde e diminuir o fluxo nos hospitais...” (Yinbai). Princípios do SUS: “Prestar auxílio de prevenção e promoção para com a comunidade...” (Dadu). Diante os discursos, percebeu-se que alguns homens ainda possuem preconceito em relação à ESF, talvez, por isso procurem outros serviços de saúde. Para um atendimento adequado acerca da atenção básica, faz-se necessário que a população reconheça a função e oferta da mesma, isso ocorre através do interesse da própria população em procurar pelo serviço oferecido e ao mesmo tempo do serviço em divulgar suas atribuições, sempre obedecendo aos padrões sociais, econômicos, estruturais e culturais de uma comunidade. A ESF destina-se a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades proporcionadas pelos princípios básicos do SUS, características do nível primário de atenção (BRASIL, 2001). Acredita-se que as unidades básicas sejam capazes de solucionar problemas de saúde de suas comunidades, prestando atendimento gratuito independentemente da condição econômica e/ou social, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população. Quando questionados quanto à procura de atendimento, a maioria, 57% responderam que já haviam procurado, mas apenas por atendimento odontológico. E os demais, 43%, nunca a procuraram, apenas viram esposas, mães, pais, filhos ou sobrinhos buscarem por medicação para hipertensão e diabetes, consultas, exames, vacinas e citológico. IC 2 – Procurou a Unidade para ser atendido? Não: “Minha mulher que faz prevenção lá e leva os meninos para vacinar...” (Taipai). “Nunca precisei, meu pai que vai pegar remédio para pressão...” (Shangqiu). “Eu não, minha mãe todo mês tá lá para receber o remédio da diabetes dela...” (Yinlingquan). “Eu não preciso dessas coisas não, não sinto nada...” (Dadum). Sim: “De vez enquanto eu vou...” (Xingjian). “Já, eu fui ao dentista...” (Taichong). A ESF não se restringe ao atendimento odontológico, existe uma gama de serviços oferecidos para proporcionar um estilo de vida saudável ao homem e sua família, e sempre existindo o efeito espelho, o que acontece com um membro familiar reflete nos demais. Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, tem-se especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados pelo SUS, com ênfase no fortalecimento e na qualificação Estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde com destaque para a promoção de atividade física, de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; e cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento (GOMES, 2008). Grande parte deles não soube avaliar a ESF pelo simples fato de não a procurar, outros opinaram em detrimento de pareceres e comentários de terceiros ou em relação ao atendimento oferecido pelo serviço odontológico. Mesmo os que avaliaram como demorado, também citaram o dentista. IC 3 – O que achou do atendimento? Gostou? Bom: “Minha mulher nunca reclamou...” (Zhongfen). “Resolveu logo meu problema” (Ququan). Demorado: “É gente demais...” (Rangu). “Ainda hoje espero um encaminhamento para fazer canal de meu dente” (Fuliu). Não sabem: “Não sei dizer não” (Taipai). “Eu nunca precisei, e não sei responder...” (Dadum). Isso reforça, mais uma vez, a influência cultural existente nessa localidade, sendo percebida, quando se coloca em questão, a avaliação masculina acerca do atendimento oferecido. Nunca procuram e por quase nunca se constata homens relatarem ida à unidade para atendimento, não odontológico, sem apresentar nenhuma manifestação clínica, também não procura. Além disso, quando apresentam alguma sintomatologia se dirigem ao hospital, pois acreditam na rapidez e eficiência. Além do médico, devem integrar a equipe multiprofissional os seguintes profissionais de saúde: enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, professor de educação física, farmacêutico e agentes comunitários de saúde. Apesar de a Política de Saúde do Homem não está implantada na cidade, e da mesma ter sido criada em prol do levantamento constante do Ministério da Saúde, existem alguns serviços prestados que, de certa forma, envolviam a população masculina, entretanto estes também não participavam devido ao culturalismo. Quando realizavam tratamento no serviço, os entrevistados referiram-se ao tratamento dentário, vezes isoladas buscaram por atendimento médico para acompanhamento de patologia já instalada, além de encaminhamento para tratamento em setor especializado, existindo, ainda, aqueles que nunca o buscaram. IC 4 – Qual a dificuldade encontrada ao chegar à Unidade? Sem dificuldades: “Não tem dificuldade nenhuma...” (Xingjian). Demora: “Tem muita gente para ser atendido, aí demora demais...” (Fuliu). Masculinidade: “Eu fico sem jeito, é um monte de mulher para ser atendida e eu sozinho no meio, é muito ruim...” (Dadum). Partindo dessa premissa, a pesquisa tentou verificar as dificuldades expostas pelo homem ao chegar à unidade, há os que desconhecem, os que destacam a não dificuldade de acesso, os que defendem a demora. Como se observou, para que as ações de saúde direcionadas a homens obtenham êxito, outras referências de identidade para o ser homem devem ser consideradas. Além dos modelos de masculinidades, existem outras referências indenitárias, como a classe social, a raça/etnia e o grupo etário (SCHRAIBER, 2010). Os homens sugeriram o que deveria ser modificado para o melhoramento das condições e da assistência à saúde. As mesmas variaram de estrutura física até horários, existindo opiniões mais radicais, as quais anunciaram a necessidade mudança total. IC 5 – O que a unidade de saúde do local onde mora faz para os homens frequentá-la rotineiramente? Nada: “Não fazem nada...” (Jianshi). “Nada...” (Dadu). Os homens não procuram pela atenção básica, na grande maioria dos casos, em virtude da masculinidade, literaturas mostram que, geralmente, as parceiras são as grandes incentivadoras dessa procura e, mesmo assim, o acesso ainda assim se torna complicado em prol dessa resistência assegurada pela virilidade, de acordo com Oliveira; Egry, 200; Figueiredo; Santos; Leite, 2007. Em resumo, diante das reflexões acerca das categorias oriundas das falas dos entrevistados, convém ressaltar que a resolutividade de assuntos inerentes à saúde, no âmbito da atenção básica, vela expectativas que fundamentam as ações masculinas no contexto da prevenção (BRITO; SANTOS; MACIEL, 2010). De acordo com a observação, cabe à equipe da ESF a responsabilidade de desenvolver ações voltadas para as verdadeiras necessidades da população masculina e, assim, ampliar a sua visão quanto aos propósitos desse modelo de atenção à saúde. A dificuldade de acesso e o funcionamento dos serviços foi outro argumento utilizado para justificar presença mais rara na atenção primária, reafirmando

a literatura. Pois, consideraram que o atendimento deveria ser rápido e pontual e, por isso, priorizaram os hospitais e os prontos socorros. Muitos reclamaram sobre a carência de profissionais e de frequentes adiamentos das consultas ou exames, ou até da ausência de urologista, que lhes parece profissional mais apropriado. Sinalizaram a ausência de medicamentos ou outros recursos e apontaram a qualidade baixa do atendimento (BRASIL, 2006), segundo suas referências de bons cuidados, centradas no médico – marca da medicalização.

Conclusão

A partir deste estudo, foi possível compreender como homens avaliavam a ESF em relação às formas de acesso. Além disso, destaca-se à escassez de conhecimentos dos homens em relação à função da ESF, sugerindo seu afastamento dos serviços oferecidos por ela. Possibilitou, ainda, melhor entendimento acerca das concepções de masculinidade que influenciam diretamente o comportamento dos homens em relação à saúde. Assim, compreendeu-se que eles aduziam diferentes motivos para justificarem a ausência, pois buscavam pelo atendimento em saúde apenas quando acometidos de algum sintoma desconfortável na busca por encaminhamento ou transferência, ou ainda, para recebimento de assistência odontológica. Espera-se contribuir para que a área da saúde possa promover ações voltadas para os homens e mulheres, como suas incentivadoras, tendo em vista que vários comprometimentos da saúde do homem podem ocorrer em função de estilos de vida estruturados com base em modelos de masculinidade. Junto a tais considerações, vale mencionar as dificuldades enfrentadas pelas equipes de saúde em conseguir a participação masculina nas ações de saúde, problematizado pela socialização masculina, quando não tratados os aspectos como o cuidar de si, a valorização do corpo no sentido da saúde e o cuidar dos outros, em geral.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2009.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Programa saúde da família. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. The Collective Subject that speaks. Interface (Botucatu) [on-line]. 2007; [cited 2012 Feb 28]; 3(n. esp.). Disponível em: http://socialsciences.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000100015&lng=en&nrm=iso, acessado em 20 de maio de 2011.

Gomes R. Sexualidade masculina, Gênero e Saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008.

Schraiber LB. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. Cad Saúde Pública. 2010; 5(26):961-70.

Oliveira MAC, Egry EY. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. Rev Esc Enferm USP. 2000; 34(1):9-15.

Lima PC, Silva AB, Traldi MC. Determinantes do processo saúde-doença: identificação e registro na consulta de enfermagem. Intellectus. 2008; 4(5):52-9.

Figueiredo NMA, Santos I, Leite JL. A linguagem/cultura da saúde e da doença. In: Figueiredo NMA, Tonini T, organizadore. SUS e PSF para Enfermagem: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva. 1º ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora; 2007. Cap. 2. p. 65- 83.

Brito RS, Santos DLA, Maciel PSO. Olhar masculino acerca do atendimento na Estratégia Saúde da Família. Rev Rene. 2010; 11(4):135-42.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde (MS); 2006.

Agradecimentos

As instituições às quais pertencemos e aos participantes do estudo que permitiram a viabilidade deste.

AValiação MULTIDIMENSIONAL PARA A PESSOA IDOSA: INSTRUMENTO FAVORÁVEL PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Fernanda Jorge Magalhães (apresentadora) – Universidade Federal do Ceará. Email: fernandajmagfalhaes@yahoo.com.br

Patrícia Rebouças Araújo – Universidade Federal do Ceará.

Gilvan Ferreira Felipe – Universidade Federal do Ceará.

Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientadora) – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Avaliação Geriátrica. Programa Saúde da Família. Promoção da Saúde.

Resumo

O objetivo foi identificar os fatores de risco para o declínio funcional da pessoa idosa presentes em idosos em um Centro de Saúde da Família (CSF) e; estratificar o nível de necessidade de autocuidado apoiado desse indivíduo a partir do Modelo de Pirâmide de Risco (MPR). Estudo descritivo e quantitativo realizado em um CSF de Fortaleza-Ceará-Brasil, cuja amostra foi de 122 idosos, para a coleta utilizou-se a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRI). Como resultados obtiveram-se os fatores de risco: baixa escolaridade, baixa renda familiar, alterações nos domínios de nutrição, atividade sexual; humor e/ou depressão; domicílio e queda, estando com maior frequência do nível de 2 do MPR. Conclui-se que a AMRI é tida como uma ferramenta favorável na identificação dos fatores de risco para o declínio funcional do idoso, e serve para a estratificação do nível de condição crônica e necessidade de autocuidado apoiado a partir do MPR.

Introdução

O mundo está envelhecendo (BRASIL, 2006) e chegar à velhice é uma realidade populacional, mesmo nos países mais pobres. Em todo o mundo, a proporção de pessoas com 60 anos ou mais está crescendo mais rapidamente que a de qualquer outra faixa etária. Em 2025, acredita-se que existirá um total de aproximadamente 1,2 bilhões de pessoas idosas. Já até 2050, evidencia-se que haverá cerca de dois bilhões de pessoas nessa faixa etária, sendo 80% nos países em desenvolvimento (OMS, 2005; VERAS, 2009).

Frente à transição demográfica e epidemiológica do aumento de idosos, percebeu-se a necessidade de elaborar políticas públicas de saúde e novas estratégias de promoção da saúde para esses indivíduos, de modo que estas sejam direcionadas a capacitar o idoso como sujeito ativo no processo de autocuidado, com integração social, suporte familiar, independência econômica, bem como possa torná-lo capaz de produzir oportunidades de envelhecimento saudável e interação entre saúde física e mental.

Assim, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem investido nas esferas de gestão municipal, estadual e federal, com vistas a construir essas políticas públicas que, por um processo de criação de consensos e responsabilização compartilhada, trabalhem por uma saúde integral, holística, centrada na pessoa e na família com atuação na prevenção de doenças e agravos, bem como na promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 2008).

Dentre as principais políticas de saúde direcionadas ao idoso, tem-se a Política Nacional do Idoso (PNI) a qual traz como embasamento o envelhecimento saudável, que implica na interação entre saúde física e mental, com independência nas atividades de vida diária, integração social, o suporte familiar e a independência econômica. Como diretrizes há a prioridade de atendimento domiciliar; estímulo à capacitação dos profissionais da saúde na área da Gerontologia; descentralização político-administrativa e divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados à terceira idade e ao envelhecimento.

Busca-se oferecer maior resolutividade às necessidades da população idosa na Atenção Básica. A PNI elaborou o Caderno de Atenção ao Idoso com a finalidade de oferecer subsídios técnicos específicos a essa população de forma a facilitar a prática diária dos profissionais da saúde que atuam na primeira esfera de atenção à saúde, disponibilizando instrumentos e promovendo discussões atualizadas no intuito de auxiliar a adoção de condutas adequadas à prevenção de agravos e promoção da saúde da população idosa (BRASIL, 2006).

O referido Caderno de Atenção Básica traz a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRPI), a qual é considerada uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional da pessoa idosa e que representa uma avaliação rápida que pode ser utilizada para identificar fatores de risco condicionantes ao declínio funcional de pessoas idosas e, também, possibilita a indicação de outros instrumentos mais complexos, quando necessário (BRASIL, 2006).

Diante desse contexto, surgiu um questionamento: o instrumento de AMRPI pode ser considerado uma ferramenta de identificação dos fatores de risco para o declínio funcional da pessoa idosa e facilitadora para estratificar o nível de necessidade de autocuidado apoiado desse indivíduo?

Acredita-se que a resolução desse questionamento possa subsidiar a utilização da AMRPI como instrumento favorável para fornecer características, fatores de risco relacionados à condição de saúde da pessoa idosa de maneira a estratificar o risco para o declínio funcional do idoso, o qual este pode ser subsidiado pelo Modelo de Pirâmide de Risco (MPR). Espera-se, também, que este instrumento possa auxiliar os indicadores técnicos e a prática baseada em evidências de estratégias de promoção de saúde e no incentivo ao envelhecimento saudável com estímulo à capacitação desse usuário de saúde como sujeito ativo no autocuidado apoiado, além de detectar precocemente alterações na condição do idoso, possibilitando a prevenção de agravos e possíveis complicações embasadas pelos treze domínios de avaliação de tal instrumento.

Portanto, o objetivo do estudo foi identificar os fatores de risco, para o declínio funcional da pessoa idosa avaliada a partir do instrumento AMRPI, presentes em idosos atendidos em um Centro de Saúde da Família (CSF) e; estratificar a partir de tais fatores o nível de necessidade de autocuidado apoiado desse indivíduo a partir do MPR.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e natureza quantitativa. O local foi um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado em Fortaleza-Ceará-Brasil.

A população do estudo foi composta por 656 idosos cadastrados na referida Centro de Saúde da Família. A amostra foi calculada a partir da fórmula indicada para o cálculo em estudos transversais de população finita com estabelecimento de 122 idosos. Os critérios de inclusão do estudo foram: ter idade igual ou superior a 60 anos de idade; comparecer ao CSF no período de coleta de dados ou aceitar a realização da avaliação mediante uma visita domiciliar; estar orientado e verbalizando para possibilitar a participação na Consulta Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Como critérios de exclusão tiveram-se: ter uma deficiência incapacitante de participar da consulta, tais como cegueira total, surdez total ou retardo mental.

A coleta de dados foi realizada por profissionais da saúde como: assistentes sociais, fisioterapeutas, farmacêuticos e fonoaudiólogos

que compõem a equipe do CSF, de forma individual, mediante convocação prévia dos idosos por parte dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com entrega de convites impressos contendo informações e encontros dos grupos de hipertensão e diabetes (Hiperdia) das quatro equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), durante visitas domiciliares acompanhadas pelos ACS das respectivas micro-áreas, e por livre demanda no CSF.

O instrumento de avaliação utilizado foi a AMRPI composto por treze domínios de investigação que contempla, respectivamente, nutrição, visão, audição, eliminação, atividade sexual, humor, cognição e memória, função dos membros superiores e inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social. Cada um desses domínios e avaliou-se o idoso conforme Quadro 1:

Quadro 1: Domínios do instrumento: Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Fortaleza-CE, 2013.

Domínio	Avaliação
1º Domínio: Nutrição	Indagou-se quanto a perda ponderal superior a 4 kg no último ano, sem razão específica e dados antropométricos como peso atual, altura e Índice de Massa Corporal (IMC).
2º Domínio: Visão	Questionou quanto à presença de dificuldade para dirigir, ver TV ou fazer qualquer outra atividade de vida diária devido a problemas visuais
3º Domínio: Audição	Aplicado o teste do sussurro para ambos os ouvidos e verificada presença de cerume, quando constatada dificuldade auditiva.
4º Domínio: Incontinência	Questionou quanto à ocorrência de perda de urina acidental. Nos casos de resposta positiva, indagou-se quanto à frequência de episódios, sensação de desconforto ou desconforto, quantidade de líquido dispensada e possíveis causas.
5º Domínio: Atividade Sexual	Interrogou sobre a existência de problemas na capacidade de desfrutar do prazer nas relações sexuais.
6º Domínio: Humor e/ou Depressão	Questionou-se sobre o sentimento de tristeza ou desânimos frequentes.
7º Domínio: Cognição e memória	Solicitado que os idosos repetissem junto com o pesquisador o nome dos seguintes objetos: mesa, maçã e dinheiro. Após três minutos pediu-se para que os idosos repetissem sozinhos os referidos nomes.
8º Domínio: Função dos MMSS	Pediu-se para que os idosos tocassem a nuca com ambas as mãos, e para avaliação distal, que apanhassem um lápis sobre a mesa com cada uma das mãos e colocassem-no de volta.
9º Domínio: Função dos MMII	Avaliou-se a capacidade dos idosos de levantar-se da cadeira, caminhar cerca de 3,5 m, voltar e sentar-se novamente, enquanto o pesquisador observava a presença de dor durante o teste, a amplitude de movimentos, equilíbrio, e as características da marcha. Para os considerados incapacitados foi realizado exame completo dos membros inferiores (MMII) atentando novamente para presença de dor, fraqueza muscular e limitação de movimentos sendo aplicadas também a Escala de Avaliação do Equilíbrio e da Marcha de Tinetti e Medida de Independência Funcional (MIF).
10º Domínio: Atividades Diárias	Interrogados sobre a capacidade de sair da cama, vestir-se, preparar suas refeições e fazer compras sem o auxílio de outra pessoa. Nos casos de incapacidade foram investigadas as razões e/ou limitações físicas ou motivacionais.
11º Domínio: Domicílio	Averiguou-se a segurança do domicílio quanto à promoção de acidentes, questionando- quanto à presença de escadas, tapetes soltos e corrimão no banheiro em suas residências.
12º Domínio: Queda	Perguntou-se sobre quantos episódios de queda os idosos sofreram no último ano
13º Domínio: Suporte Social	Identificou as pessoas que poderiam ser capazes de ajudá-lo(a) em caso de doença ou incapacitação.

Os dados foram armazenados em um banco de dados do *Micorsoft Excel®*, sendo apresentados em forma de tabelas, pois esses são os melhores meios para visualizar os dados encontrados. Após a tabulação, os dados foram analisados com estatística descritiva e fundamentados na literatura pertinente à temática, além da estratificação dos níveis de necessidade de autocuidado apoiado com o MPR.

Esse modelo foi desenvolvido pela Kaiser Permanente e é utilizado em vários países constituindo a base da estratificação dos riscos no manejo das condições crônicas (MENDES, 2012). A programação da ESF deve ser feita por estratos de riscos, em conformidade com o MPR, já que a programação por estratos de risco é importante para os manejos clínicos e a cobertura de recursos humanos são diferenciados por estratos. A qual permite a aplicação de critérios para estratificar as pessoas portadoras de condições crônicas em três grupos. O primeiro grupo seria constituído por portadores de condição leve, mas com forte capacidade de autocuidado e/ou com sólida rede social de apoio. O segundo constituído por portadores de condição moderada. O terceiro constituído por portadores de condição severa e instável e com baixa capacidade para o autocuidado, conforme Figura 1.

Figura 1: Modelo Pirâmide de Risco.



O estudo foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, recebendo parecer favorável para o seu desenvolvimento sob protocolo n.º 295/10.

Resultados e Discussão

O presente estudo verificou os fatores de risco para o declínio funcional da pessoa idosa, avaliada a partir do instrumento AMRPI. Para isso, a Quadro 2 descreve os resultados predominantes das características e dos domínios em análise, bem como os níveis de necessidade de autocuidado apoiado a partir do MPR.

Quadro 2: Resultados predominantes da Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Fortaleza-CE, 2013.

Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa	Fator de risco para o declínio funcional da pessoa idosa	f (%)	Nível do MPR
Característica do Idoso			
Sexo	Feminino	68,0	Nível 1
Escolaridade	1 a 4 anos de estudo	57	
Ocupação	Aposentado	63,1	
Renda Familiar	≤ 1 Salário Mínimo	45,9	
Domínios de Avaliação			
1º Domínio: Nutrição	Perda de peso corporal Feminina Sobrepeso (≥ 28 e < 30 kg/m²) e Obesidade (≥ 30 kg/m²) Feminina	83,3 70	Nível 2
2º Domínio: Visão	Sem déficit visual	89,3	Nível 1
3º Domínio: Audição	Teste do sussurro positivo	96,7	Nível 1
4º Domínio: Incontinência	Ausente	74,6	Nível 1
5º Domínio: Atividade Sexual	Não possuir mais vida sexual ativa	47,6	Nível 2
6º Domínio: Humor e/ou Depressão	Não se sente triste ou desanimado com frequência	73	Nível 1
	Escala de Depressão Geriátrica com Depressão leve (de 6 a 10 pontos)	78,8	Nível 2
7º Domínio: Cognição e memória	Lembra três palavras após 3 minutos (n=122)	77,9	Nível 1
	MEEM (n=27)	51,9	Nível 2
	Teste do Relógio - Positivo para déficit (n=27)	55,6	Nível 2
	Fluência Verbal (n=27) - Negativo para déficit	51,9	Nível 2
8º Domínio: Função dos MMSS	Adequada avaliação dos membros superiores	98,4	Nível 1
9º Domínio: Função dos MMII	Adequada avaliação dos membros inferiores	100	Nível 1
10º Domínio: Atividades Diárias	Consegue realizar suas atividades diárias	96,7 a 100	Nível 1
11º Domínio: Domicílio	Falta de adequações para o domicilio	91,8	Nível 2
12º Domínio: Queda	Relato de ocorrência de quedas no último ano	69,7	Nível 2
13º Domínio: Suporte Social	Possui potencial cuidador	88,5	Nível 1

Dentre os fatores de risco para o declínio funcional da pessoa idosa percebeu-se características dos idosos como baixo nível educacional (57%), aposentados (63,1%) e com baixa renda familiar (45,9%). Isso condiz com os resultados de um estudo realizado por Costa, Nakatani e Bachion (2006), no qual 53,7% eram alfabetizados e possuíam o ensino fundamental incompleto.

Com relação aos fatores de risco, perceberam-se alterações fisiológicas nos idosos avaliados em cinco domínios os quais são: 1º Domínio: Nutrição com perda de peso (83,3%) e alteração do peso para mais como sobrepeso e obesidade em mulheres (70%); 5º Domínio: Atividade Sexual em que 47,6% relataram falta de vida sexual; 6º Domínio: Humor e/ou Depressão (78,8%) com avaliação da Escala de Depressão Geriátrica e obtenção de Depressão leve; 11º Domínio: Domicílio com 91,8% dos idosos referindo a necessidade de adequações para o domicílio e; 12º Domínio: relato de 69,7% episódios de quedas no último ano.

No que se referem à condição nutricional tais dados corroboram com um estudo realizado com 503 idosos residentes em Dourados – MS em que se verificou que os idosos com risco nutricional elevado apresentaram as seguintes características: mulheres, analfabetos, portadores de doenças crônicas e baixo poder aquisitivo, corroborando com os achados de outros estudos nacionais e internacionais, inclusive com o perfil dos idosos encontrados no presente estudo (ALVARENGA *et al.*, 2010).

Em que concerne ao domínio de Atividade Sexual, em um estudo transcultural verificou que 80% das brasileiras, 57% das portuguesas e 96% dos portugueses consideram a satisfação sexual importante para o sucesso de um casamento, mas apenas cerca da metade dos que vivem atualmente em casal se consideram sexualmente satisfeitos, de modo a confirmar a ideia de que saúde e oportunidade são indispensáveis, mas não suficientes, para assegurar a manutenção da vida sexual (VASCONCELLOS *et al.*, 2004).

Quanto ao Humor e/ou Depressão os resultados contrapõe-se com os de uma pesquisa desenvolvida por Oliveira, Gomes e Oliveira (2006) com 118 idosos de Brasília-DF em que se observou 31% dos idosos com depressão, alcançando mais de cinco pontos no escore utilizado. Os 69% restantes não foram caracterizados como depressivos, tendo em vista que seu escore variou entre zero e cinco pontos. Dentre os deprimidos, 26% apresentavam depressão leve ou moderada (escore de 6 a 10 pontos) e 4% depressão grave

(escore de 11 pontos ou maior).

No que se refere ao domínio de Domicílio e Queda verificou-se condições de insegurança para os idosos e grande risco de queda. Isso, da mesma forma, com o estudo realizado por Cardoso e Cardoso (2008) o qual também demonstrou resultados significativos quanto à insegurança do domicílio onde residem idosos, na qual 49% dos idosos apresentaram relatos de riscos domiciliares. Os quais tais dados demonstram que as quedas são marcadores de fragilidade e da perda de capacidade funcional, as quais interferem de forma negativa na vida do idoso (RICCI *et al.*, 2010).

A partir da análise por estratificação sob o MPR pode-se perceber que 7 dos 13 domínios em avaliação pela AMRPI corresponderam ao nível 2 o qual descreve um a média necessidade de autocuidado apoiado e que representa 20-30% das pessoas com condição crônica complexa (MENDES, 2012). Para isso, torna-se evidente a necessidade de reconhecer as características clínicas e sociodemográficas, bem como os fatores de risco desses idosos a fim de realizar um diagnóstico situacional e realizar intervenções direcionadas a um cuidado centrado na pessoa, na família e na comunidade em que está inserido, favorecendo, portanto, um envelhecimento saudável.

Conclusão

Conclui-se que o instrumento Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa permitiu a identificação dos fatores de risco para o declínio funcional da pessoa idosa presentes em idosos atendidos em um Centro de Saúde da Família (CSF), tais como: baixa escolaridade, baixa renda familiar, alterações nos domínios de nutrição, atividade sexual; humor e/ou depressão; domicílio e queda, estando com maior frequência do Nível de 2 do MPR.

Acredita-se que a AMRPI é tida como uma ferramenta de tecnologia em saúde favorável na identificação desses fatores de risco, bem como possibilita realizar um diagnóstico situacional desse tipo de população assim como serve para a estratificação do nível de condição crônica e necessidade de autocuidado apoiado a partir do MPR. Dessa forma, contribui para a prática clínica em saúde da equipe multidisciplinar, já que a partir da identificação de tais dados é possível realizar encaminhamentos para diferentes profissionais da saúde, bem como possibilitar utilizarem-se as estratégias de promoção da saúde.

Como limitações do estudo, destacam-se que o formulário utilizado para a AMRPI possui algumas dificuldades para ser preenchido, devido algumas perguntas não estarem claras, segundo os participantes da coleta de dados, ao tamanho do mesmo e a quantidade excessiva de anexos com escalas para complementar a avaliação do idoso. Além disso, não é contemplada a saúde bucal do idoso.

Referências

ALVARENGA, M. R.M.; OLIVEIRA, M. A. C.; FACCENDA, O.I; AMENDOLA, F. Avaliação do risco nutricional em idosos atendidos por Equipes de Saúde da Família. Rev. Esc. Enferm USP. v. 44, n. 4, p.:1046-51, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

COSTA, E. C. ; NAKATANI, A. Y. K.; [BACHION, M. M.](#) Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária. [Acta Paulista de Enfermagem](#). São Paulo, v. 19, n. 1, p.43-48, 2006.

MENDES, E.V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p

RICCI, N. A.; LIMA, L.R.; SANTOS, W.S.; SOUZA, J. M. O.; FUNGHETTO, S. S.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; STIVAL, M. M. Fatores associados ao histórico de quedas de idosos assistidos pelo Programa de Saúde da Família. Saude soc. v. 19, n. 4, 2010.

VASCONCELLOS, D.; NOVO, R. F.; CASTROLL, O.P.; VION-DURY, K.; RUSCHE, A.; COUTO, M. C. P. P.; COLOMBY, P.; GIAMI, A. Sexuality in ageing process: a new guideline transcultural comparison. Estud. Psicol., v.9, n.3, p. 413-419, set-dez, 2004.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. Rev Saúde Pública. v.43, n.3, p.:548-54, 2009.

WHO. World Health Organization. Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.

Agradecimentos

É preciso agradecer aos profissionais e idosos participantes desse estudo. A Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico – FUNCAP.

AVALIAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA: UMA ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Stefany Rodruigues Cardoso – Universidade Federal do Piauí- UFPI

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

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

José Diego Marques Santos– Universidade Federal do Piauí- UFPI

Ingrid Moura de Abreu – Universidade Federal do Piauí- UFPI

Chrystiany Plácido de Brito Vieira (Orientadora) – Universidade Federal do Piauí- UFPI

Palavras-chave: Envelhecimento. Promoção da saúde. Prevenção de doenças. Enfermagem.

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo descrever uma experiência de acadêmicos de enfermagem em uma atividade de Promoção da Saúde direcionada à pessoa idosa. Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública no município de Teresina, Piauí, durante uma atividade teórico-prática das disciplinas Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem e Saúde do Adulto e do Idoso I. A atividade foi composta de 3 momentos: No primeiro momento da atividade (avaliação física) identificaram que algumas das idosas estavam acima do peso; no segundo momento (avaliação funcional), detectou-se mediante a aplicação de escalas já validadas que as idosas avaliadas encontram-se com estado mental e função cognitiva, bem como a independência nas atividades de vida diárias satisfatórias; no terceiro e último momento (dinâmica em grupo), a avaliação dos cartazes confeccionados e a explicação dialogada das participantes sobre envelhecimento ativo, permitiu inferir que as mesmas vivenciam um envelhecimento ativo. Essa atividade foi de significativa relevância para o grupo, pela oportunidade de aplicação de conteúdos ministrados em sala de aula em um cenário de promoção da saúde. Durante a atividade foi possível realizar uma avaliação de enfermagem pautada no exame físico e na avaliação funcional.

Introdução

O envelhecimento populacional tornou-se uma questão social sujeito a intervenções do Estado e, apesar dos avanços das políticas públicas de atenção ao segmento do idoso, há ainda muitos desafios para sua viabilização. Da parte do Estado, decorre do número reduzido de Instituições com estrutura adequada para responder às demandas de idosos, principalmente habilitados e comprometidos com as expressões da questão social que envolve a velhice e o envelhecimento no país (MAIA *et al.*, 2014).

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o 6º país do mundo em número de idosos. O aumento da expectativa média de vida também vem aumentando acentuadamente, no entanto precisa ser acompanhado pela melhoria na manutenção e qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2002).

Como o Brasil está passando por um momento de transição demográfica, onde está configurado o aumento da população idosa, essa mudança no perfil etário indica grandes despesas no setor de saúde, uma vez que as doenças que acometem os idosos são crônicas e consequentemente duradouras, exigindo a busca constante pelo Sistema Único de Saúde. Importa saber se os serviços respondem satisfatoriamente às demandas trazidas pelos idosos e quais são essas demandas (MAIA *et al*, 2014).

O aumento da população idosa acaba exigindo dos gestores mudanças nos modelos assistenciais, acarretando crescimento nas despesas com tratamento médico e hospitalar. Por isso, existe a necessidade de prevenir doenças, oferecendo condições de vida e saúde para esta população. Para avaliar o nível de adaptação e a satisfação do idoso com o processo de envelhecimento, tem sido aplicada a avaliação multidimensional do idoso (NUNES, 2008).

Para Papaléo Netto, Yuaso e Nunes (2006) a avaliação multidimensional é vista como um processo diagnóstico multidimensional, frequentemente interdisciplinar, planejado para detectar problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com o desígnio de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo.

Para Figueiredo e Tononi (2006) ela tem por finalidade: diminuir a mortalidade por incapacidade funcional/mental diagnosticadas tardiamente; evitar ou diminuir a hospitalização e o consumo de medicamentos desnecessários; avaliar a capacidade funcional; evitando ao máximo a ocorrência de incapacidade física para caminhar, ir ao banheiro, vestir-se, cuidar do próprio corpo (atividades da vida diária); avaliar como o idoso está se relacionando com os outros ao sair de casa, pagar suas contas, fazer compras, atender ao telefone e avaliar como eles estão pensando, memorizando os ânimos e a vontade de viver.

Nesse contexto, esse trabalho tem como objetivo descrever uma experiência de acadêmicos de enfermagem em uma atividade de Promoção da Saúde direcionada à pessoa idosa.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública no município de Teresina, Piauí, durante uma atividade teórico-prática das disciplinas Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem e Saúde do Adulto e do Idoso I, disciplinas do 4º e 6º períodos do curso. A atividade contou com a participação dos docentes e alunos das duas disciplinas, com o objetivo de realizar uma integração voltada para avaliação física e funcional do idoso. O público-alvo foi formado por 30 idosas integrantes do grupo “Rosas do Entardecer”.

A atividade foi dividida em três momentos: no primeiro foi realizada verificação de pressão arterial e de medidas antropométricas (peso, altura, cintura e quadril) para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e relação cintura-quadril pelos alunos da disciplina Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem; no segundo momento, os alunos da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso I aplicaram as escalas do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Lawton e Index de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz para avaliação cognitiva e do grau de independência para atividades diárias; e no terceiro momento, após as avaliações e devidas orientações, realizou-se uma dinâmica em grupo na qual as idosas foram estimuladas inicialmente a montarem cartazes, por meio de recortes de figuras e elaboração de frases, com a temática envelhecimento ativo. Ao final, em uma roda de conversa, todas apresentaram suas ideias e discutiu-se temas relacionados com envelhecimento saudável.

Resultados e Discussão

O envelhecimento é hoje uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades (MORAIS; RODRIGUES; GEHARDT, 2008).

Os alunos perceberam que as idosas tem uma vida ativa, buscam serviços de saúde e atividades que estimulem seu bem estar, porém ainda tinha um conhecimento reduzido acerca do envelhecer ativo e da promoção da saúde.

Um dos desafios na educação superior em enfermagem é ensinar a realizar o raciocínio diagnóstico, mediante o emprego de habilidades cognitivas e dedutivas, de modo que o processo seja rápido, eficaz e acurado (GÓES *et al.*, 2013).

Os acadêmicos no primeiro momento da atividade (avaliação física) identificaram que algumas das idosas estavam acima do peso, e assim prestaram esclarecimentos acerca desse problema, orientando uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos rotineira, levando-se em consideração a escuta dos hábitos de vida e condição social das mesmas, direcionando, assim, uma intervenção mais coerente e individual para cada uma delas.

A avaliação geriátrica associa as informações obtidas na história clínica e no exame físico tradicionais com aquelas produzidas por um conjunto de instrumentos específicos. Eles permitem detectar incapacidades, planejar cuidados prolongados, avaliar a gravidade da doença e avaliar o progresso do paciente (LOURENÇO; VERAS, 2006).

No segundo momento (avaliação funcional), detectou-se mediante a aplicação de escalas já validadas que as idosas avaliadas encontram-se com estado mental e função cognitiva, bem como a independência nas atividades de vida diárias satisfatórias, justificado pela vida ativa das mesmas.

No terceiro momento (dinâmica em grupo), a avaliação dos cartazes confeccionados e a explicação dialogada das participantes sobre envelhecimento ativo, permitiu inferir que as mesmas vivenciam um envelhecimento ativo. Suas montagens remetiam à alimentação saudável, atividade física, viagem, interação familiar e social, autocuidado, atenção para a beleza, aparência física, bem como, ao amor por parte do parceiro e da família como um todo.

Neste sentido, envelhecimento ativo se caracteriza pelo processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Aplica-se neste sentido, tanto a indivíduos quando a grupos populacionais. Promove a percepção das pessoas quanto ao seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, favorecendo a sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, desejos e capacidades, propiciando ao mesmo tempo, proteção, segurança e cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Ainda segundo o *World Health Organization* (2005), os determinantes do envelhecimento ativo são: determinantes sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, de ambiente físico e serviços sociais e de saúde pautados em questões de gênero e na cultura de cada um.

Dentre os determinantes do envelhecimento ativo no grupo de idosas avaliado, constata-se que a participação no grupo também tem favorecido um envelhecimento ativo à medida que promove o acompanhamento das condições de saúde, realização de atividades físicas e a integração social.

Conclusão

Essa atividade foi de significativa relevância para o grupo, pela oportunidade de aplicação de conteúdos ministrados em sala de aula em um cenário de promoção da saúde. Durante a atividade foi possível realizar uma avaliação de enfermagem pautada no exame físico e na avaliação funcional. Além disso, vivenciou-se a interdisciplinaridade e a troca de informações entre os alunos e professores de disciplinas diferentes,

propiciando o desenvolvimento de habilidades consideradas fundamentais para uma assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde da pessoa idosa.

Referências BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do idoso**. Brasília, 2002.

FIGUEIREDO, N.; TONONI, T. **Gerontologia. Atuação de enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul, SP. 2006.

GÓES, F. S. N. Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.16, n.1, p:44-51, 2014.

LOURENÇO, R.A; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública** v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

MAIA, D. B. *et al.* **Educação em saúde, interdisciplinaridade e saúde do idoso**: um Relato de experiência da residência multiprofissional na Atenção básica em manaus. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/167.pdf>. Acesso em: 19 de Agosto de 2014.

MORAIS, E. P. de; RODRIGUES, R. A. P; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto contexto - enferm.** v.17, n. 2, abr/jun, 2008.

NUNES, V. M. A. Abordagem ao tema.2008. Disponível em < <ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/VilaniMAN.pdf> > Acesso 20 de agosto de 2014.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; NUNES, M. I. Multidimensionalidade: Importância e Aplicações. In: Papaléo Netto M. (Org.) Tratado De Gerontologia. Rio De Janeiro: Guanabara. Cap. 9, P. 121-132, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Stefany Rodrigues Cardoso—Universidade Federal do Piauí-UFPI/ E-mail: stefanyrodrigues22@hotmail.com

José Diego Marques Santos – University of Lethbridge

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

Danielle Souza Silva Varela – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Comunicação. Promoção da Saúde. Enfermagem.

Resumo

Objetivo: analisar evidências na literatura sobre a comunicação da enfermagem na promoção de saúde. Metodologia: revisão integrativa da literatura que teve como pergunta norteadora: quais as implicações da comunicação enfermeiro-paciente para a promoção de saúde? A busca foi realizada na *PsycINFO* [via *Ovid*], utilizando-se os descritores “*communication and nursing and health promotion*”. Resultados: 7 artigos científicos foram selecionados. Os resultados foram agrupados em duas categorias: a importância da comunicação no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde e fragilidades da comunicação enfermeiro-paciente. Na primeira categoria foi evidenciada a importância da comunicação em enfermagem no processo de encaminhamento de pacientes com problemas de saúde mental; na presença de variações linguísticas entre os idosos, sem comprometimento da comunicação assertiva; a relevância para a manutenção da dignidade moral do paciente, bem como do ambiente social. Além da satisfação de pacientes com o papel do enfermeiro e o poder da enfermagem em transcender na comunicação pela capacidade de interligar a equipe em trabalho, ambiente, família e o paciente. Em relação à segunda categoria, identificou-se que gerenciamento, hierarquia profissional e excesso carga de trabalho podem influenciar na comunicação enfermeiro-paciente. Conclusão: o enfermeiro pode usar a comunicação como uma forte ferramenta em prol da promoção de saúde, mas para isso deve ter noções dos fatores que podem atrapalhar e/ou auxiliar o processo comunicativo.

Introdução

A comunicação é por si só multifatorial e multidimensional. O processo de comunicar-se envolve não somente o emissor e o receptor (atores do processo), mais também a causa e o contexto no qual o elo comunicativo está sendo estabelecido. Na prática de enfermagem, a comunicação se faz necessária no âmbito terapêutico onde se tornam importantes e influentes a postura, os gestos, a linguagem, a proximidade, dentre outros. Esse processo pode tanto favorecer a promoção da saúde como obstá-la, isso vai depender do modo como é realizada (TAY; ANG; HEGNEY, 2012).

A promoção da saúde é uma estratégia de mudança contra os modelos tecnoassistenciais, pautados no modelo biomédico de assistência, que busca vias alternativas direcionadas ao modelo biopsicossocial de assistência (SILVA *et al*, 2009). Desta forma, a promoção em saúde se mostra desafiante para a enfermagem por incitar a mudança de atitudes explorando caminhos centrados na humanização.

Os profissionais de enfermagem necessitam utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado. Para isso, é indispensável priorizar o diálogo com o objetivo de descobrir as necessidades do paciente e esclarecer dúvidas sobre o tratamento, procedimentos, exames e consequentemente ajudar na diminuição da carga de estresse e ansiedade (MORAIS *et al*, 2009). A comunicação é, sobretudo, uma estratégia bastante útil ao estabelecimento de vínculos do profissional de saúde com o paciente, em função de uma relação de confiança, essencial para sensibilização deste acerca das ações de promoção da saúde (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A comunicação permite que a enfermagem identifique problemas individuais e específicos na população e intervenha com planejamentos de cuidados direcionado e efetivo. Para isso, o enfermeiro precisa dispor de criatividade, habilidade de ouvir e meios para intervir (SANTOS; BERNARDES, 2010).

Apesar disso, há indícios que o relacionamento interpessoal e a comunicação em enfermagem ainda não se apresenta como deveria, descaracterizando por vezes o processo de enfermagem (MOURÃO *et al*, 2009). Sem a comunicação eficaz enfermeiro-paciente o processo de enfermagem se torna comprometido e isso pode resultar na interrupção o processo de promoção em saúde.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar evidências na literatura sobre a comunicação da enfermagem na promoção de saúde.

Metodologia

O presente estudo trata de uma revisão integrativa da literatura, instrumento válido na Prática Baseada em Evidências, cuja colaboração se debruça sobre a orientação do cuidado clínico e de condutas com base na avaliação crítica de publicações sobre um determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura desempenha um papel importante no estímulo a pesquisas futuras sobre um determinado tópico, tendo em vista a capacidade de criar novas ideias e direções em um campo de estudo, demonstrando o estado da arte (TORRACO, 2005). A pergunta de pesquisa norteadora deste estudo foi: quais as implicações da comunicação enfermeiro-paciente para a promoção de saúde?

Utilizando-se os descritores “*communication and nursing and health promotion*”, a busca foi realizada no mês de agosto de 2014 na base de dados *PsycINFO* [via *Ovid*]. Os critérios de inclusão foram: ser estudo primário realizado com profissionais de enfermagem; textos completos disponibilizados integralmente *online*; artigos publicados no período de 2009 a 2014; escritos no idioma inglês; e contemplar o processo de comunicação em enfermagem em prol da promoção de saúde (eixo temático). Excluíram-se: artigos não disponibilizados na íntegra e/ou fora do eixo temático, publicações com data inferiores ao ano de 2009 e revisões de literatura.

A análise crítica dos artigos desta revisão envolveu minuciosa leitura, discussão e reflexão entre os autores sobre os estudos selecionados em busca de informações que pudessem responder eficazmente a pergunta norteadora do estudo.

Resultados e Discussão

Partindo dos descritores foram encontradas 53 publicações. Com o limite de busca para os textos completos disponibilizados integralmente *online*, reduziu-se a amostra de estudos para 30 artigos. Desses, 4 foram excluídos por serem revisão de literatura, 18 por não se enquadrarem no período de publicação pré-

estabelecido (nos últimos 5 anos) e 1 por não contemplar o eixo temático. Dessa forma, 7 artigos científicos passaram pelo processo de avaliação crítica e definiram a amostra final desta revisão.

Para melhor descrição dos resultados desta revisão, optou-se por subdividi-lo em duas categorias: a importância da comunicação no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde e fragilidades da comunicação enfermeiro-paciente.

A importância da comunicação no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde

Estudo realizado na Austrália apontou a importância da comunicação em enfermagem no processo de encaminhamento de pacientes com problemas de saúde mental, afirmando que esta permitia ao enfermeiro generalista da comunidade avaliar na consulta de enfermagem o estado psíquico desses pacientes e encaminhá-los adequadamente a especialistas. Algo antes considerado de difícil realização e que interferia na promoção da saúde deste público (ANNELLS *et al*, 2010).

Estudo que avaliou a comunicação entre idosos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Porto Feliz, São Paulo, identificou que a presença de variações linguísticas entre os idosos não foi detectado como um problema para o estabelecimento de uma comunicação assertiva, uma vez que a equipe de enfermagem se mostrava atenta e respeitosa as formas de comunicação verbal e não verbal dos idosos, além de demonstrar interesse, escuta e contato visual (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Pesquisa que objetivou explorar os fatores que influenciam, promovem ou comprometem a dignidade do paciente hospitalizado identificou, como um fator que contribui para a promoção em saúde através da comunicação enfermeiro-paciente, a manutenção da dignidade moral do paciente. Isso engloba respeito pelos valores da clientela, como religião, idade e personalidade. O uso de palavras apropriadas, compaixão, expressões de conforto e encorajamento pelos enfermeiros foram fatores apontados como contribuintes para a manutenção de um cuidado digno e merecido do paciente (MANOOKIAN; CHERAGHI; NASRABADI, 2014).

Há ainda quem defenda que o ambiente social do paciente também interfira no estabelecimento da comunicação interpessoal enfermeiro-paciente. Em um estudo transversal que avaliou o comportamento de enfermeiros através do uso de um modelo centrado no cuidado do paciente PCC (*Patient-centred care*) comprovou-se que o enfermeiro deve fazer o uso do neste método. Isto é, o enfermeiro deve tentar compreender toda a rede de apoio e relacionamentos socioculturais do paciente, com o propósito de entender suas principais preocupações, sentimentos, medos e ansiedades na tentativa de harmonizar as expectativas do paciente às demandas gerenciais requeridas pelo enfermeiro (ABDELHADI; DRACH-ZAHAVY, 2012).

Em pesquisa que objetivou conhecer a comunicação socialmente relevante do sistema de enfermagem sob a perspectiva luhmanniana por meio de entrevistas realizadas com enfermeiros e estudantes de enfermagem de uma universidade do Sul do Brasil, o enfermeiro foi destacado como o profissional que funciona como “um todo”, pois o mesmo tem a capacidade de comunicar e executar funções que interligam a equipe de trabalho, o ambiente, a família e o paciente. Por isso, o enfermeiro foi descrito neste estudo como um elemento capaz de transcender, através da comunicação, a linearidade e materialidade do cuidado de saúde. Desse modo, os enfermeiros demonstram que são capazes de ir além da doença se conseguirem valorizar cada paciente como único e singular, estabelecendo uma comunicação focada na prevenção e promoção de saúde (BACKES *et al*, 2012).

Em uma pesquisa qualitativa que avaliou fatores culturais e contextuais que influenciam a comunicação enfermeiro-paciente em um hospital de ensino do Irã, identificou-se que os enfermeiros tentam ao máximo entender as necessidades do paciente, providenciá-los devido apoio e encorajá-los a se expressar continuamente. Houve relato de pacientes quanto ao seu grau de satisfação após se sentir como um membro da família do enfermeiro no seu leito cirúrgico (FAKHR-MOVAHEDI *et al*, 2011).

Fragilidades da comunicação enfermeiro-paciente

Estudo apontou que a interferência de médicos no processo de comunicação para a promoção de saúde enfermeiro-paciente, quando esses proibiram os enfermeiros de falar detalhes sobre os procedimentos, o estado clínico do paciente, prognóstico, entre outros. Além disso, alguns enfermeiros se queixaram de excesso de trabalho, por às vezes ter que repetir procedimentos e recomendações para diversos pacientes. Tal acontecimento chama atenção para a presença de fatores externos, como gerenciamento, hierarquia profissional e carga de trabalho como fatores que influenciam na comunicação enfermeiro-paciente (FAKHR-MOVAHEDI *et al*, 2011).

Em um estudo que avaliou como enfermeiros da comunidade assistiam mulheres com deficiência intelectual para atuar na prevenção do câncer de mama, identificou-se que as mulheres estavam com uma carência de conhecimento sobre a doença e nem mesmo haviam recebidos manuais com explicações sobre o grande risco que mulheres com deficiência intelectual tem de desenvolverem câncer de mama. Tal ocorrido recorda a comunicação em enfermagem para a promoção de saúde pode não ser estabelecida por conta de negligência profissional (TAGGART; TRUESDALE-KENNEDY; MCILFATRICK, 2011).

Conclusão

Diante do exposto, pode-se perceber que o enfermeiro pode usar a comunicação como uma forte ferramenta em prol da promoção de saúde. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha habilidades em comunicação verbal e não verbal, bem como respeito pela cultura e dignidade do paciente. Alguns estudos apontaram que questões como excesso de carga de trabalho, hierarquia de poder entre os profissionais de saúde, e negligência por parte do enfermeiro são fatores que atrapalham a comunicação efetiva no plano terapêutico.

Referências

ABDELHADI, N.; DRACH-ZAHAVY, A. Promoting patient care: work engagement as a mediator between wardservice climate and patient-centred care. **Journal of advanced nursing**, v. 68, n. 6, p. 1276-1287, 2012.

ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Communication between the elderly person and the Family Health Team: is there integrality? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013.

ANNELLS, M. *et al*. An evaluation of a mental health screening and referral pathway for community nursing care: nurses' and general practitioners' perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 1, p. 214-226, 2010.

BACKES, D. S. et al. The nursing care system from a Luhmannian perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 873-879, 2012.

FAKHR-MOVAHEDI.et al. A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. **International Nursing Review**, v. 58, n. 2, p. 171-180, 2011.

MANOOKIAN, A.; CHERAGHI, M.; NASRABADI, A. Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. **NursingEthics**, v. 21, n. 3, p. 323-334, 2014.

MENDES K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como um instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 323-327, 2009.

MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009.

PONTES, A. C.; LEITÃO. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.

SANTOS, M. C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 359-366, 2010.

SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 86 -91, 2009.

TAGGART L.; TRUESDALE-KENNEDY M.; MCILFATRICK S. The role of community nurses and residential staff in supporting women with intellectual disability to access breast screening services. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 55, n. 1, p. 41-52, 2011.

TAY, L. H.; ANG, E.; HEGNEY, D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication withinpatient cancer adults in Singapore. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 1, p. 2647- 2658, 2012.

TORRACO R. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. **Human Resource Development Review**, v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

Agradecimentos

À orientadora, pelo conhecimento compartilhado.

ANÁLISE DA PRODUÇÃO CIENTÍFICA DAS ORIENTAÇÕES DE ENFERMAGEM NA VISITA PRÉ- OPERATÓRIA : COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO E PACIENTE

Alinne Maria Araújo Amaral. Discente da FANOR.

Laurineide de Fátima Diniz Cavalcante. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade do Nordeste-FANOR. Fortaleza-Ceará

Rithianne Frota Carneiro. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. Fortaleza-Ceará

Paula Dayanna Sousa dos Santos. Enfermeira na Unidade Básica Saúde da Família em Aquiraz - Ceará.

Lúcia Claudiane Oliveira Lopes. Enfermeira. Plantonista no Hospital da Polícia Militar do Ceará. Fortaleza-Ceará.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil

Palavras-chave: *Visita pré-operatória. Orientações de enfermagem. Comunicação em enfermagem.*

Resumo

O paciente ao ser internado para realização de um procedimento cirúrgico traz consigo ansiedades e dúvidas ao saber que será submetido a um processo invasivo e desconhecido, significando uma situação de estresse, além de outras preocupações que podem surgir como medo da morte, da anestesia, do desconhecido e também de não se recuperar. O presente estudo tem como objetivo avaliar a comunicação nas orientações prestadas pelo enfermeiro ao paciente no pré-operatório através de uma revisão de literatura realizada de modo retrospectivo, os artigos foram retirados do Scielo (Scientific Electronic Library Online), LILACS (Literatura Latino – Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e em revistas eletrônicas de Saúde. O estudo foi realizado nos meses de agosto a novembro de 2012. A busca dos artigos compreendeu o período de 2004 a 2011. Eles foram submetidos a formulário–padrão o qual permitiu a normalização dos dados, auxiliando na categorização e discussão dos resultados. A análise mostrou que as orientações fornecidas pelo enfermeiro durante a visita pré-operatória é de fundamental importância para o paciente, pois este quando bem informado, diminui o estresse e ansiedade e contribui no processo cirúrgico.

Introdução

O paciente ao ser internado para realização de uma cirurgia traz consigo ansiedades e dúvidas ao saber que será submetido a um procedimento invasivo e desconhecido, significando uma situação de estresse. Nessa perspectiva, planejar o cuidado de enfermagem a pacientes que serão submetidos à cirurgia, requer do enfermeiro habilidades e conhecimentos a respeito das possíveis alterações e reações emocionais que o paciente pode apresentar frente a esta situação (CHISTÓFORO, BEB; ZAGONEL, IPS; CARVALHO, DS, 2006).

Os profissionais de enfermagem são os responsáveis em transmitir confiança e segurança ao paciente, diminuindo sua ansiedade e angústia, através do relacionamento estabelecido entre paciente-enfermeiro, bem como tem o dever de fornecer todas as orientações do procedimento ao paciente e familiares. No entanto, a atuação desse profissional, ainda está presa em seguir normas e rotinas, embora se saiba que a intimidade ou familiaridade do cuidar requer mais maleabilidade e interação com o paciente, na busca do conhecimento das reais necessidades, para planejar a assistência de enfermagem (CHISTÓFORO, BEB; ZAGONEL, IPS; CARVALHO, DS, 2006).

Estudos apontam que os enfermeiros se sentiram ineficazes e com dificuldade em oferecer assistência às famílias dos pacientes. Outros estudos apontam que a alta demanda emocional, contribui negativamente o aumento da ansiedade, interferindo também na sua recuperação (SANTOS; SILVA, 2006).

Tal situação exige uma capacitação para os enfermeiros que atuam na comunicação que é feita com o paciente no período pré-operatório, assim o enfermeiro passaria a ter mais habilidade em realizar a comunicação, e isso tornaria fácil dar apoio, realizar uma boa orientação e prestar uma assistência mais humanizada.

Diante disto, esse trabalho se justifica em analisar as publicações científicas a cerca da compreensão do paciente em relação às orientações fornecidas pelo enfermeiro na visita pré-operatória. Período esse em que o paciente deve estar preparado físico e psicologicamente para a cirurgia, com clara compreensão acerca do procedimento cirúrgico.

O aconselhamento e a preparação psicológica quando feita de forma individual, é vista de maneira benéfica. Visto que quando é feito um acompanhamento com esse paciente, eles tendem a ficar mais tranquilos e se sentem mais esclarecidos, diminuindo o estresse e medo que podem prejudicar o seu bem estar no pré-operatório (SILVA; NAKATA, 2005).

Diante o contexto esse trabalho tem como objetivo Analisar as publicações científicas acerca das orientações de enfermagem na visita pré-operatória.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando as bases do Scielo (Scielo Electronic Library Online) e Lilacs (Literatura Latino- Americana do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando-se artigos publicados nos anos de 2004 a 2011. A pesquisa foi realizada nos meses de agosto a setembro de 2012. Os critérios de Inclusão utilizados para a pesquisa bibliográfica foram artigos na íntegra, periódicos nacionais, ano de publicação dos artigos de 2004 a 2011 e elaborados por enfermeiras. E que estivessem coerentes com a temática abordada, comunicação enfermeiro –paciente nas orientações de visita pré- operatória. Os descritores utilizados foram: Visita pré-operatória; Orientações de enfermagem; Comunicação em enfermagem. Foi encontrado 6 artigos na

base de dados SCIELO onde 1 foi excluído e incluídos 5 por avaliação do texto completo; na base de dados do LILACS foram encontrados 4 artigos, onde os 4 foram incluídos após análise dos textos; na base de dados de revistas virtuais encontrou-se 2 artigos que também responderam aos critérios, sendo totalizados 11 artigos incluídos no estudo por avaliação completa do texto.

Resultados e Discussão

Diante dos resultados encontrados, optou-se pela discussão em 03 categorias temáticas: 1) Orientações de enfermagem, durante a visita pré-operatória. 2) Fragilidades em relação as Orientações fornecidas aos pacientes. 3) Diagnósticos de enfermagem encontrados durante a visita pré-operatória.

Tabela 3- Orientações de enfermagem durante á visita pré-operatória.

TIPO DE ORIENTAÇÃO	Nº	%
Anestésico - cirúrgico	5	45,45
Procedimento cirúrgico	3	27,27
Risco Cirúrgico	2	18,18

Fonte: CHRISTÓFORO, B. E. B e et al,2009.

De acordo com os dados expostos na tabela acima verificou - se, que em grande parte dos estudos 45,45% (5 artigos), as orientações mais fornecidas, durante a visita pré-operatória de enfermagem abordam o processo anestésico – cirúrgico, indo de encontro aos estudos de Mefetoni et al., (2011), que julga importante o esclarecimento quanto ao procedimento anestésico –cirúrgico, pois o paciente fica sabendo do que vai lhe acontecer, além de ficar conhecendo a equipe que irá recebê-lo no centro cirúrgico. No entanto quando estes pacientes são desinformados sobre o processo anestésico-cirúrgico, apontam sensação de distanciamento do profissional de saúde.

As orientações sobre o procedimento cirúrgico representa 27,27% (3 artigos) apresentadas na tabela -3, mostram que esse tipo de orientação contribui para a melhor aceitação do paciente para cirurgia. Assim concordando com Gonçalves et al., (2011), que afirmou em seus estudos que os pacientes quando bem orientados cooperam no pós-operatório, têm recuperação tranquila, não mostram medo do desconhecido e recebem melhor as orientações para alta hospitalar.

O percentual de 18,18 % (2 artigos), esteve presente na orientação sobre o risco cirúrgico, mostrando que esse item teve presente na orientação fornecida por alguns enfermeiros. Destacando assim a importância desse tipo de orientação, pois, por menor que seja o procedimento cirúrgico o risco de complicações sempre estará presente. De acordo com os estudos de Souza,A.A et al (2005), o esclarecimento e a conversa sobre o procedimento cirúrgico, fez com que os pacientes minimizassem o estresse, diminuindo o risco de complicações cirúrgicas.

Tabela -4 Tipo de comunicação relacionada ao grau de entendimento do paciente.

TIPO DE COMUNICAÇÃO	Nº	%
Diálogo como melhor entendimento;	5	45,45
Orientação individual ao paciente ;	4	36,36
Painéis ilustrativos;	2	18,18
Reuniões semanais;	2	18,18

Fonte: CHRISTÓFORO, B. E. B e et al,2006.

O enfermeiro ao comunicar-se com o seu paciente precisa usar de habilidades para que a orientação seja eficaz e a mensagem ao qual desejou passar seja bem compreendida. Diante disso, a tabela-4 expõe o tipo de comunicação relacionada ao grau de entendimento do paciente. Exibindo que a comunicação na forma de diálogo obteve um percentual de 45,45% (5 artigos) , sendo esse tipo de comunicação uma das que gerou melhor entendimento para os pacientes, principalmente quando esta foi feita com vocabulário simples e de forma objetiva, levando em conta o grau de instrução do paciente o que possibilitou uma melhor compreensão para este.

A orientação individual focando apenas um paciente, representou 36,36 % (4 artigos) mostrando que essa é uma prática bem desenvolvida pelos enfermeiros que fornecem as orientações, diante disso fica claro que a assistência prestada de forma individual visa melhor as particularidades de cada paciente. Indo de encontro ao pensamento de Gonçalves et al (2011) quando fala que a assistência de enfermagem é prestada de forma individual, planejada e humanizada proporciona segurança e diminuição do trauma cirúrgico do paciente.

Os painéis ilustrativos como forma de comunicação estiveram presentes 18,18%(2 artigos) demonstrando que esse tipo de comunicação é pouco utilizado pelos enfermeiros. Porém esse recurso quando utilizado, foi mais assimilável e memorável para os pacientes, melhorando o entendimento do paciente á cerca do processo cirúrgico e mostrou ser um meio que pode ser trabalhado com pessoas de diferentes graus de instrução. De acordo com o que Kruse et al.(2009) abordou em seus estudos dizendo que esse modo de abordar o paciente diminui os problemas de comunicação ineficaz, pois quando o paciente visualiza as ilustrações esse fixa e absorve melhor a mensagem a que lhe foi destinada.

Em seguida a tabela - 4 mencionou as orientações em reuniões semanais em grupo tiveram um percentual de 18,18% (2 artigos) mostrando assim que essa prática é pouco desenvolvida por enfermeiros que prestam a assistência pré-operatória. Porém as reuniões de grupo com uso de depoimento quando citadas mostram tranquilidade para os pacientes que a realizaram. Indo de encontro ao estudos de Grittem, Méir e Gaivicz (2006), que mostraram que os pacientes que receberam orientações em grupo sobre as cirurgias que iriam realizar, tiveram efeitos melhor em relação aqueles que não receberam orientação. Diante disso percebemos a necessidade dessa prática ser melhor desenvolvida.

Tabela- 5 Fragilidades em relação às orientações dadas ao paciente durante a visita pré-operatória.

FRAGILIDADES	Nº	%
Uso de linguagem técnica do profissional	4	36,36
Baixa participação do enfermeiro na orientação pré-operatória	3	27,27
Orientação não individualizada ao paciente	2	18,18
Falta de temp.	1	9,09
Ausência de impresso próprio de sistematização específico para visita pré-operatória	1	9,09

Fonte: CHRISTÓFORO, B. E. B e et al,2006.

As fragilidades enfrentadas pelos enfermeiros são tidas como empecilho para a realização da visita pré – operatória, diante disto, a tabela-5 demonstra que o uso de linguagem técnica atingiu uma porcentagem bem elevada 36,36% (4 artigos), isso mostra que o enfermeiro ao usar esse tipo de linguagem tem que conhecer o nível de instrução do seu paciente, pois uma vez que a mensagem não é bem transmitida, pode provocar aumento da ansiedade para o paciente, sendo a linguagem técnica também considerada como uma barreira de comunicação para Silva e Nakata (2005).

A baixa participação do enfermeiro na rotina de orientação de visita pré-operatória e a figura do médico presente nesta função, apontaram a insatisfação de comunicação enfermeiro e paciente durante a visita pré-operatória presentes em 27,27% (3 artigos). Diante disto, o profissional enfermeiro deve repensar a sua prática, pois segundo Kruse et al.,(2009), o enfermeiro é o profissional da saúde que permanece mais tempo ao lado do paciente, sendo que ele deve ser o elo de comunicação entre o cliente e os outros profissionais da saúde.

A orientação não individualizada ao paciente foi citada em 18,18% (2 artigos), como sendo uma das fragilidades enfrentadas pelo enfermeiro para prestar as orientações, e isso colabora para que o paciente não se lembre das informações recebidas, já que são ditas de maneira semelhante para todos havendo assim uma repetição das orientações fornecidas pelo enfermeiro. Indo de acordo com Kruse et al.(2009), o paciente é um ser único e os seus valores e individualidade devem ser levados em consideração. A falta de treinamento ou de preparo para realizar essa atividade, influencia de maneira negativa o modo como os profissionais realizam a orientação, pois esses agem de maneira automática, sem atentar-se para a individualidade do paciente, o que colabora para que esse não se lembrem das informações recebidas.

A falta de tempo dos enfermeiros para a realização da visita pré-operatória foi uma das fragilidades com menor porcentagem apresentando 9,09% (1artigo). Isso mostra que mesmo com a sobrecarga de trabalho, a orientação não deixou de ser uma atividade importante para o profissional enfermeiro.

A ausência de um impresso próprio de sistematização específico para visita pré-operatória, pontuou 9,09% (1artigo) que relatou essa fragilidade. O que nós faz perceber o baixo índice dessa fragilidade e a presença indispensável desse documento para a realização da visita pré-operatória.

Tabela- 6 Diagnósticos de enfermagem encontrados durante a visita pré-operatória de enfermagem.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	Nº	%
Medo	6	54,54
Ansiedade	6	54,54
Ansiedade familiar	5	45,45

Fonte: FOCHIERA et al,2004.

Os diagnósticos de enfermagem são essenciais para realização dos cuidados de enfermagem, diante disto, a tabela -6 aponta o medo como um dos diagnósticos mais encontrados nos pacientes que encontram-se no período pré-operatório, atingindo a porcentagem de 54,54 % (6 artigos), o medo desses pacientes atribuiu-se a falta de conhecimento sobre a sua cirurgia e a falta de orientação ou quando está foi realizada, foi feita de

maneira inadequada. Percebeu-se com isso, que é fundamental o preparo do paciente no pré-operatório, prestando assim explicações sobre o procedimento cirúrgico ao qual o cliente irá se submeter.

A ansiedade atribuída ao processo cirúrgico esteve presente em 54,54% (6 artigos), está pode ser uma resposta às ameaças sentidas pelo paciente em relação ao seu cotidiano e sua integridade física segundo Kurse et al (2009). No entanto é válido ressaltar que quanto maior foi o grau de entendimento do paciente sobre a cirurgia, menor será sua ansiedade em relação à intervenção desta.

A ansiedade familiar apontou 45,45% (5 artigos), a partir de então, podemos entender a importância da participação da família na assistência de enfermagem, pois a família do paciente pode ser um elo entre o doente e o enfermeiro. Além disso, a quebra de vínculo familiar, por motivo da hospitalização pode desencadear outros riscos para o paciente. Tendo como base os estudos de Foschiera e Piccoli (2004), que diz, que quando a família é envolvida na relação terapêutica ela pode ajudar na tomada de decisões e mostrar caminhos para solucionar as necessidades do paciente.

Conclusão

Constatou-se que as orientações fornecidas pelo enfermeiro durante a visita pré-operatória é de fundamental importância para o paciente, pois este quando é informado do que vai lhe acontecer contribui de maneira significativa para o processo cirúrgico, além de diminuir o estresse e a ansiedade causada pela hospitalização.

No entanto as orientações só são eficazes quando existe um entendimento por parte do paciente, procurando vê-lo como ser único e individual, levando em conta as suas particularidades.

A identificação das orientações na visita pré-operatória mostrou que os enfermeiros orientaram mais sobre o processo anestésico-cirúrgico, e o tipo de comunicação que gerou melhor compreensão para o cliente foi o diálogo, pois este cria um vínculo maior entre enfermeiro e paciente.

No entanto a maior fragilidade enfrentada pelos enfermeiros para a realização da visita foi a linguagem técnica, a qual se mostrou um empecilho para a compreensão da orientação que foi dada. Os diagnósticos mais encontrados foi o medo, sendo este o sentimento mais desenvolvido nos pacientes que se encontram no pré-operatório.

Diante desse estudo, o enfermeiro deve estar atento ao modo, com o qual irá comunicar-se com paciente no pré-operatório, certificando-se para que não haja barreiras na comunicação, minimizando os fatores geradores de estresse do paciente, para que assim haja uma visita pré-operatória de enfermagem de qualidade, e consequentemente o conhecimento e a boa aceitação do paciente ao seu processo cirúrgico.

Referências

CHRISTÓFORO, B. E. B; ZAGONOL, I. P. S; CARVALHO, D. S, Relacionamento enfermeiro-paciente: Uma reflexão à luz da teoria de Joyce Travelbee. **Cogitare Enferm.** jan/abr; 11(1): 55-60, 2006.

FOSCHIERA, F; PICCOLI, M., Enfermagem perioperatória: Diagnóstico de enfermagem emocionais e sociais na visita pré-operatória fundamentos na teoria de Ida Jean Orland. **Rev. Ciência, Cuidado e Saúde**, 2004. Maio/Agosto.

GONÇALVES, R. M. D. A et al. A comunicação verbal enfermeiro – paciente no perioperatório de cirurgia cardíaca. **Cienc Cuid Saude.** Jan/Mar; 10(1): 027-034, 2011.

KRUSE, M. H. L et al. Orientação pré-operatória de enfermagem: Lembranças de pacientes. **Rev. Eletr. Enf.** [INTERNET], 2009; 11(3):494-500

SANTOS, K. M. A. B; SILVA, M. J. P. Percepção dos profissionais de saúde sobre a comunicação com os familiares de pacientes em UTIs. **Rev Bras Enferm.** jan-fev; 59(1): 61-6, 2006.

SILVA, W. V; NAKATA, S. Comunicação: Uma necessidade percebida no período pré-operatório de pacientes cirúrgicos. **Rev. Bras de Enferm.** 58(6):673-6, 2005.

SOUZA, A. A et al. Orientação pré-operatória de enfermagem ao cliente – uma medida preventiva aos estressores do processo cirúrgico. **Revista Eletrônica de Enfermagem.** v.07.n 02.p215-220.2005.

Disponível em: [HTTP://www.revistas.ufg.br/index.php/fen](http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen). Acesso em 10 jun. 2012.

SOUZA,L.R et al.Os benefícios da visita pré-operatória de enfermagem para o cliente cirúrgico:Revisão Sistemática de Literatura.**Rev. de Pesq:** cuidado é fundamental Online 2010. abr/jun.2(2):797-806.

AVALIAÇÃO FÍSICA E FUNCIONAL DA PESSOA IDOSA: UMA ATIVIDADE DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Stefany Rodruigues Cardoso – Universidade Federal do Piauí- UFPI

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

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

José Diego Marques Santos– Universidade Federal do Piauí- UFPI

Ingrid Moura de Abreu – Universidade Federal do Piauí- UFPI

Chrystiany Plácido de Brito Vieira (Orientadora) – Universidade Federal do Piauí- UFPI

Palavras-chave: Envelhecimento. Promoção da saúde. Prevenção de doenças. Enfermagem.

Resumo

Esse trabalho tem como objetivo descrever uma experiência de acadêmicos de enfermagem em uma atividade de Promoção da Saúde direcionada à pessoa idosa. Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública no município de Teresina, Piauí, durante uma atividade teórico-prática das disciplinas Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem e Saúde do Adulto e do Idoso I. A atividade foi composta de 3 momentos: No primeiro momento da atividade (avaliação física) identificaram que algumas das idosas estavam acima do peso; no segundo momento (avaliação funcional), detectou-se mediante a aplicação de escalas já validadas que as idosas avaliadas encontram-se com estado mental e função cognitiva, bem como a independência nas atividades de vida diárias satisfatórias; no terceiro e último momento (dinâmica em grupo), a avaliação dos cartazes confeccionados e a explicação dialogada das participantes sobre envelhecimento ativo, permitiu inferir que as mesmas vivenciam um envelhecimento ativo. Essa atividade foi de significativa relevância para o grupo, pela oportunidade de aplicação de conteúdos ministrados em sala de aula em um cenário de promoção da saúde. Durante a atividade foi possível realizar uma avaliação de enfermagem pautada no exame físico e na avaliação funcional.

Introdução

O envelhecimento populacional tornou-se uma questão social sujeito a intervenções do Estado e, apesar dos avanços das políticas públicas de atenção ao segmento do idoso, há ainda muitos desafios para sua viabilização. Da parte do Estado, decorre do número reduzido de Instituições com estrutura adequada para responder às demandas de idosos, principalmente habilitados e comprometidos com as expressões da questão social que envolve a velhice e o envelhecimento no país (MAIA *et al.*, 2014).

Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o 6º país do mundo em número de idosos. O aumento da expectativa média de vida também vem aumentando acentuadamente, no entanto precisa ser acompanhado pela melhoria na manutenção e qualidade de vida dos idosos (BRASIL, 2002).

Como o Brasil está passando por um momento de transição demográfica, onde está configurado o aumento da população idosa, essa mudança no perfil etário indica grandes despesas no setor de saúde, uma vez que as doenças que acometem os idosos são crônicas e consequentemente duradouras, exigindo a busca constante pelo Sistema Único de Saúde. Importa saber se os serviços respondem satisfatoriamente às demandas trazidas pelos idosos e quais são essas demandas (MAIA *et al.*, 2014).

O aumento da população idosa acaba exigindo dos gestores mudanças nos modelos assistenciais, acarretando crescimento nas despesas com tratamento médico e hospitalar. Por isso, existe a necessidade de prevenir doenças, oferecendo condições de vida e saúde para esta população. Para avaliar o nível de adaptação e a satisfação do idoso com o processo de envelhecimento, tem sido aplicada a avaliação multidimensional do idoso (NUNES, 2008).

Para Papaléo Netto, Yuaso e Nunes (2006) a avaliação multidimensional é vista como um processo diagnóstico multidimensional, frequentemente interdisciplinar, planejado para detectar problemas médicos, psicossociais e funcionais da pessoa idosa, com o desígnio de desenvolver um plano de tratamento e acompanhamento a longo prazo.

Para Figueiredo e Tononi (2006) ela tem por finalidade: diminuir a mortalidade por incapacidade funcional/mental diagnosticadas tardiamente; evitar ou diminuir a hospitalização e o consumo de medicamentos desnecessários; avaliar a capacidade funcional; evitando ao máximo a ocorrência de incapacidade física para caminhar, ir ao banheiro, vestir-se, cuidar do próprio corpo (atividades da vida diária); avaliar como o idoso está se relacionando com os outros ao sair de casa, pagar suas contas, fazer compras, atender ao telefone e avaliar como eles estão pensando, memorizando os ânimos e a vontade de viver.

Nesse contexto, esse trabalho tem como objetivo descrever uma experiência de acadêmicos de enfermagem em uma atividade de Promoção da Saúde direcionada à pessoa idosa.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo, vivenciado por acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem de uma universidade pública no município de Teresina, Piauí, durante uma atividade teórico-prática das disciplinas Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem e Saúde do Adulto e do Idoso I, disciplinas do 4º e 6º períodos do curso. A atividade contou com a participação dos docentes e alunos das duas disciplinas, com o objetivo de realizar uma integração voltada para avaliação física e funcional do idoso. O público-alvo foi formado por 30 idosas integrantes do grupo “Rosas do Entardecer”.

A atividade foi dividida em três momentos: no primeiro foi realizada verificação de pressão arterial e de medidas antropométricas (peso, altura, cintura e quadril) para cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC) e relação cintura-quadril pelos alunos da disciplina Semiologia e Semiotécnica para Enfermagem; no segundo momento, os alunos da disciplina Saúde do Adulto e do Idoso I aplicaram as escalas do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), Escala de Lawton e Index de Independência nas Atividades de Vida Diária de Katz para avaliação cognitiva e do grau de independência para atividades diárias; e no terceiro momento, após as avaliações e devidas orientações, realizou-se uma dinâmica em grupo na qual as idosas foram estimuladas inicialmente a montarem cartazes, por meio de recortes de figuras e elaboração de frases, com a temática envelhecimento ativo. Ao final, em uma roda de conversa, todas apresentaram suas ideias e discutiu-se temas relacionados com envelhecimento saudável.

Resultados e Discussão

O envelhecimento é hoje uma realidade na maioria das sociedades desenvolvidas e em desenvolvimento, tornando-se temática relevante do ponto de vista científico e de políticas públicas, mobilizando pesquisadores e promotores de políticas sociais, na discussão do desafio que a longevidade humana está colocando para as sociedades (MORAIS; RODRIGUES; GEHARDT, 2008).

Os alunos perceberam que as idosas tem uma vida ativa, buscam serviços de saúde e atividades que estimulem seu bem estar, porém ainda tinha um conhecimento reduzido acerca do envelhecer ativo e da promoção da saúde.

Um dos desafios na educação superior em enfermagem é ensinar a realizar o raciocínio diagnóstico, mediante o emprego de habilidades cognitivas e dedutivas, de modo que o processo seja rápido, eficaz e acurado (GÓES *et al.*, 2013).

Os acadêmicos no primeiro momento da atividade (avaliação física) identificaram que algumas das idosas estavam acima do peso, e assim prestaram esclarecimentos acerca desse problema, orientando uma alimentação adequada, a prática de exercícios físicos rotineira, levando-se em consideração a escuta dos hábitos de vida e condição social das mesmas, direcionando, assim, uma intervenção mais coerente e individual para cada uma delas.

A avaliação geriátrica associa as informações obtidas na história clínica e no exame físico tradicionais com aquelas produzidas por um conjunto de instrumentos específicos. Eles permitem detectar incapacidades, planejar cuidados prolongados, avaliar a gravidade da doença e avaliar o progresso do paciente (LOURENÇO; VERAS, 2006).

No segundo momento (avaliação funcional), detectou-se mediante a aplicação de escalas já validadas que as idosas avaliadas encontram-se com estado mental e função cognitiva, bem como a independência nas atividades de vida diárias satisfatórias, justificado pela vida ativa das mesmas.

No terceiro momento (dinâmica em grupo), a avaliação dos cartazes confeccionados e a explicação dialogada das participantes sobre envelhecimento ativo, permitiu inferir que as mesmas vivenciam um envelhecimento ativo. Suas montagens remetiam à alimentação saudável, atividade física, viagem, interação familiar e social, autocuidado, atenção para a beleza, aparência física, bem como, ao amor por parte do parceiro e da família como um todo.

Neste sentido, envelhecimento ativo se caracteriza pelo processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Aplica-se neste sentido, tanto a indivíduos quando a grupos populacionais. Promove a percepção das pessoas quanto ao seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, favorecendo a sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, desejos e capacidades, propiciando ao mesmo tempo, proteção, segurança e cuidados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Ainda segundo o *World Health Organization* (2005), os determinantes do envelhecimento ativo são: determinantes sociais, econômicos, pessoais, comportamentais, de ambiente físico e serviços sociais e de saúde pautados em questões de gênero e na cultura de cada um.

Dentre os determinantes do envelhecimento ativo no grupo de idosas avaliado, constata-se que a participação no grupo também tem favorecido um envelhecimento ativo à medida que promove o acompanhamento das condições de saúde, realização de atividades físicas e a integração social.

Conclusão

Essa atividade foi de significativa relevância para o grupo, pela oportunidade de aplicação de conteúdos ministrados em sala de aula em um cenário de promoção da saúde. Durante a atividade foi possível realizar uma avaliação de enfermagem pautada no exame físico e na avaliação funcional. Além disso, vivenciou-se a interdisciplinaridade e a troca de informações entre os alunos e professores de disciplinas diferentes, propiciando o desenvolvimento de habilidades consideradas fundamentais para uma assistência de enfermagem voltada para a promoção da saúde da pessoa idosa.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do idoso**. Brasília, 2002.

FIGUEIREDO, N.; TONONI, T. **Gerontologia. Atuação de enfermagem no processo de envelhecimento.** São Caetano do Sul, SP. 2006.

GÓES, F. S. N. Desenvolvimento de casos clínicos para o ensino do raciocínio diagnóstico. **Rev. Eletr. Enf. [Internet]**. v.16, n.1, p:44-51, 2014.

LOURENÇO, R.A; VERAS, R.P. Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. **Rev Saúde Pública** v. 40, n. 4, p. 712-9, 2006.

MAIA, D. B. *et al.* **Educação em saúde, interdisciplinaridade e saúde do idoso:** um Relato de experiência da residência multiprofissional na Atenção básica em manaus. Disponível em: <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/trabalhos/publicacoes/167.pdf>. Acesso em: 19 de Agosto de 2014.

MORAIS, E. P. de; RODRIGUES, R. A. P; GERHARDT, T. E. Os idosos mais velhos no meio rural: realidade de vida e saúde de uma população do interior gaúcho. **Texto contexto - enferm.** v.17, n. 2, abr/jun, 2008.

NUNES, V. M. A. Abordagem ao tema.2008. Disponível em < <ftp://ftp.ufrn.br/pub/biblioteca/ext/bdtd/VilaniMAN.pdf> > Acesso 20 de agosto de 2014.

PAPALÉO NETTO, M.; YUASO, D. R.; NUNES, M. I. Multidimensionalidade: Importância e Aplicações. In: Papaléo Netto M. (Org.) Tratado De Gerontologia. Rio De Janeiro: Guanabara. Cap. 9, P. 121-132, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde.** Tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao grupo “Rosas do Entardecer”, pela receptividade, espontaneidade e por proporcionar aos graduandos uma experiência ímpar de vivenciar a sua alegria de viver; às professoras das disciplinas por disponibilizar essa oportunidade de contribuir para o envelhecimento ativo dessas senhoras.

A COMUNICAÇÃO ENFERMEIRO-PACIENTE COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Stefany Rodrigues Cardoso—Universidade Federal do Piauí-UFPI/ E-mail: stefanyrodrigues22@hotmail.com

José Diego Marques Santos – University of Lethbridge

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

Danielle Souza Silva Varela – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Claudete Ferreira de Souza Monteiro – Universidade Federal do Piauí-UFPI

Palavras-chave: Comunicação. Promoção da Saúde. Enfermagem.

Resumo

Objetivo: analisar evidências na literatura sobre a comunicação da enfermagem na promoção de saúde. Metodologia: revisão integrativa da literatura que teve como pergunta norteadora: quais as implicações da comunicação enfermeiro-paciente para a promoção de saúde? A busca foi realizada na *PsycINFO* [via *Ovid*], utilizando-se os descritores “*communication and nursing and health promotion*”. Resultados: 7 artigos científicos foram selecionados. Os resultados foram agrupados em duas categorias: a importância da comunicação no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde e fragilidades da comunicação enfermeiro-paciente. Na primeira categoria foi evidenciada a importância da comunicação em enfermagem no processo de encaminhamento de pacientes com problemas de saúde mental; na presença de variações linguísticas entre os idosos, sem comprometimento da comunicação assertiva; a relevância para a manutenção da dignidade moral do paciente, bem como do ambiente social. Além da satisfação de pacientes com o papel do enfermeiro e o poder da enfermagem em transcender na comunicação pela capacidade de interligar a equipe em trabalho, ambiente, família e o paciente. Em relação à segunda categoria, identificou-se que gerenciamento, hierarquia profissional e excesso carga de trabalho podem influenciar na comunicação enfermeiro-paciente. Conclusão: o enfermeiro pode usar a comunicação como uma forte ferramenta em prol da promoção de saúde, mas para isso deve ter noções dos fatores que podem atrapalhar e/ou auxiliar o processo comunicativo.

Introdução

A comunicação é por si só multifatorial e multidimensional. O processo de comunicar-se envolve não somente o emissor e o receptor (atores do processo), mais também a causa e o contexto no qual o elo comunicativo está sendo estabelecido. Na prática de enfermagem, a comunicação se faz necessária no âmbito terapêutico onde se tornam importantes e influentes a postura, os gestos, a linguagem, a proximidade, dentre outros. Esse processo pode tanto favorecer a promoção da saúde como obstá-la, isso vai depender do modo como é realizada (TAY; ANG; HEGNEY, 2012).

A promoção da saúde é uma estratégia de mudança contra os modelos tecnoassistenciais, pautados no modelo biomédico de assistência, que busca vias alternativas direcionadas ao modelo biopsicossocial de assistência (SILVA *et al*, 2009). Desta forma, a promoção em saúde se mostra desafiante para a enfermagem por incitar a mudança de atitudes explorando caminhos centrados na humanização.

Os profissionais de enfermagem necessitam utilizar a comunicação como instrumento para humanizar o cuidado. Para isso, é indispensável priorizar o diálogo com o objetivo de descobrir as necessidades do paciente e esclarecer dúvidas sobre o tratamento, procedimentos, exames e consequentemente ajudar na diminuição da carga de estresse e ansiedade (MORAIS *et al*, 2009). A comunicação é, sobretudo, uma estratégia bastante útil ao estabelecimento de vínculos do profissional de saúde com o paciente, em função de uma relação de confiança, essencial para sensibilização deste acerca das ações de promoção da saúde (PONTES; LEITÃO; RAMOS, 2008).

A comunicação permite que a enfermagem identifique problemas individuais e específicos na população e intervenha com planejamentos de cuidados direcionado e efetivo. Para isso, o enfermeiro precisa dispor de criatividade, habilidade de ouvir e meios para intervir (SANTOS; BERNARDES, 2010).

Apesar disso, há indícios que o relacionamento interpessoal e a comunicação em enfermagem ainda não se apresente como deveria, descaracterizando por vezes o processo de enfermagem (MOURÃO *et al*, 2009). Sem a comunicação eficaz enfermeiro-paciente o processo de enfermagem se torna comprometido e isso pode resultar na interrupção o processo de promoção em saúde.

Diante do exposto, o presente trabalho tem como objetivo analisar evidências na literatura sobre a comunicação da enfermagem na promoção de saúde.

Metodologia

O presente estudo trata de uma revisão integrativa da literatura, instrumento válido na Prática Baseada em Evidências, cuja colaboração se debruça sobre a orientação do cuidado clínico e de condutas com base na avaliação crítica de publicações sobre um determinado assunto (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão integrativa da literatura desempenha um papel importante no estímulo a pesquisas futuras sobre um determinado tópico, tendo em vista a capacidade de criar novas ideias e direções em um campo de estudo, demonstrando o estado da arte (TORRACO, 2005). A pergunta de pesquisa norteadora deste estudo foi: quais as implicações da comunicação enfermeiro-paciente para a promoção de saúde?

Utilizando-se os descritores “*communication and nursing and health promotion*”, a busca foi realizada no mês de agosto de 2014 na base de dados *PsycINFO* [via *Ovid*]. Os critérios de inclusão foram: ser estudo primário realizado com profissionais de enfermagem; textos completos disponibilizados integralmente *online*; artigos publicados no período de 2009 a 2014; escritos no idioma inglês; e contemplar o processo de

comunicação em enfermagem em prol da promoção de saúde (eixo temático). Excluíram-se: artigos não disponibilizados na íntegra e/ou fora do eixo temático, publicações com data inferiores ao ano de 2009 e revisões de literatura.

A análise crítica dos artigos desta revisão envolveu minuciosa leitura, discussão e reflexão entre os autores sobre os estudos selecionados em busca de informações que pudessem responder eficazmente a pergunta norteadora do estudo.

Resultados e Discussão

Partindo dos descritores foram encontradas 53 publicações. Com o limite de busca para os textos completos disponibilizados integralmente *online*, reduziu-se a amostra de estudos para 30 artigos. Desses, 4 foram excluídos por serem revisão de literatura, 18 por não se enquadrarem no período de publicação pré-estabelecido (nos últimos 5 anos) e 1 por não contemplar o eixo temático. Dessa forma, 7 artigos científicos passaram pelo processo de avaliação crítica e definiram a amostra final desta revisão.

Para melhor descrição dos resultados desta revisão, optou-se por subdividi-lo em duas categorias: a importância da comunicação no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde e fragilidades da comunicação enfermeiro-paciente.

A importância da comunicação no processo de trabalho da enfermagem na promoção da saúde

Estudo realizado na Austrália apontou a importância da comunicação em enfermagem no processo de encaminhamento de pacientes com problemas de saúde mental, afirmando que esta permitia ao enfermeiro generalista da comunidade avaliar na consulta de enfermagem o estado psíquico desses pacientes e encaminhá-los adequadamente a especialistas. Algo antes considerado de difícil realização e que interferia na promoção da saúde deste público (ANNELLS *et al*, 2010).

Estudo que avaliou a comunicação entre idosos e enfermeiros da Estratégia Saúde da Família em Porto Feliz, São Paulo, identificou que a presença de variações linguísticas entre os idosos não foi detectado como um problema para o estabelecimento de uma comunicação assertiva, uma vez que a equipe de enfermagem se mostrava atenta e respeitosa as formas de comunicação verbal e não verbal dos idosos, além de demonstrar interesse, escuta e contato visual (ALMEIDA; CIOSAK, 2013).

Pesquisa que objetivou explorar os fatores que influenciam, promovem ou comprometem a dignidade do paciente hospitalizado identificou, como um fator que contribui para a promoção em saúde através da comunicação enfermeiro-paciente, a manutenção da dignidade moral do paciente. Isso engloba respeito pelos valores da clientela, como religião, idade e personalidade. O uso de palavras apropriadas, compaixão, expressões de conforto e encorajamento pelos enfermeiros foram fatores apontados como contribuintes para a manutenção de um cuidado digno e merecido do paciente (MANOOKIAN; CHERAGHI; NASRABADI, 2014).

Há ainda quem defenda que o ambiente social do paciente também interfira no estabelecimento da comunicação interpessoal enfermeiro-paciente. Em um estudo transversal que avaliou o comportamento de enfermeiros através do uso de um modelo centrado no cuidado do paciente PCC (*Patient-centred care*) comprovou-se que o enfermeiro deve fazer o uso do neste método. Isto é, o enfermeiro deve tentar compreender toda a rede de apoio e relacionamentos socioculturais do paciente, com o propósito de entender suas principais preocupações, sentimentos, medos e ansiedades na tentativa de harmonizar as expectativas do paciente às demandas gerenciais requeridas pelo enfermeiro (ABDELHADI; DRACH-ZAHAVY, 2012).

Em pesquisa que objetivou conhecer a comunicação socialmente relevante do sistema de enfermagem sob a perspectiva luhmanniana por meio de entrevistas realizadas com enfermeiros e estudantes de enfermagem de uma universidade do Sul do Brasil, o enfermeiro foi destacado como o profissional que funciona como “um todo”, pois o mesmo tem a capacidade de comunicar e executar funções que interligam a equipe de trabalho, o ambiente, a família e o paciente. Por isso, o enfermeiro foi descrito neste estudo como um elemento capaz de transcender, através da comunicação, a linearidade e materialidade do cuidado de saúde. Desse modo, os enfermeiros demonstram que são capazes de ir além da doença se conseguirem valorizar cada paciente como único e singular, estabelecendo uma comunicação focada na prevenção e promoção de saúde (BACKES *et al*, 2012).

Em uma pesquisa qualitativa que avaliou fatores culturais e contextuais que influenciam a comunicação enfermeiro-paciente em um hospital de ensino do Irã, identificou-se que os enfermeiros tentam ao máximo entender as necessidades do paciente, providenciá-los devido apoio e encorajá-los a se expressar continuamente. Houve relato de pacientes quanto ao seu grau de satisfação após se sentir como um membro da família do enfermeiro no seu leito cirúrgico (FAKHR-MOVAHEDI *et al*, 2011).

Fragilidades da comunicação enfermeiro-paciente

Estudo apontou que a interferência de médicos no processo de comunicação para a promoção de saúde enfermeiro-paciente, quando esses proibiram os enfermeiros de falar detalhes sobre os procedimentos, o estado clínico do paciente, prognóstico, entre outros. Além disso, alguns enfermeiros se queixaram de excesso de trabalho, por às vezes ter que repetir procedimentos e recomendações para diversos pacientes. Tal acontecimento chama atenção para a presença de fatores externos, como gerenciamento, hierarquia profissional e carga de trabalho como fatores que influenciam na comunicação enfermeiro-paciente (FAKHR-MOVAHEDI *et al*, 2011). Em um estudo que avaliou como enfermeiros da comunidade assistiam mulheres com deficiência intelectual para atuar na prevenção do câncer de mama, identificou-se que as mulheres estavam com uma carência de conhecimento sobre a doença e nem mesmo haviam recebidos manuais com explicações sobre o grande risco que mulheres com deficiência intelectual tem de desenvolverem câncer de mama. Tal ocorrido recorda a comunicação em enfermagem para a promoção de saúde pode não ser estabelecida por conta de negligência profissional (TAGGART; TRUESDALE-KENNEDY; MCILFATRICK, 2011).

Conclusão

Diante do exposto, pode-se perceber que o enfermeiro pode usar a comunicação como uma forte ferramenta em prol da promoção de saúde. Para isso, é necessário que o enfermeiro tenha habilidades em comunicação verbal e não verbal, bem como respeito pela cultura e dignidade do paciente. Alguns estudos apontaram que questões como excesso de carga de trabalho, hierarquia de poder entre os profissionais de saúde, e negligência por parte do enfermeiro são fatores que atrapalham a comunicação efetiva no plano terapêutico.

Referências

- ABDELHADI, N.; DRACH-ZAHAVY, A. Promoting patient care: work engagement as a mediator between wardservice climate and patient-centred care. **Journal of advanced nursing**, v. 68, n. 6, p. 1276-1287, 2012.
- ALMEIDA, R. T.; CIOSAK, S. I. Communication between the elderly person and the Family Health Team: is there integrality? **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 4, p. 1-7, 2013.
- ANNELLS, M. et al. An evaluation of a mental health screening and referral pathway for community nursing care: nurses' and general practitioners' perspectives. **Journal of Clinical Nursing**, v. 20, n. 1, p. 214-226, 2010.
- BACKES, D. S. et al. The nursing care system from a Luhmannian perspective. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 873-879, 2012.
- FAKHR-MOVAHEDI, et al. A qualitative content analysis of nurse–patient communication in Iranian nursing. **International Nursing Review**, v. 58, n. 2, p. 171-180, 2011.
- MANOOKIAN, A.; CHERAGHI, M.; NASRABADI, A. Factors influencing patients' dignity: A qualitative study. **NursingEthics**, v. 21, n. 3, p. 323-334, 2014.
- MENDES K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.17, n.4, p. 758-764, 2008.
- MORAIS, G. S. N. et al. Comunicação como um instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 22, n.3, p. 323-327, 2009.
- MOURÃO, C. M. L. et al. Comunicação em enfermagem: uma revisão bibliográfica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 10, n. 3, p. 139-145, 2009.
- PONTES, A. C.; LEITÃO. M. T. A.; RAMOS, I. C. Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 3, p. 312-318, 2008.
- SANTOS, M. C.; BERNARDES, A. Comunicação da equipe de enfermagem e a relação com a gerência nas instituições de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 359-366, 2010.
- SILVA, K. L. et al. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n.1, p. 86 -91, 2009.
- TAGGART L.; TRUESDALE-KENNEDY M.; MCILFATRICK S. The role of community nurses and residential staff in supporting women with intellectual disability to access breast screening services. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 55, n. 1, p. 41-52, 2011.
- TAY, L. H.; ANG, E.; HEGNEY, D. Nurses' perceptions of the barriers in effective communication withinpatient cancer adults in Singapore. **Journal of Clinical Nursing**, v. 21, n. 1, p. 2647- 2658, 2012.
- TORRACO R. Writing Integrative Literature Reviews: Guidelines and Examples. **Human Resource Development Review**, v. 4, n. 3, p. 356-367, 2005.

Agradecimentos

À orientadora, pelo conhecimento compartilhado.

AVALIAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO DE CRIANÇAS ATÉ UM ANO EM DUAS COMUNIDADES DO BAIRRO SERRINHA EM FORTALEZA.

Lirenn Paiva Narciso – Universidade Federal Do Ceará / E-mail: lirennapaiva@gmail.com

Orlando Lima Diógenes - Universidade Federal Do Ceará

Taís Castelo de Oliveira - Universidade Federal Do Ceará

Isadora Sales Nogueira - Universidade Federal Do Ceará

Thuliermes Lopes Pamplona - Universidade Federal Do Ceará

Luciano Pamplona de Góes Cavalcanti - Universidade Federal Do Ceará

Palavras-chave: Aleitamento materno. Promoção da saúde. Puericultura. Desmame.

Resumo

O aleitamento materno é um tema bastante importante para a compreensão do desenvolvimento das crianças. Esse tema é o objeto desse trabalho, que, norteado pelos dados obtidos pelo Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar, visa analisar a prevalência da amamentação, seja exclusiva ou complementada, nas comunidades observadas, e traçar um quadro que elucide a situação, comparando com dados nacionais, estaduais e municipais e possibilitando conclusões acerca do objeto de estudo escolhido.

Os resultados obtidos mostraram algumas informações previstas, mas outras muito relevantes para projetos e pesquisas futuros que visem reverter o quadro apresentado durante o trabalho ou elucidar outros aspectos desse objeto de estudo, fundamentando, possivelmente, medidas públicas que mudem o panorama revelado e enalteçam ainda mais a relevância da amamentação exclusiva durante os primeiros seis meses.

Introdução

O aleitamento materno constitui questão essencial para a saúde humana, especialmente nos primeiros anos de vida, pois, além de atender às necessidades nutricionais e metabólicas, fornece à criança proteção imunológica. Segundo recomendação do Ministério da Saúde e da Organização Mundial da Saúde (OMS) o aleitamento deve ser exclusivo nos primeiros seis meses de vida. A partir de então, devem ser introduzidos, de maneira gradual, alimentos complementares ao leite materno, o qual deve ser mantido até os dois anos (ÁVILA;SALVAGNI, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Apesar de todas as recomendações, estudo do Ministério da Saúde, revelou que a prevalência do aleitamento materno exclusivo até os seis meses é de apenas 41% no Brasil, 37% na região Nordeste e apenas 32,9% em Fortaleza, tendo esta o terceiro pior índice de aleitamento exclusivo do Brasil. No que concerne ao aleitamento dos nove aos 12 meses, foi verificado que a prevalência foi de 58,7% no Brasil, 59% na região nordeste e 57,2% em Fortaleza.

Ciente dessa realidade brasileira, o Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar sempre busca conscientizar as mães da importância da amamentação, desde a gravidez. As crianças acompanhadas são cadastradas a partir do Encontro das Gestantes, atividade promovida pelo Projeto, onde, através do diálogo, orientações acerca da gravidez e dos cuidados com o recém-nascido são transmitidas.

Metodologia

Foram avaliados dados; referentes à alimentação dos bebês durante seu primeiro ano de vida; contidos nas fichas de acompanhamento da puericultura, preenchidas pelos membros do Projeto durante as visitas, as quais perfazem um total de quatro (uma a cada três meses, aproximadamente) durante o primeiro ano de vida de cada criança. As visitas são realizadas a partir de um cadastro prévio, realizado no Encontro das Gestantes, promovido pelo mesmo Projeto, que atua nas comunidades Neo e Garibaldi, no Bairro Serrinha em Fortaleza. Nas fichas são encontradas informações que incluem hábitos de higiene e alimentação, além do acompanhamento do cartão vacinal da criança, bem como do seu crescimento e desenvolvimento, sendo esses dados atualizados a cada visita. Foi analisado o item ``Alimentação`` das fichas de crianças que tiveram sua última visita realizada nos anos de 2012 e 2013, totalizando 28 crianças, portanto, 28 fichas.

Resultados e Discussão

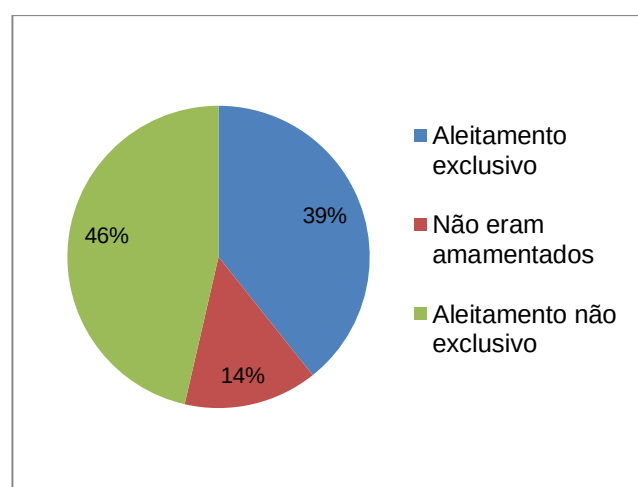


Figura 8. Alimentação dos bebês na 1ª visita.

Na 1ª visita, foram acompanhadas crianças com idades entre 12 dias e quatro meses e cinco dias. Sendo a média de idade de um mês e 17 dias.

Com isso, pode-se perceber que todas estão na faixa de idade em que deveriam estar em aleitamento materno exclusivo, entretanto, menos da metade dessas crianças estavam inseridas nessa condição. Apesar disso, a prevalência do aleitamento exclusivo no grupo em questão ainda obteve valores maiores quando comparada à cidade de Fortaleza (32,9%). Outro valor importante foi que 14% das mães haviam parado de amamentar completamente seus filhos já na 1ª visita, fato preocupante, pois o bebê é privado de muitos nutrientes e anticorpos provenientes do leite da mãe.

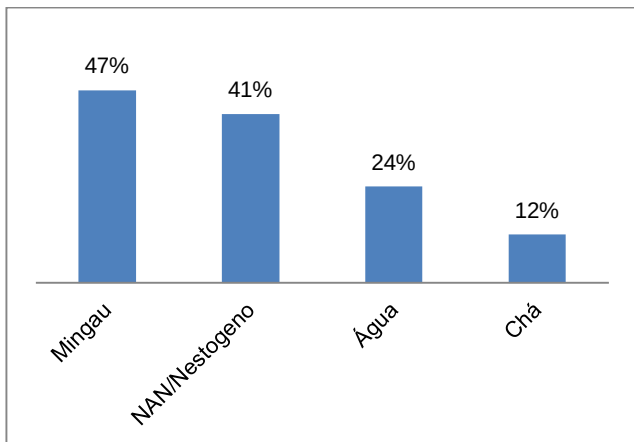


Figura 9. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou não se alimentavam exclusivamente do leite materno na 1ª visita (mais de uma resposta válida).

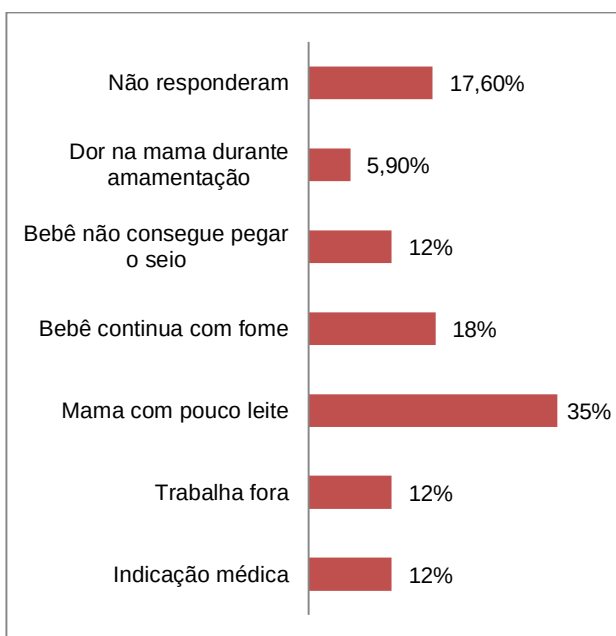


Figura 10. Justificativas das mães para não amamentarem ou incluírem outros alimentos na dieta dos filhos - 1ª visita.



Figura 11. Alimentação dos bebês na 2ª visita.

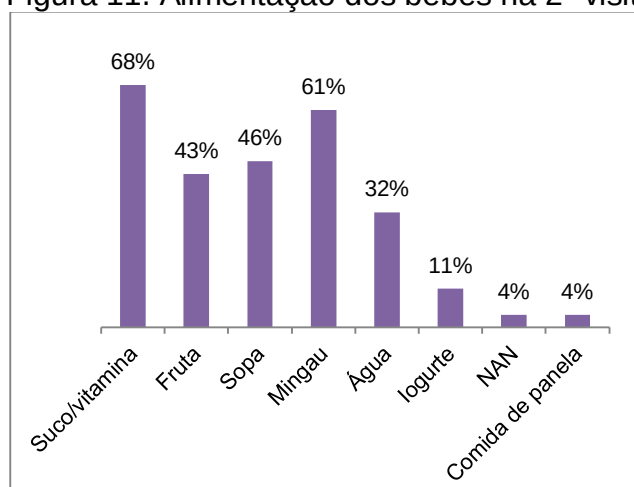


Figura 12. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou não se alimentavam exclusivamente do leite materno

Ainda na 1ª visita, pode-se perceber que o principal alimento oferecido aos bebês foi mingau, preparado com leite de vaca e farinhas engrossantes, ambos prejudiciais ao bebê, tanto por não atender às suas necessidades nutricionais quanto por não serem apropriadas ao seu sistema digestório, causando, muitas vezes, incômodos e cólicas. Além disso, estudos sugerem que a exposição ao leite de vaca antes dos quatro meses pode ser determinante do aparecimento do diabetes mellitus tipo I. (FIALHO et al., 2014)

A principal justificativa das mães para não amamentar mais ou incluir alimentos complementares na dieta dos filhos precocemente foi o fato de não possuir leite suficiente. Entretanto, sabe-se que o volume diário da produção láctea é suficiente para a nutrição do lactente até o sexto mês de vida e se relaciona com a frequência da sucção e com a técnica adequada de amamentação. O que torna importante oferecer a mama na hora em que o bebê quiser, sem estabelecer horários para as refeições. Outra justificativa prevalente foi a que o bebê continua com fome, que se relaciona com a justificativa anterior, podendo ser considerada uma extensão da primeira. Frequentemente, o choro durante ou após a mamada é interpretado como fome, fato que, muitas vezes, mostra-se errôneo e o motivo do choro é outro.

Na 2ª visita foram acompanhadas crianças com idades entre dois meses e sete dias a oito meses e um dia. Sendo a média de idade de cinco meses e 17 dias. É possível perceber um grande aumento na prevalência de crianças que não eram mais amamentadas, que passou de 14% na 1ª visita para 43% na 2ª visita. A prevalência do aleitamento materno exclusivo teve um declínio, passando de 39% na 1ª visita para 14% na 2ª visita. Entretanto, vale ressaltar que nem todas as crianças estavam na faixa etária em que o aleitamento exclusivo é recomendado, portanto, não é possível a análise acerca do que isso representa.

na 2ª visita
(mais de uma resposta válida).

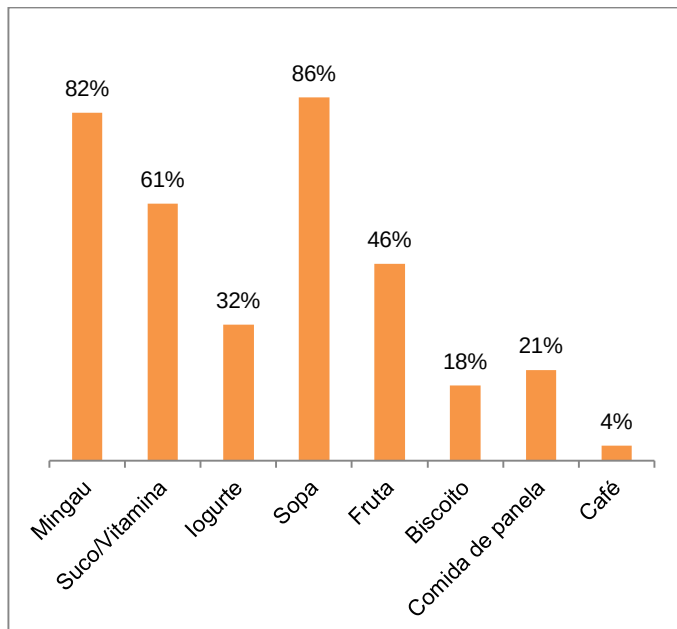


Figura 13. Alimentação dos que não eram mais amamados ou que estavam com alimentação complementar - 3ª visita (mais de uma resposta válida).

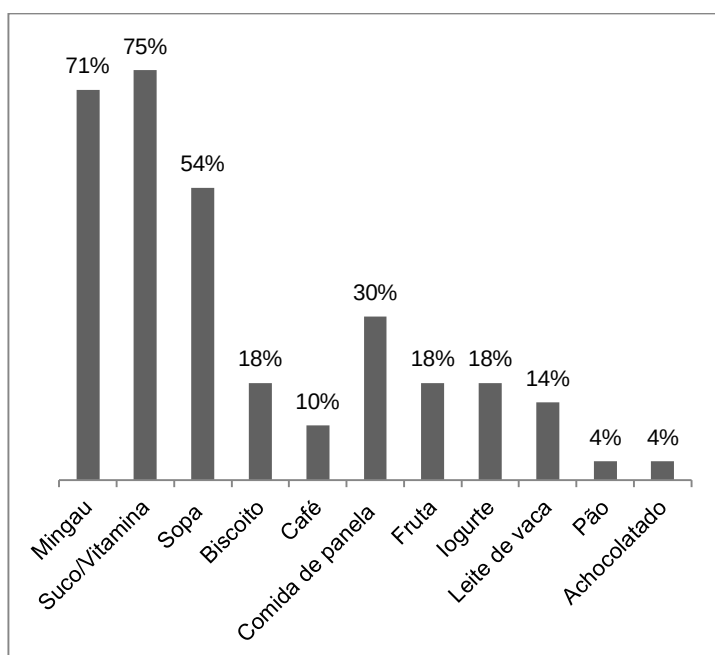


Figura 14. Alimentação dos que não eram mais amamentados ou que estavam com alimentação complementar - 4ª visita (mais de uma resposta válida).

Acerca da alimentação dos que não eram mais amamentados ou não se alimentavam exclusivamente do leite materno na 2ª visita, houve uma prevalência de suco/vitamina e mingau, alimentos complementares, que devem ser adicionados à dieta do lactente a partir dos seis meses. Entretanto, grande parte dos lactentes com menos de seis meses já tinham iniciado a alimentação complementar, fato que necessita de atenção e intervenção

Na 3ª visita, as crianças tinham entre sete meses e dois dias a dez meses e sete dias, com média de idade de oito meses e 29 dias. A porcentagem de crianças que não eram mais amamentadas se manteve constante (43%). Os principais constituintes da dieta dessas crianças era sopa, mingau e suco/vitamina.

A incorporação de biscoito e café à alimentação dessas crianças é um fato que requer a conscientização das mães, visto que esses alimentos não são recomendados em idade tão precoce.

Em relação à dieta das crianças na 4ª visita, teve como principais alimentos constituintes o mingau e o suco/vitamina. Percebe-se que biscoito e café tiveram seus números aumentados em relação à 3ª visita, o que, novamente, demonstra, possivelmente, a falta de informação das mães acerca dos prejuízos que esses alimentos podem acarretar.

Conclusão

Os resultados encontrados durante a pesquisa são muito importantes para analisar a forma com a qual o aleitamento materno é praticado nas famílias das comunidades acompanhadas, bem como as alternativas alimentares encontradas para substituir o aleitamento exclusivo ou complementar o aleitamento materno. A partir dessa análise, foi possível entender que, apesar de ser reconhecido como essencial para o desenvolvimento inicial da criança, o leite materno não é a principal fonte alimentar para as crianças pesquisadas, as quais, como foi observado nos resultados da pesquisa, ainda na primeira visita, apresentavam o mingau como fonte alimentar predominante, nos casos dos bebês que não eram amamentados, ou complementares, nos casos dos bebês que não recebiam o leite materno exclusivamente.

Os resultados encontrados e expostos, além de traçar um panorama sobre o aleitamento materno nas comunidades acompanhadas, podem consistir em um meio para a elaboração de mais pesquisas sobre o assunto, englobando mais famílias, norteados, por conseguinte, mais projetos sociais, como o Projeto Serrinha de Acompanhamento Familiar, que incentivem e conscientizem as mães sobre a importância do aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses de vida para o desenvolvimento pleno da criança.

Referências

ÁVILA, Izabela; SALVAGNI, Evila. **Proteção e Promoção da Saúde da Criança e do Adolescente**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2009. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/26647/000731106.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 01/07/2014.

FIALHO, Flávia Andrade. et al. Diabetes Mellitus: A Possível Relação com o Desmame Precoces. **Revista de Enfermagem UFPE On line**, Recife, v.8, n.2, p.372-8, fev.2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/3415/8489>>. Acesso em: 07/07/2014.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_prevalencia_aleitamento_materno.pdf>. Acesso em: 01/07/2014.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. **Manual de orientação**: alimentação do lactente, alimentação do pré-escolar, alimentação do escolar, alimentação do adolescente, alimentação na escola / Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia. - São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento de Nutrologia, 2006. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/manuais/manual_alim_dc_nutrologia.pdf>. Acesso em: 01/07/2014.

Agradecimentos

Agradecemos à população do Bairro Serrinha, pela disposição, atenção e colaboração com o Projeto; e pela disponibilidade de nos receber em suas casas. Também somos gratos pelo Professor Luciano, nosso orientador e pelos demais integrantes desse projeto, pelo compartilhamento de experiências que nos trazem crescimento pessoal e acadêmico.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE APLICADA AO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

Narjara Beatriz Queiroz da Silva – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Email: narjara_beatriz@hotmail.com
Bianca Norrara Costa Gomes da Silva – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Clélia Albino Simpson – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Felismina Rosa Parreira Mendes – Universidade de Coimbra
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. Cuidadores. Família. Enfermagem.

Resumo

A população brasileira convive com uma maior concentração de idosos, que trouxe consigo alterações na incidência de determinadas patologias, tendo destaque as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais afetam a faixa etária idosa, levando-os a perderem sua independência. Assim, surge o cuidador familiar na prestação de assistência, que ao assumir este encargo passa por mudanças psicológicas, físicas e sociais em sua rotina. O estudo tem por objetivo analisar de que forma a promoção da saúde se insere no cotidiano dos cuidadores familiares de idosos com patologias crônicas. O método utilizado para a pesquisa consistiu em uma revisão integrativa, utilizando as base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), empregando os descritores promoção da saúde, assistência domiciliar, idoso, cuidadores e família. O período de 2000 a 2014 foi definido como espaço cronológico, tendo como critérios de inclusão os artigos publicados em periódicos no idioma português, que contemplassem o objetivo geral da revisão, selecionando-se por fim 5 títulos. A partir dos resultados, classificou-se a promoção da saúde em: intrafamiliar, quando ocorre no ambiente domiciliar e depende de seus constituintes; extrafamiliar quando perpassa o domicílio, adentrando em outros setores e agregando outros indivíduos em sua realização; combinada, quando une características das vertentes anteriores. Diante da pesquisa, percebeu-se que a promoção da saúde do cuidador não se limita a um elemento isolado, bem como o fato de que se deve ter um maior número de pesquisas acerca da temática.

Introdução

A população brasileira vive um momento intenso de transição demográfica, que vem acarretando em um aumento na concentração de idosos no país. Dentre os fatores determinantes para que este fenômeno ganhasse força no Brasil estão a redução significativa na taxa de fecundidade, acompanhada da diminuição na taxa de mortalidade infantil, assim como o aumento na expectativa de vida. Segundo estimativas, no ano de 2025, o Brasil será a sexta localidade com o maior contingente de idosos, somando esta parcela da população cerca de 32 milhões de pessoas (MORAES, 2012).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o indivíduo pode ser classificado como pertencente à faixa etária idosa a partir dos 60 anos de idade, ou mais (WHO, 2002). E uma das mudanças significativas geradas por este novo perfil demográfico foi a alteração na incidência de determinadas doenças. As patologias infecto-parasitárias, que possuíam um lugar de destaque epidemiológico no Brasil, foram diminuindo sua incidência, dando lugar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MORAIS, 2012), que hoje são responsáveis por afetar de maneira significativa a faixa etária idosa.

No momento em que um ente querido adoece, principalmente nos casos em que o tratamento será por tempo indeterminado, como no caso das DCNT, a família se constitui em um centro de apoio e zelo (IBALDO et al, 2014), surgindo nesta realidade a figura do cuidador, pessoa que será essencial nos momentos de dificuldades e na prestação de assistência a este familiar.

O cuidado segundo Waldow (2001) constitui-se em um conjunto de ações e atitudes que abrangem não só conhecimento científico, mas também um misto de habilidades, sentimentos, vivências e crenças que trabalham em conjunto na busca da manutenção ou melhora da condição humana, tanto no decorrer da vida, como no processo de morte.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aprovada através da Portaria nº397 de 09 de outubro de 2002, o cuidador foi integrado como uma ocupação sob o código 5162 (CBO, 2010), sendo este responsável pelo bem-estar da pessoa assistida, assim como também é de seu cargo zelar pela saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer deste indivíduo. Este cuidador pode vir a atuar com indivíduos de qualquer faixa etária, que estejam carecendo de assistência por possuírem alguma limitação, de cunho físico ou mental, que os esteja impedindo de realizarem determinadas atividades (BRASIL, 2008).

Devido o domicílio ser o local onde o idoso possui mais identificação, podendo ficar mais a vontade na realização de suas tarefas e na vivência de seu cotidiano, tendo uma liberdade maior, este espaço é considerado como sendo o primordial para que estes indivíduos possam viver seu processo de envelhecimento (POLARO et al, 2013), facilitando também o acesso e relacionamento dos familiares para com este idoso, o que poderia não ocorrer caso ele estivesse em uma instituição de longa permanência ou hospitalar.

A assistência ao idoso com DCNT no âmbito familiar também torna-se a opção primordial por facilitar sua autonomia, estimulando ainda a participação de outros familiares no processo, sendo por isso que o cuidador configura-se primariamente como um membro da família. Mas assumir a tarefa de se responsabilizar como cuidador principal de um paciente dependente tem seus percalços, que incluem mudanças psicológicas, físicas e sociais do cuidador familiar (IBALDO et al, 2014).

Devido ao fato dos idosos com patologias crônicas apresentarem um maior grau de dependência ao longo dos anos, os cuidadores acabam por dedicarem-se em um período de tempo mais prolongado ao familiar, culminando em uma maior sobrecarga de trabalho, gerando grande cansaço físico (STACKFLETCH et al, 2012). E em seu cotidiano, ainda se encontram presentes diversos outros fatores que causam impactos em sua vida. Dentre eles se encontram a falta de tempo livre e de sua intimidade, que geram uma deterioração de suas relações sociais e a perda de controle sobre sua própria vida, somando-se a isto os entraves

interpessoais entre cuidador e seu familiar, provocando sentimentos de irritabilidade, bem como a preocupação por tentar proporcionar o melhor cuidado (BENAVIDES; ALBURQUERQUE; CHANÁ-CUEVAS, 2013).

Consequente a isso ainda sobrevém à questão de que o cuidado realizado no âmbito domiciliar por vezes é prestado por familiares leigos, que não possuem muitos conhecimentos acerca das doenças que convivem ou que nunca ouviram falar da mesma, sendo muitas vezes esse cuidado designado a essas pessoas de forma abrupta, sem o devido preparo que esta tarefa demanda (BRASIL, 2008). Desta forma, o ato de lidar diretamente com uma DCNT consegue afetar não só o doente, mas atinge de forma direta aquele responsável por seu cuidado.

Por este motivo, se torna necessário inferir acerca da promoção a saúde desses cuidadores, para que estes desempenhem o processo de assistência domiciliar de forma que consigam manter sua qualidade de vida. Esta, segundo Nunes e Menezes (2014), constitui-se em um conjunto de condições que permitem aos indivíduos viverem bem, proporcionando-lhes satisfação profissional e ocupacional diária, bom estado físico, psicológico e social, bem como estabilidade financeira. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo analisar de que forma a promoção da saúde se insere no cotidiano dos cuidadores familiares de idosos com patologias crônicas.

Metodologia

O método utilizado consistiu em uma revisão integrativa, que proporciona uma análise de pesquisas publicadas, com o intuito de se formular uma conclusão geral a respeito de uma determinada temática. Como etapas deste método constituem-se a identificação do tema e a formulação de uma questão principal para a pesquisa, o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, que irá gerar a amostragem total da busca. Após este momento, haverá a definição das informações que serão utilizadas dos estudos selecionados, formulando-se categorias para as mesmas, com a subsequente avaliação e interpretação dos resultados, tendo por fim a exposição dos achados (MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Como fontes elencadas para a realização da busca foram utilizadas a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), empregando-se os descritores promoção da saúde, assistência domiciliar, idoso, cuidadores e família, com registro nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), de forma cruzada.

O período de 2000 a 2014 foi definido como espaço cronológico para o estudo. Os resultados verificados seguiram os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos no idioma português, que contemplassem o objetivo geral da revisão. O critério para exclusão foram todos os resultados que não se constituíssem em artigos científicos, dentre eles resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e livros, bem como terem sido publicados em outros idiomas, sendo realizada a leitura dos resultados obtidos, sua análise e discussão.

Resultados e Discussão

Através da busca realizada, obteve-se um total de 46 referências, 2 (4,3%) provenientes do SciELO e 44 (95,7%) da base LILACS, que após serem analisadas e passarem pelos critérios de inclusão e exclusão, além da eliminação de resultados duplicados e observação da relação com o tema somaram-se 5 títulos, tendo o SciELO 2 artigos incluídos e LILACS 3 resultados selecionados. Com relação ao ano de publicação, 2011 obteve 2 resultados e os anos de 2003, 2007 e 2013 obtiveram 1 resultado. Todas as pesquisas foram produzidas pela categoria de Enfermagem, enfatizando sua presença nos estudos sobre o tema, sendo os autores em quatro títulos (80%) um conjunto de profissionais da classe e em um artigo (20%), a autoria provém da associação destes com uma discente.

Após a análise dos diferentes artigos selecionados, podem-se classificar os achados sobre promoção da saúde em três vertentes: intrafamiliar, quando esta ocorre no ambiente domiciliar e depende de seus constituintes; extrafamiliar quando perpassa o espaço familiar, adentrando em outros setores e agregando outros indivíduos em seu processo de realização; combinada, quando une características das vertentes anteriores.

A educação em saúde, proveniente de profissionais dos serviços de assistência, se mostra como uma das formas mais evidenciadas de promoção da saúde combinada, encontrando-se presente em todos os estudos selecionados. Além de proporcionar aos cuidadores familiares a acessibilidade de conhecimentos acerca da patologia de seu familiar, bem como do processo de cuidar como um todo, o que culmina em um melhor resultado, diminui consequentemente sua insegurança frente às tarefas que se estabelecem, fazendo-o compreender melhor todo o processo de envelhecimento e suas intercorrências, fortalecendo ainda a relação cuidador/profissional (CARVALHAIS e SOUZA, 2013; UESUGUI; FAGUNDES e PINHO, 2011; AGUIAR et al, 2011; MARTINS et al, 2007; CALDAS, 2003).

No tocante a questão financeira, que vai além do âmbito domiciliar, esta também é tratada como fundamental para o bem estar do cuidador. Devido o idoso com DCNT ter muitas despesas em seu tratamento, a formulação de políticas de apoio de gastos pelo governo seria imprescindível, pois dessa forma o estresse que o cuidador vivencia por não ter recursos financeiros suficientes para prover uma boa alimentação, medicamentos e atividades de lazer para o idoso seria diminuída (CALDAS, 2003; UESUGUI; FAGUNDES e PINHO, 2011), fazendo-o ficar mais tranquilo.

A presença de um trabalho colaborativo, entre o cuidador e outros indivíduos, também influencia na promoção da saúde deste, pelo fato de diminuir a sobrecarga física e emocional com a qual lida diariamente. Este pode ser extrafamiliar, incluindo nesta conjectura o auxílio de profissionais da enfermagem, no tocante a orientações e sistematização da assistência, como também intrafamiliar através dos demais membros da família, distribuindo-se as tarefas cuidatórias de forma igualitária (CARVALHAIS e SOUZA, 2013; AGUIAR et al, 2011; MARTINS et al, 2007; CALDAS, 2003). Isto proporciona ainda uma melhoria no psicossocial deste cuidador, fazendo-o conviver de forma pacífica com o idoso e no restabelecimento de sua vida social e pessoal.

Conclusão

Constatou-se a partir do estudo, o quanto se é discreta a produção de conhecimentos acerca da temática, o que foi evidenciado pelo pequeno número de artigos encontrados na pesquisa, sendo presentes em número mais significativo estudos voltados à promoção da saúde daquele que recebe a assistência. Isto vem ao encontro da importância que se deve dar a promoção da saúde também do cuidador, tornando-o sujeito principal, uma vez que quando os seus entes queridos começaram a sofrer com os efeitos debilitantes das DCNT, o primeiro a oferecer-lhe apoio e cuidados é o seu familiar, que culminará por atender todas as suas necessidades e sofrerá com as dificuldades que o ato de assumir este compromisso traz consigo.

Desta forma, entende-se que a presença de estratégias que visem à melhoria da rotina diária dos cuidadores se faz imprescindível no ambiente domiciliar, reforçando-se a realização de pesquisas sobre o tema, para que assim não só eles como a sociedade em geral possam conhecer melhor a questão central, contribuindo para a efetivação das ações pensadas.

A partir dos resultados identificados, percebeu-se que a promoção da saúde do cuidador não depende apenas de um fator isolado. Diferentes vertentes biopsicossociais e de seu cotidiano estão envolvidas nesta conjectura, o que demanda uma ação profunda e diversificada para que o cuidado domiciliar seja exercido de forma a não prejudicar nem o idoso e principalmente o cuidador.

Referências

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva de et al. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR DE IDOSOS PARA CUIDADORES: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p.485-490, 2011.

BENAVIDES, Olga; ALBURQUERQUE, Daniela; CHANÁ-CUEVAS, Pedro. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. rev Med Chile, v.141, n. 3, p. 320-326, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério do Trabalho. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CARVALHAIS, Maribel; SOUSA, Liliana. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. Saúde Soc., São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO: 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. 196 p.

IBALDO, Sabryna da Silva et al. SER FAMILIAR CUIDADOR NO ESPAÇO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 8, n. 7, p.2115-2121, 2014.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, vol. 16, n. 2, p.254-262, 2007.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]., vol.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

NUNES, Luís; MENEZES, Odete. O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos. 1. ed. Lisboa: Editorial Caminho, 2014.

POLARO, Sandra Helena Isse et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-233, 2013.

STACKFLETH, Renata et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 25, n. 5, p.768-774, 2012.

UESUGUI, Helena Meika; FAGUNDES, Diego Santos; PINHO, Diana Lucia Moura. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. Acta Paul Enferm, vol. 24, n. 5, p.689-694, 2011.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato, 2001.

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 minha orientadora, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, por estar sempre à disposição quando preciso, por me conduzir pelos caminhos certos nos meus estudos, me ajudando em todos os momentos.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GESTANTE COM PRÉ-ECLÂMPsia: Uma Revisão Integrativa

Luana Feitosa Mourão. Universidade Federal do Piauí – UFPI. Email: luanamourao29@hotmail.com.

Joalda da Costa Rodrigues. Universidade Estadual do Piauí - UESPI.

Álvaro Francisco Lopes de Sousa. Universidade Federal do Piauí- UFPI.

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz. Universidade Federal do Piauí – UFPI.

Layze Braz de Oliveira. Universidade Federal do Piauí– UFPI.

Geny Rose Cardoso Costa. Universidade Estadual do Piauí – UESPI.

Palavras-chave: Pré-eclâmpsia. Assistência. Cuidados. Enfermagem.

Resumo

A gestação é um período de mudanças no organismo da mulher cuja sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Dentre as doenças maternas, a pré-eclâmpsia é um problema comum na gestação, e trata-se de um sério problema de saúde pública devido à morbidade e mortalidade materna. Objetivou-se conhecer os fatores de risco e a assistência de enfermagem a gestante com pré-eclâmpsia. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, com abordagem qualitativa realizado em banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Foram analisados 21 artigos. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia em gestantes são: a primiparidade, gestação nos extremos da idade reprodutiva, obesidade, baixa escolaridade, baixa renda familiar, antecedente pessoal e familiar de hipertensão crônica, dieta hipercalórica, hipoprotéica e hipersódica. O enfermeiro deve prestar assistência de qualidade e integral, transcendendo a reabilitação e tratamento, focando na prevenção da doença e promoção da saúde. As evidências apontam que a assistência de enfermagem é de essencial importância para redução das taxas de mortalidade materna e infantil, promovendo dessa forma uma maternidade segura, evitando que essa patologia avance para outros agravos, entretanto, essa assistência necessita ser melhorada, cabendo aos profissionais de enfermagem um olhar holístico.

Introdução

A gestação trata-se de um período de mudanças no organismo da mulher que sua evolução se dá na maior parte dos casos sem intercorrências. Apesar desse fato, há uma pequena parcela de gestantes, que, por serem portadoras de alguma patologia, desenvolvem problemas ou agravos que contribuem para uma gestação de alto risco (SAMPAIO et al., 2013). Dentre as doenças maternas, a pré-eclâmpsia é um problema comum na gestação, e trata-se de um sério problema de saúde pública devido à morbidade e mortalidade materna.

A pré-eclâmpsia gestacional ocorre a partir da segunda metade da gravidez, após a 20ª semana, caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados na gestação associada à proteinúria e edema. É uma hipertensão específica da gravidez humana e tem sua etiologia desconhecida (FREIRE et al., 2013).

A pré-eclâmpsia pode ser classificada como leve e grave. Em relação à pré-eclâmpsia leve, para o seu diagnóstico devem ser adotados os seguintes critérios: aumento exagerado e súbito do peso, maior ou igual a 500g/semana, seguido de edema generalizado, pressão sanguínea $\geq 140/90$ mmHg (duas ocasiões espaçadas de 6h) e por fim proteinúria ≥ 300 mg/24h. Já na pré-eclâmpsia grave, para sua confirmação devem seguir os seguintes critérios: pressão sanguínea $\geq 160/110$ mmHg (duas ocasiões espaçadas de 6h), proteinúria $\geq 5g/24h$ ou $\geq 3+$ (duas amostras espaçadas de 6 h), oligúria $< 500ml/24h$, trombocitopenia $< 100.000/mm$, creatinina $> 1,2mg/dl$, dor epigástrica ou no quadrante superior direito, edema de pulmão ou cianose, distúrbios visuais ou cerebrais, sinais e sintomas de iminência de eclampsia e achados característicos da síndrome HELLP (REZENDE, 2013).

A gestante com quadro de pré-eclâmpsia pode apresentar comprometimento em diversos órgãos e sistemas como o sistema vascular, hepático, renal e cerebral. Em relação ao conceito, pode ocasionar neuropatias, crescimento intrauterino retardado e sofrimento fetal (SPINDOLA et al., 2013).

Os agravos da pré-eclâmpsia gestacional e a falta de uma adequada assistência de enfermagem as pacientes com pré-eclâmpsia pode ocasionar o óbito da gestante, o que faz dessa doença a maior responsável pela mortalidade materna nos países da América Latina e Caribe, incluindo o Brasil (MELO et al., 2009).

Dessa forma o estudo tem como objetivo conhecer os fatores de risco e a assistência de enfermagem a gestante com pré-eclâmpsia.

Metodologia

Trata-se de uma revisão da literatura, do tipo integrativa, referente à temática assistência de enfermagem as gestantes com pré-eclâmpsia. Para a elaboração do estudo utilizou-se o seguinte eixo norteador: Como é a assistência de enfermagem a gestante com pré-eclâmpsia?

A coleta de dados ocorreu no período de agosto de 2013 a julho de 2014. O levantamento bibliográfico foi realizado no banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) que integra as principais bases de dados: Scientific Eletronic Librari Online (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval Sistem on-line (MEDLINE). Foram encontrados no total 156 artigos, sendo que 25 apresentaram textos completos e 04 destes eram duplicados. Dessa forma dos 21 estudos restantes, 11 eram artigos de acesso livre e os outros 10 eram artigos pagos. Para a seleção dos artigos utilizou-se como critérios de inclusão artigos nacionais e internacionais, publicados entre os anos de 2004 a 2014. Inicialmente a seleção dos artigos ocorreu com base nos títulos e resumo e, após verificação do conteúdo

apropriado ao tema, buscou-se o texto completo. Em seguida realizou-se a tradução dos textos de língua estrangeira no programa Language reader, de uso gratuito e livre, que traduz artigos em PDF. Foram analisados os textos sendo selecionados os de interesse ao tema pesquisado.

Resultados e Discussão

Os principais fatores de risco para o desenvolvimento da pré-eclâmpsia em gestantes são: a primiparidade, gestação nos extremos da idade reprodutiva, obesidade, baixa escolaridade, baixa renda familiar, antecedente pessoal e familiar de hipertensão crônica, dieta hipercalórica, hipoprotéica e hipersódica. Condições socioeconômicas desfavoráveis, como baixa escolaridade e baixa renda familiar, têm levado mulheres à gestação de alto risco, visto que essas situações estão associadas, em geral, ao estresse e a piores condições nutricionais assim como a atenção deve estar voltada para a ocorrência de hipertensão arterial em familiares, pois a incidência de síndromes hipertensivas na primeira gestação viável está em torno de 5% na população geral, 22% nas filhas e 38% nas irmãs de mulheres que tiveram a doença (MOURA et al., 2010).

Os fenótipos prévios como desnutrição e a obesidade, assim como, anemia, infecção das vias urinárias e os hábitos de alimentação também são fatores de risco para o desenvolvimento dessa doença, juntos a esses fatores impulsionam a expressão de genes que predispõem à hipertensão a gravidez arterial (GARCIA et al., 2011).

Além disso, as mulheres que deram à luz entre 34^a e 36^a semanas da idade gestacional, na gravidez anterior, enfrentam relativamente um pequeno risco de pré-eclâmpsia recorrente de desenvolver pré-eclâmpsia ou Síndrome HELLP, em comparação com as mulheres que deram à luz antes de 34^a semanas assim é necessário também o monitoramento de mulheres que sofrem de grave comorbidade, como diabetes mellitus, lúpus, doença renal, doença cardíaca, aumentam o alerta para os primeiros sinais de complicações na gravidez em mulheres com história de pré-eclâmpsia ou Síndrome HELLP (DELAHAJE et al., 2010).

Os riscos relativos de desenvolver pré-eclâmpsia, foram: presença de história de pré-eclâmpsia, diabetes pré-existente, gravidez múltipla, nuliparidade, história familiar de pré-eclâmpsia, mulheres com idade ≥ 40 (mulheres nulíparas), mulheres múltiparas, e um índice de massa corporal elevado na reserva. O risco de pré-eclâmpsia também é aumentada com hipertensão pré-existente e da doença renal, um intervalo de gravidez de ≥ 10 anos, a pressão arterial diastólica levantada no momento da reserva, e proteinúria confirmada (MILNE et al., 2005).

Vale ressaltar que na presença de pré-eclâmpsia, a dor de cabeça é um fator de risco independente para a eclâmpsia, além da dor epigástrica e vômitos são fatores de risco independentes para a morbidade grave em mulheres com pré-eclâmpsia grave. Estes sintomas devem ser sempre seguidos por uma avaliação da pressão sanguínea e proteinúria no mínimo.

Comprometimento fetal pode ser a primeira indicação clínica de pré-eclâmpsia e devem sempre ser acompanhados por uma avaliação da pressão arterial e proteinúria (MILNE et al., 2005).

A literatura aponta vários fatores de risco que favorecem a exacerbação da pré-eclâmpsia, a identificação deles principalmente para os profissionais de saúde são de relevante importância para auxiliar na prevenção e diagnóstico dessa patologia.

A assistência de enfermagem voltada às gestantes portadoras de pré-eclâmpsia ainda é limitada, os profissionais dão pouco apoio as gestantes nesse momento tão difícil, realizando apenas funções técnicas como aferição de pressão arterial e administração de medicamentos. Além disso, existe a necessidade de uma maior aproximação entre o profissional de enfermagem e a gestante. Assim o enfermeiro necessita formar com o paciente um vínculo de confiança, amizade e respeito, para desenvolver um serviço eficiente, voltado para o atendimento das múltiplas necessidades da mulher hospitalizada (CUNHA et al., 2007).

Segundo os autores supracitados a assistência humanizada não tem sido colocada na prática em sua totalidade, e quando posta em prática, apresenta-se limitada e mínima, urge melhorar a assistência, onde o profissional dê mais apoio a essas gestantes e que seja implantado a sistematização da assistência de enfermagem (SAE), objetivando melhorar a assistência e visando o cuidado holístico e de qualidade.

O enfermeiro no atendimento de gestantes na consulta do pré-natal tem participado ativamente na avaliação precoce de intercorrências obstétricas que podem evoluir de maneira desfavorável e, deste modo, tem contribuído para a redução da morbimortalidade materno infantil. Uma atenção pré-natal efetiva exerce um papel fundamental no processo do parto e nascimento e nos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Conseguir uma assistência pré-natal efetiva é necessário que se tenha como um dos principais objetivos dessa a identificação de fatores que possam colocar a saúde materna e fetal sob maior risco de resultados adversos e saber o momento certo para intervir, evitando ou reduzindo as consequências prejudiciais desses riscos (SPINDOLA et al., 2013).

O profissional de enfermagem é o mais adequado para acompanhar, identificar e interpretar as necessidades das gestantes assim como para aperfeiçoar seu prognóstico, a fim de restabelecer a saúde da gestante. O profissional preparado é aquele que conhece a enfermidade e proporciona um ambiente favorável para estas pacientes (PEREZ et al., 2009).

O enfermeiro possui um relevante e indispensável papel na equipe multiprofissional, contribuindo para detecção precoce de intercorrências, na educação em saúde e encaminhamento ao atendimento especializado dos casos mais graves contribuindo para a redução da incidência de morbidade e mortalidade materno-infantil (SPINDOLA et al., 2013).

A assistência de enfermagem torna-se indispensável na vigilância e reconhecimento das características específicas da doença hipertensiva específica da gestação, como também na minimização de seus agravos e complicações. O profissional de enfermagem é importante para orientação e realização de intervenções necessárias para as gestantes, promovendo um maior conforto físico e o bem-estar das mesmas. Alguns artigos citam estratégias que os enfermeiros devem realizar para uma efetiva assistência.

Para uma melhor assistência os enfermeiros devem sempre identificar prontamente manifestações de ansiedade, considerando que, durante o período gestacional, essas alterações podem ser modificadas por meio de intervenções que podem reduzir o risco de complicações. Estabelecer também intervenções adequadas para minimizar o desconforto das pacientes, estimular as gestantes para a escolha de uma dieta balanceada, rica em fibras, frutas, legumes e uma maior ingestão de líquidos são condutas que devem ser adotadas. Além disso, o profissional de enfermagem pode contribuir para melhoria da qualidade do sono a partir da implementação das seguintes intervenções selecionadas: controle da dor, controle do ambiente, conforto e melhora do sono (AGUIAR et al., 2010).

É indispensável que os enfermeiros do pré-natal mantenham o conhecimento atualizado a respeito dos fatores de risco para pré-eclâmpsia, bem como: condições socioeconômicas, antecedentes familiares de doenças e alimentação, a fim de investigar de modo adequado e identificar gestações potencialmente de risco.

Assim, poderão orientar cuidados necessários para evitar a eclâmpsia e contribuir para a redução da mortalidade materna e perinatal (MOURA et al., 2010). É importante que a gestante com pré-eclâmpsia seja sempre monitorada intensamente, realizando sempre exames de urina e de sangue, e incluindo a aferição da pressão sanguínea 24 horas por dia (DEIAHAIJE et al., 2010). Além disso, se fazem necessários ações que fortaleçam a capacidade para o autocuidado, para reduzir as situações de emergência (GARCIA et al., 2011). A gestante com pré-eclâmpsia leve deve repousar e fazer pouco uso do sal, na alimentação. Para controle nos quadros mais graves deve-se fazer o uso de anti-hipertensivos e anticonvulsivantes. Em muitos casos pode exigir a antecipação do parto, com a retirada da placenta a doença regride e a pressão volta ao normal (GOULART et al., 2012).

É direito da mulher ter uma assistência de enfermagem sistematizada e de qualidade, assim sendo, a equipe de enfermagem deve garantir esse cuidado, trabalhando não só na sua reabilitação e tratamento, mas também na prevenção da doença e promoção da saúde. Existe uma grande necessidade da implementação de uma sistematização da assistência de enfermagem voltada para este grupo de pacientes, que é considerado de risco devido às particularidades, sintomatologia, respostas clínicas das pacientes, consequências que a pré-eclâmpsia pode trazer a gestante e ao seu bebê (AGUIAR et al., 2010). Os enfermeiros devem adotar as seguintes estratégias para melhorar a assistência a essas mulheres como: cuidados com o pré-natal, identificação das situações de ansiedade, preocupação da gestante, orientação sobre a importância do repouso relativo e extração de todas as dúvidas referentes à doença, tratamento e diagnóstico, monitoração da mulher e do seu bebê, além da avaliação fetal cuidadosa, tendo ciência de que há maior possibilidade de hospitalização durante esse tipo de gestação.

Conclusão

As evidências apontam que a assistência de enfermagem é de essencial importância para redução das taxas de mortalidade materna e infantil, promovendo dessa forma uma maternidade segura, evitando que essa patologia avance para outros agravos, no entanto essa assistência necessita ser melhorada, os profissionais tem que compreender mais as mulheres em toda as suas dimensões, psicológicas, sociais, culturais e espirituais, estabelecendo um processo interativo entre o ser cuidado e o cuidador.

Além disso, foi notado que uma das grandes dificuldades vividas por mulheres no contexto da pré-eclâmpsia foram agravadas pela ausência ou inadequação de informação, o enfermeiro deve melhorar o seu vínculo com a paciente, melhorando suas interações e dando assim, mas atenção às necessidades da mulher portadora de pré-eclâmpsia.

Vale ressaltar que é necessário que haja promoção de educação continuada da equipe de enfermagem no sentido de aprimorar o conhecimento e, principalmente, humanizar o atendimento, saber que a gestante é um ser humano como qualquer outro que precisa de cuidados holísticos como toda pessoa.

Há também necessidade de serem realizados mais estudos voltados a essa temática, houve grande dificuldade de encontrar material bibliográfico referente à temática escolhida, pois são poucas as produções de artigos voltadas a esse tema, principalmente artigos em língua portuguesa.

Referências

AGUIAR, M.I.F et al. Sistematização da assistência de enfermagem a paciente com síndrome hipertensiva específica da gestação . Rev.Rene. Fortaleza, v. 11, n. 4, p. 66-75, out./dez.2010.

CUNHA, K. J. B. et al. Assistência de Enfermagem na opinião das mulheres com pré-eclâmpsia. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 11, n. 2, jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000200011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 29 out. 2013.

DELAHAIJE, et al. Cost-effectiveness of recurrence risk guided care versus care as usual in women who have experienced early preeclampsia including HELLP syndrome in previous pregnancy (the PreCare study). BMC Pregnancy and Childbirth 2010.

FREIRE,M.B. et al. Percepção da gestante pré-eclâmpica quanto a assistência de enfermagem durante o período de hospitalização. Interface Saúde, Ano 7, N. 19, Fev./2013.

GARCIA, M .C et al. Capacidad de autocuidado y percepción de salud en mujeres con y sin preeclampsia. Revista Cultura del Cuidado. V.8 n.2 Dec. 2011.

GOULART, E. L. Hipertensão na gestação. Coleciona SUS (Brasil). Porto Alegre; s.n; 2012. 15 p.

MELO, B. C. P. et al . Perfil epidemiológico e evolução clínica pós-parto na pré-eclâmpsia grave. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo , v. 55, n. 2, 2009 . Available from<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000200022&lng=en&nrm=iso>. Acesso 29 Oct. 2013.

MILNE, F. et.al. The pre-eclampsia community guideline (PRECOG): how to screen for and detect onset of pre-eclampsia in thecommunity. BMJ. Mar.2005

MOURA, E.R.F. et al. Fatores de risco para síndrome hipertensiva específica da gestação entre mulheres hospitalizadas com pré-eclâmpsia. Cogitare Enferm. Abr/Jun2010.

PÉREZ, M. et al. Pré-eclâmpsia leve : Atendimento home care. Artículo de investigación científica y tecnológica, v.18, n.04, May.2009

REZENDE, J. Obstetrícia. Ed. Guanabara Koogan S.A. RJ/2013

SAMPAIO, T. A.F. et al. Cuidados de enfermagem prestados a mulheres com hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia. Revista Saúde Física & Mental UNIABEU, v. 2, n. 1, jan./jul. 2013.

SPINDOLA, T. et. al.. The occurrence of pre-eclampsia in women pregnant for the first time attending prenatal care consultation at a university hospital. Journal of research fundamental care on line v.5 n.3 Jul./Set.2013

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por ser sustentáculo e nossa família pelo apoio incondicional em todos os momentos. Aos colegas, amigos e professores pelas experiências e ideias compartilhadas e a Universidade de Fortaleza pela grandiosidade desse evento.

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A PACIENTE COM MIXOMA MANDIBULAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Amanda Correia Lima¹; Karine Moreira de Melo²; Vanessa da Frota Santos³; Samyla Citó Pedrosa⁴; Nathália Lima Pedrosa⁵; Izaildo Tavares Luna⁶.

Autor 1 – Acadêmica do curso de Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil. amandalima2015.1@hotmail.com

Autor 2 – Enfermeira pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 3 – Enfermeira e Mestranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 4 – Enfermeira e Mestranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 5 – Enfermeira e Mestranda pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Autor 6 - Enfermeiro pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE, Brasil.

Palavras-chave: Enfermagem. Mixoma. Cuidados.

Resumo

Introdução: A busca de novas técnicas cirúrgicas pós-ressecção de tumor de mandíbula, tem sido uma constante, buscando, assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. Constatou-se que o tratamento cirúrgico de tumores avançados de mandíbula determina grandes sequelas funcionais e estéticas ao paciente. O Mixoma é uma neoplasia benigna com crescimento lento, entretanto localmente agressivo. Pode acometer tecidos duros e moles (coração, subcutâneo, pele, entre outros). **Objetivo:** Relatar os cuidados de assistência de enfermagem a paciente com mixoma mandibular. **Método:** Trata-se de estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido em Hospital Universitário (HU) do município de Fortaleza- CE, durante o período de estágio da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II, ocorrido em dezembro de 2012. O público alvo do estudo foi caso clínico de uma criança de 07 anos que havia realizado uma hemimandibulectomia. Acadêmica do curso de enfermagem acompanhou as intervenções de enfermagem que eram realizadas no paciente. **Resultados:** Durante o desenvolvimento do estudo realizou-se atividades práticas como: entrevista com a responsável pelo paciente, acompanhamento do seu estado clínico e evolução dos sinais e sintomas da cirurgia. **Conclusão:** Concluiu-se que o trabalho conseguiu atingir seu objetivo inicial de relatar os cuidados de assistência de enfermagem a paciente com mixoma mandibular. Tal cuidado possibilitará a reintegração do paciente à sociedade, o mais breve possível, com seu aparelho estomatognático funcionalmente recuperado, gerando assim, menor trauma psicológico a criança.

Introdução

Acredita-se que o Mixoma mandibular seja uma lesão ectomesenquimal, com característica indolor, embora há relatos de casos raros de dor (BRITES, 2012). É um tumor benigno raro, que não sofre metástase, com crescimento lento e agressivo, acometendo o complexo maxilo-mandibular. Pode acometer tecidos duros e moles (coração, subcutâneo, pele, entre outros). É mais frequente em adultos jovens, em torno de 30 anos de idade, sendo raro em pessoas com menos de 10 anos ou acima de 50, sem ter predileção local (mandíbula ou maxila), sexual (feminino ou masculino) nem racial (MELLO et al, 2008; BRITES, 2012). A mandíbula é o local mais afetado, em torno de 66% do total de casos. Dentre os sintomas têm-se: dor, invasão de tecidos moles, ulceração, mobilidade dentária, dentre outras. O diagnóstico é feito por meio de radiografia com imagem radiolúcida, de aspecto semelhante a "favo de mel, bolhas de sabão, ou de raquete de tênis". O tratamento de escolha é a cirurgia radical, em virtude do grande potencial de recidiva, mas ainda há cirurgias que optam pela curetagem (BRITES, 2012). A busca de novas técnicas cirúrgicas pós-ressecção de tumor de mandíbula, tem sido uma constante, buscando, assim, melhorar a qualidade de vida do paciente. Constatou-se que tratamento cirúrgico de tumores avançados de mandíbula determina grandes sequelas funcionais e estéticas ao paciente. Diante desses problemas, a enfermagem encontra um campo de atuação para a promoção da saúde, visto que a pessoa diagnosticada com tal doença necessita de cuidados específicos de enfermagem. Assim, a promoção da saúde atua com estratégias que são voltadas para profissionais com o objetivo de desenvolver habilidades individuais da população buscando sua autonomia em seu processo saúde-doença, visando à melhoria da qualidade de vida (HEIDEMANN et al, 2012). Diante disso objetivou-se relatar os cuidados de assistência de enfermagem a paciente com mixoma mandibular.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência realizado em HU no município de Fortaleza- CE. O relato aborda caso clínico de uma criança portadora de tumor mandibular benigno, submetido à hemimandibulectomia e posterior reconstrução bem como as intervenções de enfermagem prestadas ao paciente. O mesmo foi realizado por acadêmica do 7º semestre da Universidade Federal do Ceará (UFC) durante o período de estágio da disciplina Enfermagem no Processo de Cuidar da Criança II, ocorrido em dezembro de 2012. Os dados foram obtidos através de uma entrevista com a responsável pelo paciente, já que o mesmo comunicava-se apenas de forma não verbal, devido estar traqueostomizado; do acompanhamento do seu estado clínico e pela evolução dos sinais e sintomas da cirurgia. A análise dos dados foi obtida a partir dos dados coletados; planejamento dos cuidados de enfermagem e implementação dos cuidados de enfermagem a partir de experiências já vivenciadas durante a prática hospitalar. O trabalho obedeceu às normas éticas estabelecidas pelas diretrizes da resolução nº 466/12 do CNS-MS, que preconiza que as pesquisas envolvendo seres humanos atendam as exigências éticas e científicas fundamentais (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

ENTREVISTA- Paciente, M.V., sexo masculino, 07 anos de idade, natural de Fortaleza- CE. Encontrava-se no sétimo DIH (dias de internação hospitalar) por mixoma de mandíbula. Apresenta-se acamado, orientado, cooperativo, não comunicativo e higienizado. Mãe relatou que observou surgimento de nodulação e aumento de volume em região de mandíbula do lado esquerdo do filho, associada à queixa de dor dentária relatada pelo paciente há cerca de quatro anos. Informou que depois de observar o surgimento de tais sinais no filho procurou o serviço odontológico. O paciente compareceu a uma clínica odontológica queixando-se de discreto aumento de volume na região descrita, de consistência dura e sem muitas manifestações. O dentista realizou uma avaliação e iniciou a antibioticoterapia. Após alguns dias, o paciente retornou a clínica queixando-se de não ter havido melhora. Pôde-se observar que houve rápida evolução do quadro clínico, com visível assimetria facial. O paciente foi então encaminhado por um cirurgião bulbo maxilar ao serviço do HU, onde foi elucidado diagnóstico de mixoma por biopsia incisiva por acesso intrabucal. Foi realizada tomografia computadorizada (TC) do seio da face do paciente que evidenciou lesão isodensa, expansiva e invasiva e destruição da cortical lingual e da basilar se estendendo do dente canino esquerdo ao segundo molar esquerdo. Região basilar no ramo mandibular esquerdo, endurecida a palpação e sem sintomatologia dolorosa. No exame extra oral observou-se assimetria facial, erupção dentária normal, rebordo alveolar sem sinais de expansão óssea. Durante a entrevista, a mãe referia alteração na conformação dentária e aumento progressivo da nodulação. Negou doenças sistêmicas, comorbidades, alergia e internações anteriores do filho e ausência de histórias familiares de problemas sistêmicos. Para melhor planejamento do acesso à lesão e da reconstrução da mandíbula houve exérese do tumor. Assim, o tratamento de escolha foi hemimandibulectomia. O paciente evoluiu sem intercorrências no pós-operatório. Para o trabalho utilizou-se o protocolo do paciente devidamente registrado no HU. Foram levadas em consideração as informações encontradas no exame clínico e

no acompanhamento do paciente. Após estudar a doença que o paciente apresentava percebeu-se a necessidade de desenvolver cuidados de enfermagem ao paciente submetido à hemimandibulectomia. Entre os cuidados realizou-se: aspiração, sempre que necessário, da traqueostomia e as vias aéreas superiores; verificação dos sons respiratórios; realização da higiene oral; auxílio e ensino das técnicas de comunicação; troca de curativo de fixação diariamente, sempre após o banho ou quando necessário a fim de evitar infecção e avaliação da qualidade de vida do paciente submetido à cirurgia de cabeça e pescoço. A integridade da mandíbula é fundamental para o desempenho das funções fisiológicas da deglutição, mastigação e fonação, além de conservar o contorno facial e a estética. A necessidade da microcirurgia e o papel relevante dos enxertos ósseos na reconstrução mandibular é uma temática bastante comentada na literatura (JUNIOR; KEIM, 2011). O Mixoma é uma neoplasia benigna de origem mesenquimal com crescimento lento, entretanto localmente agressivo. Pode acometer tecidos duros e moles (coração, subcutâneo, pele, entre outros). Geralmente, ao acometer tecido ósseo atinge os ossos da face. Na região da cabeça e do pescoço, mixomas ocorrem geralmente na mandíbula, maxilar e tecidos moles da face. O tratamento recomendado deve ser a excisão cirúrgica com margens livres, evitando-se dessa maneira recidivas (MELO et al, 2008). Neste estudo, o paciente também realizou uma exérese do tumor. Em outro estudo paciente, ao exame físico extrabucal, apresentou sintomas semelhantes como presença de massa firme dolorosa à palpação e assimetria facial. À inspeção intrabucal, foi notado discreto aumento de volume, recoberto por mucosa íntegra e de coloração normal (ALVES et al., 2004). Sinais clínicos observados no presente estudo.

Conclusão

Conclui-se que o trabalho conseguiu atingir seu objetivo inicial que era relatar a importância da prestação de cuidados de enfermagem a pacientes submetidos hemimandibulectomia parcial e posterior reconstrução. Percebeu-se que tal assistência de enfermagem possibilitará a reintegração do paciente submetido à cirurgia de hemimandibulectomia a seu regresso à sociedade, o mais rápido possível, com seu aparelho estomatognático recuperado, gerando assim, menor trauma psicológico a criança. A presença do acompanhante, além do apoio emocional, ajuda o enfermeiro a obter mais informações sobre a criança, que muitas vezes não consegue se expressar, de modo que o acompanhante, especialmente a mãe, oferece informações necessárias para o planejamento do cuidado de enfermagem e para a avaliação da criança.

Referências

ALVES, Adriana Terezinha N. N. et al . Carcinoma adenóide cístico: revisão da literatura e relato de caso clínico. **J. Bras. Patol. Med. Lab.**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 6, 2004.

BRITES, Fabiano Caetano. Mixoma odontogênico – tratamento cirúrgico radical. **Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac.** Camaragibe, v.12, n.4, 2012.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss et al. Promoção da saúde e qualidade de vida: concepções da carta de Ottawa em produção científica. **Cienc Cuid Saude.** v.11, n.3, 2012.

JUNIOR, José Carlos Martins, KEIM, Frederico Santos. Uso de prototipagem no planejamento de reconstrução microcirúrgica da mandíbula. **Rev Bras Cir Craniomaxilofac**; v.14, n. 4, 2011.

MELO, Allan Ulisses Carvalho de et al. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 74, n. 3, 2008.

Agradecimentos

Agradecemos a instituição pela disponibilidade do espaço para a realização do referido estudo e ao Departamento de Enfermagem da Universidade federal do Ceará (UFC) pelo incentivo aos estudantes para o desenvolvimento de pesquisas.

ACIDENTES DE TRABALHO NUMA EMPRESA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA ELÉTRICA NO CEARÁ

Eslane Costa do Nascimento - Estagiária Enfermagem- Coelce - email:eslanemar@hotmail.com
Érica Rodrigues D' Alencar – Enfermeira do trabalho - UFC
Marta Maria Rodrigues Lima – Enfermeira do trabalho - Coelce
Ires Lopes Custódio – Enfermeira do trabalho - Hospital de Messejana
Bárbara Pereira D' Alencar– Profa. Dra de Enfermagem da UECE
Maria Fátima Maciel Araújo (Orientadora) – Prof.(a). Dra de Enfermagem da UFC

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Promoção em Saúde; Centrais Elétricas;

Resumo

Objetivou-se caracterizar os acidentes de trabalho (AT) de uma empresa distribuidora de energia elétrica, identificando o perfil epidemiológico, os tipos, categorias de acidentes e lesões com partes mais atingidas. Estudo documental, quantitativo, realizado no período de junho a julho de 2013, no setor de segurança e medicina do trabalho de uma empresa distribuidora de energia elétrica do Ceará, em Fortaleza. Foram avaliados 320 relatórios, os quais foram divididos em quatro níveis: A, B, C e D. No nível A, considerou-se o perfil dos trabalhadores acidentados (idade, estado civil, sexo e escolaridade): a faixa etária mais predominante foi entre 29 a 38 anos (44%), casados (61,6%), sexo masculino (92,8%), ensino médio (41,3%). No nível B, relacionou-se os AT as atividades exercidas: eletricitistas, leituristas, eletrotécnicos (75,6%), sendo que neste universo 53,4% são eletricitistas. No nível C, observou-se a categoria dos AT: acidentes típicos (85,9%) e trajeto (14,1%), envolvendo queda de pessoas com diferença de altura (37,8%), impacto de pessoa contra objeto parado ou em movimento (23,1%), o impacto sofrido por objeto que cai (14,7%) e com eletricidade (2,8%). No nível D, compreendeu-se a frequência das lesões traumáticas ortopédicas: fratura (16,6%), distensão (13,8%) e ferida incisa/laceração/ferida contusa (14,7%). Percebeu-se que a maioria das lesões se localizou na perna (19,4%), dedo da mão (10,3%) e articulações do tornozelo (10,3%). Este estudo fornece subsídios para os gestores e profissionais da empresa traçarem um plano de ação mais efetivo a partir dos acidentes de trabalho revelados, promovendo assim a qualidade de vida dos seus trabalhadores.

Introdução

No início dos anos 70, o Brasil se consagrou campeão mundial de acidente de trabalho. Com isso, o governo impôs às empresas, como obrigatório ter os profissionais do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança do Trabalho -SESMT para cuidar da saúde do trabalhador. Em meados de 1970, surge o Movimento de Reforma Sanitária, propondo uma nova concepção de Saúde Pública para o conjunto da sociedade brasileira, incluindo a Saúde do Trabalhador (BRASIL, 2013).

Porém, ainda dados recentes mostram que são elevados os registros de acidentes de trabalho (AT) e doenças profissionais no Brasil. Entre as decorrências imediatas desse quadro, sobressaem as enormes dificuldades enfrentadas pelas vítimas e seus familiares, resultando em enorme abalo da estrutura e da economia familiar (PINHO; RODRIGUES; GOMES, 2007).

O conceito de Acidente de Trabalho - AT é definido pela Lei 8.213/1991 em seu artigo 19, e estabelece o seguinte: “AT é um evento que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando lesão corporal, perturbação funcional, doença que cause a morte, perda ou redução permanente ou temporária para o trabalho”. Ou seja, consideram-se AT, as seguintes entidades mórbidas: doença profissional produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; doença do trabalho adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, constante da relação mencionada anteriormente (BRASIL, 2001).

Também é considerado AT aquele sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho; ou por doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; ou acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho na execução de algum serviço da empresa e ainda no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado (BRASIL, 2001).

Um dos piores riscos de AT numa distribuidora de energia é a eletricidade, e que está presente em todos os segmentos da economia e sociedade, então se faz importante que todos empregados e empregadores estejam atualizados quanto a aplicação e manutenção da norma que trata de serviços em eletricidade para protegê-los e reduzir os índices acidentários (LIMA, DANTAS; 2005).

Assim, o elevado número de registros de acidentes de trabalho nesta empresa distribuidora de energia elétrica e o interesse em aprofundar sobre essa temática, motivaram a necessidade de realizar este estudo, considerando alguns questionamentos: Quais as características dos acidentes de trabalho da empresa distribuidora de energia elétrica? Qual o perfil dos acidentados? Quais os tipos de acidentes mais frequentes? Quais os tipos de lesões e que parte do corpo mais acontecem?

Para compor os resultados desse estudo, a hipótese é de organizar as informações sobre acidentes de trabalho, com vista a caracterizar os acidentes de trabalho entre os trabalhadores de uma empresa de energia elétrica e realizar um treinamento com divulgação e conscientização sobre o tema. As informações sobre acidentes de trabalho disponíveis nas instituições oferecem condições para caracterização de acidentes entre os trabalhadores.

Para que se justifique a relevância do estudo, buscou-se ilustração nos escritos de SÊCCO et al. (2008), referenciando que o instrumento de vigilância epidemiológica, tem o objetivo de respaldar o planejamento e gerenciamento dos serviços de saúde para melhores condições de trabalho levando produtividade à empresa.

A necessidade de estudos sobre o conhecimento de acidente de trabalho e as estatísticas de seus registros propiciam um elenco de informações, que com análises, permitirão a elaboração de políticas de intervenção, de prevenção efetiva de acidentes do trabalho, de avaliação e atualização dos graus de risco atribuídos às atividades econômicas e do acompanhamento da eficácia dos investimentos na melhoria das condições de trabalho (RAIA Jr, 2005).

Assim, o objetivo deste estudo foi caracterizar os acidentes de trabalho de uma empresa distribuidora de energia elétrica, identificando o perfil epidemiológico dos acidentados, os dados dos acidentes que mais acontecem e identificar as características das lesões mais frequentes e em quais partes do corpo.

Metodologia

Trata-se de um estudo documental, com abordagem quantitativa. O estudo documental se caracteriza pela utilização de documentos objetivando extrair informações, usando técnicas apropriadas para seu manuseio e análise; segue etapas e procedimentos; organiza

informações a serem categorizadas e posteriormente analisadas; por fim, elaborando uma síntese (SÁ-SILVA; ALMEIDA; GUINDANI, 2009).

A pesquisa foi realizada no setor de Segurança e Medicina do Trabalho de uma empresa distribuidora de energia elétrica do Ceará com sede na administração central, sediada no município de Fortaleza, no período de junho a julho de 2013, seguindo as seguintes etapas: foi realizado um levantamento e organização de todos os acidentes de trabalho registrados em Relatório de Acidente Com Vítima (RACV) no período entre 2010, 2011, 2012, num total de 320 RACV, cujo relatório foi disponibilizado pelo setor de Segurança e Medicina do Trabalho.

Os RACV são preenchidos pelos técnicos de segurança do trabalho, com análise minuciosa dos fatos ocorridos, que abrangem fotos de EPIs, EPCs, materiais e estruturas existentes no local, informações dos próprios acidentados, empregados que participaram ou presenciaram o acidente, assim como pessoas da comunidade e profissionais de saúde, o médico e o enfermeiro.

Para melhor entender os relatórios de acidentes de trabalho com vítimas procurou-se dividir em quatro níveis: Nível A, considerando o perfil dos trabalhadores acidentados (idade, estado civil, sexo e escolaridade); Nível B, relacionando os AT as atividades exercidas; Nível C, observando a categoria dos AT; e o Nível D, compreendendo a frequência das lesões traumáticas ortopédicas.

Para cumprir as normas éticas da pesquisa foi solicitada a autorização da empresa por meio do termo de fiel depositário.

Resultados e Discussão

Dos 320 RACVs pesquisados ou fichas de acidentes do trabalho, os resultados foram dispostos e comentados a partir dos quatro níveis: Nível A – Perfil dos trabalhadores acidentados (idade, sexo, estado civil, e escolaridade). Nível B - foram divididos em atividades desempenhadas de maior ou menor risco para acidentes (alto risco aparente e baixo risco aparente). Nível C - compõe as características dos acidentes (categoria, classe, ano, tipo de acidente). Nível D - foram considerados a natureza e a localização da lesão.

Nível A - idade dos acidentados variou entre 19 e 64 anos, com uma média e desvio padrão de 36,7±9,5 anos, destes 141 (44%) encontravam-se na faixa etária entre 29-38 anos.

Quanto ao sexo pode-se observar que a função dos trabalhadores pesquisados ainda se concentra no sexo masculino, aparecendo entre a maioria dos acidentados (297 - 92,8%). Tal evidência pode estar associada à visão de que o trabalho com exigências físicas maiores associa-se aos homens. Daí a razão de que os homens são mais numerosos nas companhias energéticas, nas indústrias, na construção civil e nas minas, o que leva a estarem mais expostos aos AT. (PATRICIO, 2010).

Quanto ao estado civil dos acidentados no trabalho a maioria (197 - 61,6%) é casado e predominância do ensino médio, 41,3%, fato que demonstra que a predominância do modelo de família nuclear ainda prevalece vinculada as questões da tradição familiar onde o trabalho se associa a provisão das necessidades básicas do grupo familiar.

Nível B - Em relação às atividades, relacionados ao menor risco aparente e maior risco aparente, podemos constatar que 242 (75,6%) dos acidentados são eletricitas, leituristas, e eletrotécnicos, sendo mais da metade (171 – 53,4%) somente eletricitas. Essa predominância de acidentes em eletricitas pode ser justificada, pois além do desgaste físico que é subir no poste, ainda há outros fatores como o nível de stress, horário de jornada de trabalho e metas a cumprir durante o dia (GUIMARÃES, FISCHER, BATISTA; 2004). Nessa mesma empresa onde foi realizado esse estudo, no período de 1998 a 2004, 23 (70%) dos trabalhadores que se acidentaram fatalmente eram eletricitas (DOMINGOS, CORREIA; 2005).

Nível C - Quanto à categoria (ano, tipo de acidente), 275 (85,9%) foram acidentes típicos, ou seja, aquele que ocorreram pelo exercício do trabalho a serviço da empresa. Desses relacionados ao ano, (134 – 41,9%) ocorreram em 2010; (92 – 28,7%) em 2011 e (49 – 15,3%) em 2012. Também conclui-se que no ano de 2010 foram 134 (41,9%) AT na empresa, em 2011 foram 124 (38,7%) e em 2012 foram registrados 62 (19,4%) AT.

Tipos de acidentes: com 37,8% houve queda de pessoas com diferença de nível, o impacto de pessoa contra objeto parado ou em movimento 23,1% o impacto sofrido por pessoa de objeto que cai ou de outras formas de movimentos é 14,7%. A maioria das lesões se localizou na perna, a qual se inclui coxa, joelho e perna propriamente, e dito 19,4%, o dedo da mão 10,3%, articulações do tornozelo 10,3% e de acidentes com eletricidade 2,8%.

Ainda é elevado o número de acidentes de trajeto (45 – 14,1%), que vem sendo apontado como causas relacionadas a falhas humanas, técnicas ou descumprimento das leis. Mesmo com esse avanço, vale comentar que no estudo foram registrados seis acidentes fatais, sendo três em 2010 e três em 2012.

Segundo Domingos, Correia (2005), foram 41 acidentes de trabalho fatais dessa mesma empresa em estudo no período de 1994 a 2004. É interessante enfocar que no ano de 1998, quando a empresa era uma distribuidora de energia estatal, foi registrado um acidente fatal, após a privatização da empresa, o número de acidentes fatais subiu para 11.

Nível D - Em relação à natureza da lesão e localização da lesão, pode-se perceber que há grande frequência de lesões traumáticas ortopédicas como fratura (53 – 16,6%), distensão (44 – 13,8%), contusão (36 – 11,3%), luxação (30- 9,4%). Por se tratar de uma companhia de energia elétrica, o risco de choque elétrico é maior.

No presente estudo foram no total 9 (2,8%) acidentes por choque elétrico e eletroplessão sendo cinco vítimas em 2010 e quatro em 2011, significando grande consequência na vida do trabalhador. O risco elétrico é um dos piores riscos do mundo do trabalho, a que está sujeito o trabalhador, principalmente numa distribuidora de energia elétrica, pois a extensão da parte queimada é aparente e ilusória, as células vão se abrindo e percorrendo o corpo, aumentando a área afetada, a lesão não estaciona, a queimadura por choque elétrico pode aprofundar até 15 dias e causar lesões em músculos, tendões e nervos, podendo ou não ser acompanhadas de amputações de membros superiores e inferiores e várias cirurgias reparadoras e plásticas.

As fraturas estão em 1º lugar (53 - 16,6%), já no 2º lugar, escoriações/abrasão, 3º lugar estão a ferida incisa/laceração/ferida contusa/punctura (47% - 14,7%), e 4º lugar (44 – 13,8) a distensão/torção são as naturezas das lesões que mais se destacam. A maioria das lesões se localizou na perna, na qual se inclui coxa, joelho e perna propriamente dita.

Verifica-se que a empresa em questão, preocupa-se muito com o acontecimento de acidentes de trabalho, desde o gestor, o mais alto cargo da empresa ao mais simples dos empregados, pois sabe-se que é um acontecimento indesejável, em que o maior prejudicado é o acidentado.

Com a ocorrência de acidentes, há incontáveis custos visíveis e invisíveis, e quando há morte, não se consegue mensurar os danos, se não há morte, podemos observar alterações de cunhos sociais, psicológicos e materiais como paralisações, multas pecuniárias, dentre outras.

Além disso, a empresa ainda deve prestar contas destes acidentes com os trabalhadores, sindicato, mídias, famílias, diretivos, Superintendência Regional do Trabalho -SRT e até ao Ministério Público do Estado, sendo caso de responsabilidade civil e criminal se ocorrido por imprudência, imperícia e negligência da empresa.

Mesmo com investimentos em treinamentos de prevenção, ainda estão ocorrendo muitos acidentes de trabalho. Diante do exposto, é importante que o SESMT, conhecendo essas informações com resultados mais sucintos, possa intervir mais intensamente tanto no

perfil mais frequente de acidentados, como também em toda a classe trabalhadora para minimizar esses episódios e propor intervenções ou planos de ação mais eficazes que reorientem os empregados sobre a prevenção de acidentes de trabalho.

Conclusão

O estudo dos 320 RACV revela que o perfil dos trabalhadores acidentados está na faixa etária entre 29 a 38 anos em 44%, que a maioria era do sexo masculino 92,8%, que eram casados em 61,6%, além disso, há uma predominância de acidentados no ensino médio completo em 41,3%. Entre as atividades predomina os acidentes considerados de alto risco aparente, no nível técnico onde a maior concentração é de eletricitas 53,4%.

Também vale ressaltar que a maioria dos acidentes eram típicos em 85,9% e com afastamento 74,7%. Observa-se que com o decorrer dos anos, há um decréscimo nos acidentes típicos, porém foram registrados seis acidentes fatais, sendo três em 2010 e três em 2012.

Já os tipos de acidentes mais frequentes são: a queda de pessoa com diferença de nível com 37,8%, o impacto de pessoa contra objeto parado ou em movimento 23,1%, o impacto sofrido por pessoa de objeto que cai ou de outras formas de movimentos é 14,7%.

A natureza das lesões são as fraturas em 16,6%, as escoriações/abrasão 15%, ferida incisa/laceração/ferida contusa/punctura em 14,7% e a distensão/torção são 13,8%. A maioria das lesões se localizou na perna, a qual se inclui coxa, joelho e perna propriamente, e dito 19,4%, o dedo da mão 10,3% e articulações do tornozelo 10,3%.

Recomenda-se que um novo estudo seja realizado para entender porque diante de tanto investimento em prevenção, continuam a acontecer os acidentes de trabalho. Além disso, outro estudo poderia ser realizado com uma abordagem qualitativa para descrever os sentimentos dos acidentados e familiares frente ao acidente.

Conclui-se que o estudo realizado foi rico de informações, sendo as mais diversas sobre o tema escolhido, esclarecedor em vários aspectos e de muito conhecimento técnico, médico, psicológico, social e importante possibilitando a empresa realizar um plano de ação sobre os fatos revelados e também para os profissionais da empresa terem subsídios em seus questionamentos.

Para melhor proporcionar promoção e prevenção de doenças e acidentes de trabalho numa empresa de grande extensão, com ações descentralizadas, potencial risco com eletricidade e mais de sete mil trabalhadores, seria plausível contratar mais profissionais da saúde ocupacional e incluir uma psicóloga envolvida principalmente no trabalho ocupacional, para melhorar o âmbito psicossocial do trabalhador antes e depois que sofre o sinistro e também sua família, pois o que realmente importa numa empresa e para os empregados seria “acidente zero”, mas temos que continuar lutando para que isso seja realidade um dia.

Portanto, este estudo fornece subsídios para os gestores e profissionais envolvidos na segurança e medicina do trabalho da empresa, em traçar um plano de ação mais efetivo, a partir dos acidentes e incidentes de trabalho revelados, promovendo assim a qualidade de vida dos seus trabalhadores.

Referências

DOMINGOS, E. T. C.; CORREIA, L. L. Acidentes do trabalho fatais no setor elétrico do Ceará: características dos óbitos e circunstâncias dos acidentes ocorridos no período de 1994 a 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2005.

GUIMARÃES, L. B. M.; FISCHER, D.; BATISTA, R. Análise de acidentes do trabalho típicos envolvendo eletricitas. In: XXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Florianópolis. 2004. Site disponível: http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENESEP2004_Enegep0405_2112.pdf

LIMA, M. M. R.; DANTAS, R. A. Programa de controle médico de saúde ocupacional: não conformidades em energéticas brasileiras. Monografia de curso de Especialização em Enfermagem do Trabalho, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, 2005.

BRASIL, Manuais de legislação: Segurança e Medicina do Trabalho. 69. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

PATRICIO, O. Prevenção e segurança no trabalho, mobilidade e gênero. In: Seminário Internacional Fazendo Gênero 9: Diásporas, diversidades, deslocamentos. Santa Catarina. 2010. Site disponível: http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278878538_ARQUIVO_OlivioPatricio.pdf

PINHO, D. L. M.; RODRIGUES, C. M.; GOMES, G. P. Perfil dos acidentes de trabalho no Hospital Universitário de Brasília. Rev. Bras. Enferm. Brasília, v.60, n.3, p.291-294, 2007

RAIA Jr., A. A. Uma análise dos acidentes de trajeto no Brasil. In: V Congresso Nacional sobre Condições e Meio Ambiente do Trabalho na Indústria da Construção. Recife. 2005. Site disponível: <http://pt.calameo.com/read/0000096240b00fa0e5973>

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa Documental: pistas teóricas e metodológicas. Revista Brasileira de História e Ciências Sociais. São Leopoldo, v.1, n.1, p.1-15, 2009. Disponível em: http://rbhcs.com/index_arquivos/Artigo.Pesquisa%20documental.pdf.

SÊCCO, I. A. O., ROBAZZI, M. L. C. C., SHIMIZU, D. S., RÚBIO, M. M. S. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Ribeirão Preto, v.16, n.5. 2008.

Agradecimentos

Agradecimentos a empresa distribuidora de energia elétrica do Ceará- Coelce e seus gestores. A enfermeira do trabalho Marta Maria Rodrigues Lima, a mestre Ires Lopes Custódio e a prof.(a). Bárbara Pereira D'Alencar pela atenção, pelo esforço e ajuda neste trabalho científico.

Abordagem da Sexualidade com adolescentes institucionalizados portadores de deficiência mental: educação em saúde.

Iarlla Silva Ferreira (apresentador) – Universidade Federal do Ceará (UFC) e iarlla@live.com

Thays Thiffany Saraiva Lopes – Abrigo Tia Júlia

Rafaelle Pereira Lima – Faculdade Integrada do Ceará (FIC)

Aline Castro e Silva Nottingham – Abrigo Tia Júlia

Francisca Marisa Gomes Correia da Silva – Faculdade de Tecnologia do Nordeste (FATENE)

Caroline Magna Pessoa Chaves (Orientador) – Abrigo Tia Júlia

Palavras-chave: Sexualidade. Adolescentes. Deficiência mental. Promoção da saúde. Educação em saúde.

Resumo

A adolescência é uma fase em que ocorrem bastantes mudanças físicas e psicológicas em um indivíduo, a qual merece uma atenção maior por parte do profissional de enfermagem. A sexualidade de portadores de deficiência mental, e ainda institucionalizados, é ainda desconhecida ou mal interpretada por parte da sociedade. Os profissionais de enfermagem não possuem muitas experiências de estratégias educativas com esse público-alvo, que são sedentos por informação. A realização de uma estratégia educativa com esses adolescentes institucionalizados abordando o tema de sexualidade foi bastante eficaz. Houve a criação de espaços para reflexão evidenciando a necessidade de realização de estratégias educativas permanentes para trazer melhorias à qualidade de vida desses adolescentes. E a utilização de métodos como mídia digital, vídeos e círculo de cultura foram bastante enriquecedores quanto ao incentivo à liberdade de expressão e ao conhecimento compartilhado entre profissionais da saúde e os jovens participantes do estudo.

Introdução

A adolescência é um período de transição para a maturidade, com o desenvolvimento físico sempre precedendo o psicológico. É por assim dizer, o elo entre a infância e a idade adulta. Segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência é a idade correspondente dos 10 aos 19 anos, sendo a pré-adolescência dos 10 aos 14 anos e a adolescência, propriamente dita, dos 15 aos 19 anos (Organização Mundial da Saúde, 1995).

A adolescência é uma fase da vida onde o indivíduo encontra-se em situação de aprendizagem, estando mais aberto que os adultos à adoção de novos comportamentos, o que justifica a pessoa com menos de 20 anos ser considerada parte de um público prioritário para a educação para a saúde (CAMARGO et al, 2007).

Nesta fase da vida, ocorre aceleração e desaceleração do crescimento físico, mudança da composição corporal, eclosão hormonal, envolvendo hormônios sexuais e evolução da maturidade sexual, acompanhada pelo desenvolvimento de caracteres sexuais secundários masculinos e femininos. Paralelamente às mudanças corporais, ocorrem as psicoemocionais, como a busca da identidade, a tendência grupal, o desenvolvimento do pensamento conceitual, a vivência singular e a evolução da sexualidade (SAITO, 2001).

As transformações dessa fase da vida fazem com que o adolescente viva intensamente sua sexualidade, manifestando-a muitas vezes através de práticas sexuais desprotegidas, podendo se tornar um problema devido à falta de informação, de comunicação entre os familiares, tabus ou mesmo pelo fato de ter medo de assumi-la. A evolução de suas sensações, comportamentos e decisões sexuais serão influenciados pelas interações que desenvolve com outros jovens do seu vínculo familiar e social (CHAUÍ, 1987).

A questão da sexualidade do deficiente mental se apresenta como um conflito para seus pais, para os profissionais que trabalham na sua habilitação, bem como para eles próprios. É importante ressaltar, ainda, que a sexualidade é um assunto difícil em nossa sociedade – se falando em excepcionais ou não, pois é mantida sobre muitos tabus e repressões sociais (FERREIRA, 2001).

Essa tendência auxilia-nos a compreender porque há a noção equivocada a respeito da pessoa deficiente mental que a coloca como deficiente também em seu desenvolvimento sexual e afetivo (DENARI, 1998; FERREIRA, 2001).

Além disso, supõe-se que o deficiente mental é um ser assexuado ou então, que ela é mais exacerbada neste indivíduo do que nas pessoas em geral. De acordo com Gherpelli (1995), esses preconceitos são reforçados pela crença de que os portadores de deficiência mental são incapazes de aprender as normas e, desta forma, acaba-se realmente, ocasionando conflitos no que diz respeito ao desenvolvimento da sua sexualidade. Assim, a falta de informação faz com que os estereótipos se perpetuem, negando-se ao deficiente mental a chance de desenvolver suas potencialidades e viver experiências no âmbito afetivo e sexual, impossibilitando a integração social. A importância da informação está na possibilidade de aumento da qualidade de vida do indivíduo e de sua própria família.

No caso do deficiente mental, há comprometimento das funções intelectuais, as quais atuam redirecionando o desejo para outros meios de satisfação aceitos socialmente; o que não significa, em absoluto, que não sejam capazes de obter uma conduta sexual compatível com as exigências pessoais e sociais" (GHERPELLI, 1995).

Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como de natureza descritiva, realizado através de uma experiência de educação em saúde com 13 adolescentes portadores de transtornos mentais e institucionalizados em uma faixa etária de 17 a 25 anos.

A instituição, em que os adolescentes participantes do estudo se encontram, tem como objetivo atender a crianças e adolescentes, com deficiência mental, em regime de abrigo, por se encontrarem submetidos à situação de abandono, vítimas de violência e/ou perdidos. O público alvo são crianças e adolescentes com deficiência mental, de ambos os sexos, entre 7 e 17 anos de idade. Possui como matriz institucional a Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social (STDS) do estado do Ceará, a qual disponibilizou o local, auditório da secretaria, e os materiais necessários para a realização da atividade educativa, que foram: cartolinas, para confecção dos crachás; "Datashow"; microfone; papel madeira; canetinhas; giz de cera e lápis de cor.

A STDS promove encontros semanais com alguns adolescentes dessa Instituição, nos quais são abordados diferentes temas e assuntos, que são trabalhados com os mesmos através da arte, como desenhos, pinturas e recorte, para que, assim, facilite a aprendizagem. A educação em saúde foi realizada por três estagiárias do curso de enfermagem da STDS e uma enfermeira que participaram anteriormente das reuniões, de forma que os adolescentes se acostumassem com a presença das mesmas.

A atividade educativa ocorreu em uma tarde, totalizando duas horas de encontro. Foram abordados os temas: sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis e métodos contraceptivos. No primeiro momento, formou-se um círculo e foram entregues crachás com os nomes dos adolescentes, posteriormente foi realizada uma técnica de apresentação, para a memorização dos nomes dos integrantes do grupo. Para o desenvolvimento dos temas, foi utilizado o Datashow, com slides ilustrativos, de linguagem clara e objetiva. E em todo o processo de facilitação buscou-se estimular a participação dos adolescentes, através de questionamentos ou relatos de experiências próprias.

E para concluir a estratégia educativa, foi realizada uma técnica de avaliação para que pudessem expressar o que eles guardaram daquele momento ou algo novo que aprenderam, através de uma atividade lúdica, arte e pintura.

Resultados e Discussão

Diferentemente do que dizem os tabus ou as crenças, adolescentes com deficiência mental não possuem a sexualidade exacerbada, e são capazes sim, de aprender as normas que a sociedade coloca no que diz respeito à prática da relação sexual.

No decorrer da atividade educativa, os adolescentes se mostraram participativos, interessados nos assuntos abordados, e principalmente, com algum conhecimento prévio sobre o assunto. Percebemos o quanto é necessário a técnica de apresentação, pois além de aprendermos como os integrantes gostam de ser chamados, eles se reconhecem entre si e ocorre, inicialmente, um momento de descontração e aproximação do grupo.

A mídia digital foi utilizada como um método complementar de aprendizagem, apenas para nortear os assuntos que seriam abordados, contendo muitas imagens e alguns textos curtos, com linguagem clara e objetiva, os quais foram bem compreendidos e comentados pelos adolescentes. Foram reproduzidos alguns vídeos sobre os assuntos abordados, que facilitaram bastante o processo de aprendizagem dos mesmos e tornou a atividade educativa mais dinâmica. Contudo, vale ressaltar, que a abordagem, em tempo integral, foi realizada através do círculo de cultura, e que cada assunto foi debatido com o grupo, de forma que eles eram estimulados a falar sobre o que sabiam a respeito, de alguma experiência que vivenciaram ou até mesmo dúvidas que tinham sobre o assunto. Houve também a demonstração da utilização correta do preservativo masculino, onde os adolescentes repetiram em seguida o gesto, para que, se avaliasse se estava correto ou não.

O processo de discussão foi tão rico de uma forma que, exigiu mais tempo do que o estipulado, porém ao planejar uma estratégia educativa, deve-se ter a consciência que algumas coisas não saem como o planejado. Logo, a etapa de avaliação da educação em saúde, foi mais curta do que o esperado.

Para avaliar o conhecimento agregado pela estratégia educativa realizada, criamos um quebra-cabeça com etapas do processo de nascimento de um bebê, de uma forma superficial, que se iniciava na paquera do casal, namoro, relação sexual, descobrimento da gravidez, desenvolvimento do bebê na barriga da mãe e finalmente, o parto. O grupo foi dividido em duas equipes, e o quebra-cabeça foi entregue para ambos os grupos, com a meta de encaixá-lo na ordem cronológica correta. Os adolescentes mostraram certa dificuldade para montar, contudo nós fomos orientando e auxiliando os mesmos. Posteriormente, foi entregue uma folha de papel madeira e material para colorir, para que eles retratassem através da arte os caracteres sexuais secundários femininos e masculinos.

E, para concluir, retornamos para o círculo, realizamos rapidamente uma avaliação verbal, do que haviam achado se havia sido produtivo, cansativo etc. O retorno do grupo foi positivo, com muitos elogios, e principalmente, muitos pedidos de que retornássemos com novos temas.

Conclusão

Percebemos o quanto o papel do enfermeiro (a) faz a diferença, seja em um nível de atenção primária, terciária ou de alta complexidade. Culturalmente, temos o hábito de menosprezar as promoções à saúde, prevenções etc. Temos o costume de priorizar o tratamento após o estabelecimento do problema, ao invés de adotar medidas para preveni-lo.

Contudo, o enfermeiro se mostra relevante nessa proposta de mudança, como um profissional flexível, e bastante capacitado para a realização de atividades de educação em saúde, que fazem a diferença, seja em um grupo específico ou em uma comunidade. São práticas que são positivas do ponto de vista econômico e social.

Essa estratégia possibilitou também que a visão de que o adolescente portador de deficiência mental não sabe lidar com a sexualidade não é verdadeira, de acordo com os resultados obtidos durante as atividades realizadas nesse estudo. É importante ressaltar também que a vivência em abrigo pode ter influenciado no conhecimento prévio desses jovens sobre o tema, já que nesse local existe o trabalho de equipe multiprofissional.

No entanto, concluímos que é possível, e existe a necessidade de um planejamento e continuidade dessa estratégia para que seja pensado nos melhores meios para aprimorar a relação ensino-aprendizagem e qual a melhor forma de abordagem de outros aspectos que envolvem não somente a sexualidade, mas as atividades de vida desses adolescentes.

A atividade supracitada condiz com a sistematização da assistência de enfermagem, que se aplica em todos os níveis de assistência, e que deve ser praticada efetivando assim o conhecimento baseado em evidências, proporcionando para o seu paciente, um cuidado especializado e de boa qualidade.

Referências

- FERREIRA, Solange L. Sexualidade na deficiência mental: alguns aspectos para orientação de pais. Temas sobre Desenvolvimento, v. 10, n. 55, p. 35-39, mar./abr. 2001.
- GHERPELLI, Maria Helena B. V. Diferente, mas não desigual: sexualidade no deficiente mental. 2. ed. São Paulo: Gente, 1995.
- DENARI, F. E. O adolescente especial e a sexualidade: nem anjo, nem fera. Tese (Doutorado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1997.
- Organización Mundial de La Salud. La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Ginebra, 1995.
- SAITO, M. I. Adolescência, sexualidade e educação sexual. Pediatría Moderna 2001; 27:3-6.
- CHAUÍ, M. Repressão sexual: essa nossa (des)conhecida. São Paulo: Brasiliense; 1987.

Agradecimentos

Agradeço a Carol, pelo incentivo, apoio e por ter me recebido tão bem.

A PROMOÇÃO DA SAÚDE APLICADA AO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

Narjara Beatriz Queiroz da Silva – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Email: narjara_beatriz@hotmail.com
Bianca Norrara Costa Gomes da Silva – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Clélia Albino Simpson – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Felismina Rosa Parreira Mendes – Universidade de Coimbra
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. Cuidadores. Família. Enfermagem.

Resumo

A população brasileira convive com uma maior concentração de idosos, que trouxe consigo alterações na incidência de determinadas patologias, tendo destaque as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais afetam a faixa etária idosa, levando-os a perderem sua independência. Assim, surge o cuidador familiar na prestação de assistência, que ao assumir este encargo passa por mudanças psicológicas, físicas e sociais em sua rotina. O estudo tem por objetivo analisar de que forma a promoção da saúde se insere no cotidiano dos cuidadores familiares de idosos com patologias crônicas. O método utilizado para a pesquisa consistiu em uma revisão integrativa, utilizando as base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SciELO (Scientific Electronic Library Online), empregando os descritores promoção da saúde, assistência domiciliar, idoso, cuidadores e família. O período de 2000 a 2014 foi definido como espaço cronológico, tendo como critérios de inclusão os artigos publicados em periódicos no idioma português, que contemplassem o objetivo geral da revisão, selecionando-se por fim 5 títulos. A partir dos resultados, classificou-se a promoção da saúde em: intrafamiliar, quando ocorre no ambiente domiciliar e depende de seus constituintes; extrafamiliar quando perpassa o domicílio, adentrando em outros setores e agregando outros indivíduos em sua realização; combinada, quando une características das vertentes anteriores. Diante da pesquisa, percebeu-se que a promoção da saúde do cuidador não se limita a um elemento isolado, bem como o fato de que se deve ter um maior número de pesquisas acerca da temática.

Introdução

A população brasileira vive um momento intenso de transição demográfica, que vem acarretando em um aumento na concentração de idosos no país. Dentre os fatores determinantes para que este fenômeno ganhasse força no Brasil estão a redução significativa na taxa de fecundidade, acompanhada da diminuição na taxa de mortalidade infantil, assim como o aumento na expectativa de vida. Segundo estimativas, no ano de 2025, o Brasil será a sexta localidade com o maior contingente de idosos, somando esta parcela da população cerca de 32 milhões de pessoas (MORAES, 2012).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), o indivíduo pode ser classificado como pertencente à faixa etária idosa a partir dos 60 anos de idade, ou mais (WHO, 2002). E uma das mudanças significativas geradas por este novo perfil demográfico foi a alteração na incidência de determinadas doenças. As patologias infecto-parasitárias, que possuíam um lugar de destaque epidemiológico no Brasil, foram diminuindo sua incidência, dando lugar as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) (MORAIS, 2012), que hoje são responsáveis por afetar de maneira significativa a faixa etária idosa.

No momento em que um ente querido adoece, principalmente nos casos em que o tratamento será por tempo indeterminado, como no caso das DCNT, a família se constitui em um centro de apoio e zelo (IBALDO et al, 2014), surgindo nesta realidade a figura do cuidador, pessoa que será essencial nos momentos de dificuldades e na prestação de assistência a este familiar.

O cuidado segundo Waldow (2001) constitui-se em um conjunto de ações e atitudes que abrangem não só conhecimento científico, mas também um misto de habilidades, sentimentos, vivências e crenças que trabalham em conjunto na busca da manutenção ou melhora da condição humana, tanto no decorrer da vida, como no processo de morte.

Segundo a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), aprovada através da Portaria nº397 de 09 de outubro de 2002, o cuidador foi integrado como uma ocupação sob o código 5162 (CBO, 2010), sendo este responsável pelo bem-estar da pessoa assistida, assim como também é de seu cargo zelar pela saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer deste indivíduo. Este cuidador pode vir a atuar com indivíduos de qualquer faixa etária, que estejam carecendo de assistência por possuírem alguma limitação, de cunho físico ou mental, que os esteja impedindo de realizarem determinadas atividades (BRASIL, 2008).

Devido o domicílio ser o local onde o idoso possui mais identificação, podendo ficar mais a vontade na realização de suas tarefas e na vivência de seu cotidiano, tendo uma liberdade maior, este espaço é considerado como sendo o primordial para que estes indivíduos possam viver seu processo de envelhecimento (POLARO et al, 2013), facilitando também o acesso e relacionamento dos familiares para com este idoso, o que poderia não ocorrer caso ele estivesse em uma instituição de longa permanência ou hospitalar.

A assistência ao idoso com DCNT no âmbito familiar também torna-se a opção primordial por facilitar sua autonomia, estimulando ainda a participação de outros familiares no processo, sendo por isso que o cuidador configura-se primariamente como um membro da família. Mas assumir a tarefa de se responsabilizar como cuidador principal de um paciente dependente tem seus percalços, que incluem mudanças psicológicas, físicas e sociais do cuidador familiar (IBALDO et al, 2014).

Devido ao fato dos idosos com patologias crônicas apresentarem um maior grau de dependência ao longo dos anos, os cuidadores acabam por dedicarem-se em um período de tempo mais prolongado ao familiar, culminando em uma maior sobrecarga de trabalho, gerando grande cansaço físico (STACKFLETCH et al, 2012). E em seu cotidiano, ainda se encontram presentes diversos outros fatores que causam impactos em sua vida. Dentre eles se encontram a falta de tempo livre e de sua intimidade, que geram uma deterioração de suas relações sociais e a perda de controle sobre sua própria vida, somando-se a isto os entraves interpessoais entre cuidador e seu familiar, provocando sentimentos de irritabilidade, bem como a preocupação por tentar proporcionar o melhor cuidado (BENAVIDES; ALBURQUERQUE; CHANÁ-CUEVAS, 2013).

Consequente a isso ainda sobrevém à questão de que o cuidado realizado no âmbito domiciliar por vezes é prestado por familiares leigos, que não possuem muitos conhecimentos acerca das doenças que convivem ou que nunca ouviram falar da mesma, sendo muitas vezes esse cuidado designado a essas pessoas de forma abrupta, sem o devido preparo que esta tarefa demanda (BRASIL,

2008). Desta forma, o ato de lidar diretamente com uma DCNT consegue afetar não só o doente, mas atinge de forma direta aquele responsável por seu cuidado.

Por este motivo, se torna necessário inferir acerca da promoção a saúde desses cuidadores, para que estes desempenhem o processo de assistência domiciliar de forma que consigam manter sua qualidade de vida. Esta, segundo Nunes e Menezes (2014), constitui-se em um conjunto de condições que permitem aos indivíduos viverem bem, proporcionando-lhes satisfação profissional e ocupacional diária, bom estado físico, psicológico e social, bem como estabilidade financeira. Desta forma, a presente pesquisa tem como objetivo analisar de que forma a promoção da saúde se insere no cotidiano dos cuidadores familiares de idosos com patologias crônicas.

Metodologia

O método utilizado consistiu em uma revisão integrativa, que proporciona uma análise de pesquisas publicadas, com o intuito de se formular uma conclusão geral a respeito de uma determinada temática. Como etapas deste método constituem-se a identificação do tema e a formulação de uma questão principal para a pesquisa, o estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão de estudos, que irá gerar a amostragem total da busca. Após este momento, haverá a definição das informações que serão utilizadas dos estudos selecionados, formulando-se categorias para as mesmas, com a subsequente avaliação e interpretação dos resultados, tendo por fim a exposição dos achados (MENDES; SILVEIRA e GALVÃO, 2008).

Como fontes elencadas para a realização da busca foram utilizadas a base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e a biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online (SciELO), empregando-se os descritores promoção da saúde, assistência domiciliar, idoso, cuidadores e família, com registro nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), de forma cruzada.

O período de 2000 a 2014 foi definido como espaço cronológico para o estudo. Os resultados verificados seguiram os seguintes critérios de inclusão: artigos publicados em periódicos no idioma português, que contemplassem o objetivo geral da revisão. O critério para exclusão foram todos os resultados que não se constituíssem em artigos científicos, dentre eles resumos de anais, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso e livros, bem como terem sido publicados em outros idiomas, sendo realizada a leitura dos resultados obtidos, sua análise e discussão.

Resultados e Discussão

Através da busca realizada, obteve-se um total de 46 referências, 2 (4,3%) provenientes do SciELO e 44 (95,7%) da base LILACS, que após serem analisadas e passarem pelos critérios de inclusão e exclusão, além da eliminação de resultados duplicados e observação da relação com o tema somaram-se 5 títulos, tendo o SciELO 2 artigos incluídos e LILACS 3 resultados selecionados. Com relação ao ano de publicação, 2011 obteve 2 resultados e os anos de 2003, 2007 e 2013 obtiveram 1 resultado. Todas as pesquisas foram produzidas pela categoria de Enfermagem, enfatizando sua presença nos estudos sobre o tema, sendo os autores em quatro títulos (80%) um conjunto de profissionais da classe e em um artigo (20%), a autoria provém da associação destes com uma discente.

Após a análise dos diferentes artigos selecionados, podem-se classificar os achados sobre promoção da saúde em três vertentes: intrafamiliar, quando esta ocorre no ambiente domiciliar e depende de seus constituintes; extrafamiliar quando perpassa o espaço familiar, adentrando em outros setores e agregando outros indivíduos em seu processo de realização; combinada, quando une características das vertentes anteriores.

A educação em saúde, proveniente de profissionais dos serviços de assistência, se mostra como uma das formas mais evidenciadas de promoção da saúde combinada, encontrando-se presente em todos os estudos selecionados. Além de proporcionar aos cuidadores familiares a acessibilidade de conhecimentos acerca da patologia de seu familiar, bem como do processo de cuidar como um todo, o que culmina em um melhor resultado, diminui consequentemente sua insegurança frente às tarefas que se estabelecem, fazendo-o compreender melhor todo o processo de envelhecimento e suas intercorrências, fortalecendo ainda a relação cuidador/profissional (CARVALHAIS e SOUZA, 2013; UESUGUI; FAGUNDES e PINHO, 2011; AGUIAR et al, 2011; MARTINS et al, 2007; CALDAS, 2003).

No tocante a questão financeira, que vai além do âmbito domiciliar, esta também é tratada como fundamental para o bem estar do cuidador. Devido o idoso com DCNT ter muitas despesas em seu tratamento, a formulação de políticas de apoio de gastos pelo governo seria imprescindível, pois dessa forma o estresse que o cuidador vivencia por não ter recursos financeiros suficientes para prover uma boa alimentação, medicamentos e atividades de lazer para o idoso seria diminuída (CALDAS, 2003; UESUGUI; FAGUNDES e PINHO, 2011), fazendo-o ficar mais tranquilo.

A presença de um trabalho colaborativo, entre o cuidador e outros indivíduos, também influencia na promoção da saúde deste, pelo fato de diminuir a sobrecarga física e emocional com a qual lida diariamente. Este pode ser extrafamiliar, incluindo nesta conjectura o auxílio de profissionais da enfermagem, no tocante a orientações e sistematização da assistência, como também intrafamiliar através dos demais membros da família, distribuindo-se as tarefas cuidatórias de forma igualitária (CARVALHAIS e SOUZA, 2013; AGUIAR et al, 2011; MARTINS et al, 2007; CALDAS, 2003). Isto proporciona ainda uma melhoria no psicossocial deste cuidador, fazendo-o conviver de forma pacífica com o idoso e no restabelecimento de sua vida social e pessoal.

Conclusão

Constatou-se a partir do estudo, o quanto se é discreta a produção de conhecimentos acerca da temática, o que foi evidenciado pelo pequeno número de artigos encontrados na pesquisa, sendo presentes em número mais significativo estudos voltados à promoção da saúde daquele que recebe a assistência. Isto vem ao encontro da importância que se deve dar a promoção da saúde também do cuidador, tornando-o sujeito principal, uma vez que quando os seus entes queridos começaram a sofrer com os efeitos debilitantes das DCNT, o primeiro a oferecer-lhe apoio e cuidados é o seu familiar, que culminará por atender todas as suas necessidades e sofrerá com as dificuldades que o ato de assumir este compromisso traz consigo.

Desta forma, entende-se que a presença de estratégias que visem à melhoria da rotina diária dos cuidadores se faz imprescindível no ambiente domiciliar, reforçando-se a realização de pesquisas sobre o tema, para que assim não só eles como a sociedade em geral possam conhecer melhor a questão central, contribuindo para a efetivação das ações pensadas.

A partir dos resultados identificados, percebeu-se que a promoção da saúde do cuidador não depende apenas de um fator isolado. Diferentes vertentes biopsicossociais e de seu cotidiano estão envolvidas nesta conjectura, o que demanda uma ação profunda e diversificada para que o cuidado domiciliar seja exercido de forma a não prejudicar nem o idoso e principalmente o cuidador.

Referências

AGUIAR, Elizabeth Souza Silva de et al. REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO CUIDAR DE IDOSOS PARA CUIDADORES: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, vol. 19, n. 3, p.485-490, 2011.

BENAVIDES, Olga; ALBURQUERQUE, Daniela; CHANÁ-CUEVAS, Pedro. Evaluación de la sobrecarga en los cuidadores de los pacientes con enfermedad de Parkinson ambulatorios y sus factores de riesgo. rev Med Chile, v.141, n. 3, p. 320-326, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Guia prático do cuidador/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 64 p. : il. - (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério do Trabalho. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002, para uso em todo território nacional e autoriza a sua publicação. Portaria nº 397, de 09 de outubro de 2002.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, vol.19, n. 3, p. 773-781, 2003.

CARVALHAIS, Maribel; SOUSA, Liliana. Qualidade dos Cuidados Domiciliares em Enfermagem a Idosos Dependentes. Saúde Soc., São Paulo, v.22, n.1, p.160-172, 2013.

CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA DE OCUPAÇÕES - CBO: 3. ed. Brasília: MTE, SPPE, 2010. 196 p.

IBALDO, Sabryna da Silva et al. SER FAMILIAR CUIDADOR NO ESPAÇO DOMICILIAR: REVISÃO INTEGRATIVA. Rev enferm UFPE on line., Recife, v. 8, n. 7, p.2115-2121, 2014.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DOS CUIDADORES DE PESSOAS IDOSAS NO DOMICÍLIO. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, vol. 16, n. 2, p.254-262, 2007.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm. [online]., vol.17, n.4, p. 758-764, 2008.

MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p.: il.

NUNES, Luís; MENEZES, Odete. O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos. 1. ed. Lisboa: Editorial Caminho, 2014.

POLARO, Sandra Helena Isse et al. Dinâmica da família no contexto dos cuidados a adultos na quarta idade. Rev Bras Enferm, Brasília, v. 66, n. 2, p. 228-233, 2013.

STACKFLETH, Renata et al. Sobrecarga de trabalho em cuidadores de idosos fragilizados que vivem no domicílio. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 25, n. 5, p.768-774, 2012.

UESUGUI, Helena Meika; FAGUNDES, Diego Santos; PINHO, Diana Lucia Moura. Perfil e grau de dependência de idosos e sobrecarga de seus cuidadores. Acta Paul Enferm, vol. 24, n. 5, p.689-694, 2011.

WALDOW, Vera Regina. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzato, 2001.

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 minha orientadora, Francisca Patrícia Barreto de Carvalho, por estar sempre à disposição quando preciso, por me conduzir pelos caminhos certos nos meus estudos, me ajudando em todos os momentos.

A saúde do trabalhador de enfermagem e os efeitos do trabalho noturno.

Catarina Danielle Rosado Alves – Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR, catarinaalvess@hotmail.com

Amanda Cristina Da Silva Almeida – Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR

Jessica Passos Dornelles – Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR

Fabília Maia Leite – Aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da UNIFOR

Angela Maria Uchôa Rodrigues (Orientadora) – Mestre em Saúde Coletiva – Docente da UNIFOR

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador. Trabalho Noturno. Enfermagem.

Resumo

O trabalho noturno é comum em nossa sociedade, no entanto, ele causa estranhezas sociais, psicológicas e biológicas, uma vez que o corpo está condicionado milenarmente ao sono noturno. Diante da problemática que envolve o trabalhador em turnos, é de grande importância o conhecimento da realidade vivida pelos profissionais de enfermagem que atuam em turnos de 12 horas de trabalho, a fim de propor medidas efetivas voltadas para a elaboração de programa de atenção à saúde dos trabalhadores de enfermagem. Trata-se de uma revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa. Usou-se como método de inclusão: artigos publicados nos intervalos de 2000 a 2014, que tivessem disponibilidade na íntegra e com idioma em português. No total obteve-se dez artigos. Conclui-se que os profissionais que possuem jornadas no turno da noite estão mais sujeitos a uma baixa qualidade de vida, portanto, deve-se buscar formas para que estas pessoas, tão importantes para o cuidado do paciente, tenham acesso a um descanso adequado e o risco menor de adoecimento.

Introdução

Nas últimas décadas, houve uma diminuição progressiva na duração do sono, além do aumento de trabalhos em turnos na população em geral. Dessa forma, a redução do tempo de sono bem como sua privação, tem sido considerada fatores de risco à população, no século XIX pesquisadores descobriram que as variações fisiológicas e comportamentais de um organismo vivo não aconteciam como consequência direta das variações ambientais, mas eram gerados endogenamente através de estruturas denominadas “relógios biológicos”. (SILVA; OLIVEIRA, 2011)

O trabalho noturno é comum em nossa sociedade, no entanto, ele causa estranhezas sociais, psicológicas e biológicas, uma vez que o corpo está condicionado milenarmente ao sono noturno e, a partir deste condicionamento, surgem implicações de cunho social, limitando o trabalhador noturno na sua atividade de lazer e convívio com amigos e familiares, repercutindo também no aspecto psicológico. As consequências biológicas decorrentes do labor noturno são várias, a saber: irritabilidade, dificuldade de concentração e déficit de memória, fadiga mental e física, apatia, negligência e endurecimento de atividades individuais (LISBOA et al, 2009)

Segundo o Manual de procedimentos para os serviços de saúde (2001) do ministério da saúde, a Saúde do Trabalhador constitui uma área da Saúde Pública que tem como objeto de estudo e intervenção as relações entre o trabalho e a saúde. Tem como objetivos a promoção e a proteção da saúde do trabalhador, por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e prestação da assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação de forma integrada, no SUS.

No Brasil, de modo geral, a relação saúde-trabalho é problemática, devido especialmente à deficiência de condições de vida e trabalho adequadas. Direcionando essa realidade para o contexto de enfermagem, constata-se, através da literatura, que esses profissionais possuem condições de trabalho insatisfatórias, desencadeadas por problemas multifatoriais, que vão desde a baixa remuneração até esquemas de horários de trabalho adotados (GIRONDI et al, 2011).

Os profissionais de enfermagem têm reconhecidamente longas jornadas de trabalho. Os plantões de 12 horas seguidos por 36 ou 60 horas sem descanso permitem que esses profissionais se dediquem a mais de uma atividade produtiva. Nesse grupo profissional, as longas jornadas podem levar à exaustão e fadiga, podendo afetar a assistência aos pacientes. Além disso, em função da predominância feminina, a jornada de trabalho profissional se adiciona ao trabalho doméstico, compondo a chamada jornada total ou carga total de trabalho. (SILVA et al, 2011)

Diante da problemática que envolve o trabalhador em turnos, é de grande importância o conhecimento da realidade vivida pelos profissionais de enfermagem que atuam em turnos de 12 horas de trabalho, a fim de propor medidas efetivas voltadas para a elaboração de programa de atenção à saúde dos trabalhadores de enfermagem. (MENDES et al, 2012)

Quando a pessoa que trabalha à noite tenta dormir de dia, ocorre mudança da estrutura interna do sono. O sono normal é o noturno, caracterizado por uma estrutura interna com diferentes estágios de profundidade, duração própria e relativa estabilidade da hora de deitar e acordar, principalmente quando livre de pressões sociais e profissionais. (INHAUSER et al, 2008)

Do exposto, surgiu a necessidade de revisitar pesquisas feitas abordando os principais efeitos do trabalho noturno como determinante na saúde do profissional de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica, com abordagem qualitativa e com o seguinte tema: saúde do trabalhador e os efeitos do trabalho noturno na enfermagem. Segundo Gil (2010) a revisão bibliográfica tem como principal vantagem a pesquisa, esta que permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diariamente, tendo como contrapartida que pode comprometer em muito a qualidade da pesquisa.

Foi realizada pesquisa eletrônica nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO utilizando palavras-chaves saúde trabalhador, enfermagem e trabalho noturno onde foram achados vários artigos falando sobre assunto, em seguida foi realizada a

exploração dos artigos em foco, elaborando-se o fichamento de todos os artigos identificados sobre a temática que envolve a saúde do trabalhador de enfermagem e efeitos do trabalho noturno.

Assim, a busca do material bibliográfico se deu durante o período do mês de agosto de 2014. Usou-se como método de inclusão: artigos publicados nos intervalos de 2000 a 2014, que tivessem disponibilidade na íntegra e com idioma em português. No total obteve-se dez artigos que tinham conteúdos ligados diretamente com temática.

Resultados e Discussão

O trabalho exercido no período noturno impacta na dimensão psicossocial do trabalhador e se classifica como risco ergonômico, o qual esta associada à movimentação e ao transporte de pacientes, ao manuseio de equipamentos e materiais, às posturas prolongadas e inadequadas nos diferentes postos de trabalho. (LISBOA, 2010).

Os trabalhadores em turnos estão expostos a vários fatores de risco, como de doenças cardiovasculares e outros relacionados à categoria profissional. No trabalho noturno pode ser a causa mais comum de alterações na saúde do trabalhador, como alterações do ritmo biológico em relação temperatura corporal, aos níveis hormonais, e além outros distúrbios como os nervosos, digestivos e de personalidade, prejudicando assim seu relacionamento social e familiar. (OLIVEIRA, 2011).

O sono inadequado, reduzido, fora do horário habitual deixa as pessoas mais susceptíveis a doenças, quando o trabalhador noturno tenta dormir de dia, ocorre mudança da estrutura interna do sono que favorece infecções, envelhecimento, alterações do humor (ansiedade e depressão), distúrbios de memória, mau funcionamento do aparelho digestivo e até impotência, logo um sono adequado é o noturno, caracterizado por estrutura interna com diferentes estágios de profundidade, duração própria e relativa estabilidade da hora de deitar e acordar. (LISBOA, 2010).

Conforme foi mencionado por Mendes (2010), em um estudo sobre o sono realizado com enfermeiros de Campinas, vários foram os sintomas relatados pelos profissionais de enfermagem dos turnos diurno e noturno, os mais frequentes foram: queixa de alterações gastrointestinais (distúrbios com apetite, sensação de má digestão, azia ou queimação, flatulência ou distensão abdominal), ganho de peso, irritabilidade, insônia, dores de cabeça, dificuldade de concentração, infertilidade, sensação de depressão ou infelicidade, sensação da diminuição da auto-estima e labilidade de humor.

De um modo geral as alterações gastrointestinais referidas pelos trabalhadores do turno noturno são queixas que se repetem em outras pesquisas como no estudo de Pasqua (1997) sobre comportamento alimentar e estado nutricional de trabalhadores em turnos e Schiavo (1998) sobre o ganho de peso do trabalhador noturno como consequência das alterações do ciclo vigília sono e privação do descanso noturno de forma crônica promovendo assim uma reação em cascata no organismo, pois hormônios liberados durante o sono ou interligados sofrem alterações, desse modo o organismo cansado estimula a alimentação e diminui o gasto energético para guardar energia. (MENDES, 2010).

O trabalho em turnos pode ser considerado desgastante para a equipe de enfermagem, principalmente quando se avaliou as funções cognitivas, mostrando que há um efeito do horário de trabalho que pode interferir no desempenho do sujeito. (OLIVEIRA, 2011).

Conforme o Manual de Procedimentos para Serviços de Saúde: doenças relacionadas ao trabalho (2011), como os trabalhadores compartilham os perfis de adoecimento e morte da população em geral, em função de sua idade, gênero, grupo social ou inserção de grupo podem assim adoecer ou morrer por causas relacionadas ao trabalho, como consequência da profissão que exercem ou exerceram, ou pelas condições adversas em que o trabalho é ou foi realizado.

Pesquisa realizada com uma equipe de enfermagem para avaliar os efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e vida social, realizado em um hospital universitário de São Paulo, concluíram que os hábitos de vida social foram afetados principalmente pelas interferências no relacionamento pessoal e com a família. Mostrou, ainda, que a saúde foi prejudicada pelas alterações neuropsíquicas, cardiovasculares e gastrintestinais. (COSTA, 2000 apud MENDES, 2010)

Conforme Fischer (2002), em um estudo realizado sobre a percepção do sono os resultados encontrados entre os trabalhadores em turnos de 12h noturnas seguidas de 36 horas sem descanso apontam para uma queda significativa da duração do sono após noite de trabalho. Comparados os registros das durações de episódios de sono noturno com aqueles ocorridos durante o dia, após o trabalho noturno, nota-se que o sono diurno mostrou-se fragmentado. Esta fragmentação depende de vários fatores, tais como, necessidade de cuidar de terceiros, execução de tarefas indispensáveis no âmbito familiar e social.

O trabalho noturno, o trabalho alternado e os plantões são especificidades do trabalho da enfermagem, são jornadas que começam muito cedo e terminam muito tarde, interferindo no sono e dificultando a conciliação entre a vida familiar e social. (LOPES, 2001).

Uma pesquisa realizada com profissionais da saúde no Brasil, Croácia, Polônia, Ucrânia e Estados Unidos em que uma das metas foi verificar se havia diferença do impacto do trabalho no bem-estar dos profissionais da saúde, obtiveram como resultado que a percepção de cansaço físico e mental entre os profissionais do período noturno foi maior em relação aos do diurno, além disso, a percepção de bem-estar foi diferente entre os países, bem como a percepção de cansaço físico ao final da jornada de trabalho, a maneira e o grau do impacto do turno noturno para os profissionais de saúde (MENDES, 2010).

Há influência do trabalho em turnos na quantidade total de erros observados, o turno noturno destaca-se como de maior ocorrência de erros pela equipe de enfermagem. O desempenho de um trabalhador do turno da noite é comparável ao de um trabalhador diurno, como se ele tivesse passado a noite inteira sem dormir. O sono diurno não possui a mesma qualidade e capacidade reparadas do sono noturno, gerando nos trabalhadores do turno da noite um débito de sono cumulativo, resultando em diminuição da capacidade produtiva. (OLIVEIRA, 2011).

Para o desenvolvimento das atividades de enfermagem no ambiente hospitalar, estão envolvidas diferentes categorias no processo do cuidado integral ao indivíduo e sua família, necessitando de uma organização ininterrupta das ações de enfermagem durante as 24 horas do dia. (MENDES, 2010).

A Enfermagem é uma das profissões que se encontra sujeita ao regime de trabalho em turnos, constituindo uma prática frequente e necessária às organizações, principalmente as hospitalares, sendo uma forma de organização temporal em consequência da extensão do trabalho ao longo das 24 horas do dia (LOURENÇO; RAMOS; CRUZ, 2008).

Conclusão

Considerando os resultados encontrados, percebe-se que os profissionais de enfermagem que trabalham no período noturno estão expostos a vários fatores de risco, como problemas cardiovasculares. Estes estão mais suscetíveis a infecções, envelhecimento, alterações do humor (ansiedade e depressão), distúrbios de memória, mau funcionamento do aparelho digestivo.

Percebemos nos artigos que os profissionais de enfermagem possuem dupla jornada de trabalho, ou seja, eles além dos plantões exaustivos, cuidam do lar e da vida pessoal, assim interferindo em um adequado descanso.

Conclui-se que os profissionais que possuem jornadas no turno da noite estão mais sujeitos a uma baixa qualidade de vida, portanto, deve-se buscar formas para que estas pessoas, tão importantes para o cuidado do paciente, tenham acesso a um descanso adequado. O cuidador também possui necessidade de ser cuidado e ser tratado de forma humanizada.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil nº 114, de 2001. **Doenças Relacionadas Ao Trabalho**: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Brasília , DF.

FISCHER, Frida Marina et al . **Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 18, n. 5, out. 2002 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000500018&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 20 ago. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000500018>

IRONDI, Juliana Balbinot Reis; GELBCKE, Francine Lima. **Percepção do enfermeiro: sobre os efeitos do trabalho noturno em sua vida**. Enfermagem em Foco, Santa Catarina, v. 3, n. 2, p.1-4, 27 jul. 2011. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/133>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

LISBOA, Márcia Tereza Luz et al. **O TRABALHO NOTURNO: E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM**. Rev. Enferm.: UERJ, Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p.1-6, 30 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a06.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

LOPES, M. J. M. A saúde das trabalhadoras da saúde: algumas questões. In: HAAG, G. S.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB, 2001. p. 109 – 114.

LOURENÇO, R. A. P. C; RAMOS, S.I.V.; CRUZ, A. G. **Implicações do trabalho por turnos na vida familiar de enfermeiros: vivências dos parceiros**.

Psicologia: o portal dos psicólogos, 2008. Disponível: http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0417. Acesso em: 19 agos 2014.

MENDES, Sandra Soares. **Trabalhos em Turnos**: Estado Geral de Saúde relacionado ao Sono em Trabalhador de Enfermagem. 2010. 106 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Unicamp, Campinas, 2010. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/MendesSandraSoares_M \(1\).PDF](file:///C:/Users/user/Downloads/MendesSandraSoares_M%20(1).PDF)>. Acesso em: 20 ago. 2014

MENDES, Sandra Soares; MARTINO, Milva Maria Figueiredo de. **Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem**. Rev Esc Enferm Usp, Campinas, v. 26, n. 46, p.1-6, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/26.pdf>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

OLIVEIRA, Beatriz. **Estudo da memória,atenção ao sono na equipe de enfermagem nos diferentes turnos de trabalho**. 2011. 145 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Unicamp, Campinas, 2011. Disponível em: <[file:///C:/Users/user/Downloads/OliveiraBeatrizde_M \(1\).pdf](file:///C:/Users/user/Downloads/OliveiraBeatrizde_M%20(1).pdf)>. Acesso em: 20 ago. 2014.

SILVA, Amanda Aparecida; ROTENBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Marina. **Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho**. Rev Saúde Pública: publica, São Paulo, v. 6, n. 45, p.1-11, 28 jul. 2011. Disponível em: <<http://www.forumnacional30horasja.com.br/sites/ent/conteudos/artigo/8405815171344774/jornadas-de-trabalho-na-enfermagem-entre-necessidades-individuais-e-condicoes-de-trabalho>>. Acesso em: 11 ago. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos, primeiramente, a Deus, a seguir a colaboração e empenho de todo o grupo na realização deste trabalho. Agradecemos também à professora Mestre Ângela Uchoa, por nos dar todo o apoio e a oportunidade de fazer esta revisão, que possui um tema muito importante e pouco explorado, infelizmente. Mas que desperta para um olhar diferenciado.

ADOLESCENTES ATENDIDOS NO CAPS: OS IMPASSES E DESAFIOS NA PROMOÇÃO DE CIDADANIA E INCLUSÃO SOCIAL

Autor 1 - Elizama Leal de Melo Lima – Universidade Federal de Campina Grande – e.lizama.melo@hotmail.com.

Autor 2 – Marcelo Italiano Peixoto - Universidade Federal de Campina Grande

Autor 3 – Emerson Araújo Do Bú - Universidade Federal de Campina Grande

Autor 4 – Ariadne Messalina Batista Meira - Universidade Federal de Campina Grande

Autor 5 – Mayrla de Souza Coutinho – Universidade Federal de Campina Grande

Autor 6 (Orientador) – Cristina Ruan Ferreira de Araújo - Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Saúde Mental. Inclusão. Adolescente.

Resumo

O Brasil sustentou os manicômios com condições extremamente precárias durante anos, e apenas recentemente esse modelo foi extinto, com a reforma psiquiátrica dando lugar a novas estratégias de promoção de saúde mental. A partir disso foram criados sistemas como os Centros de Atenção Psicossocial, as residências terapêuticas e programas como o Volta pra Casa com o objetivo principal de promover a cidadania, a inserção social, e um cuidado especializado e humanizado. Por ser um movimento recente, o tratamento para todas as faixas-etárias aconteciam até pouco tempo e ainda acontece até hoje da mesma maneira, sem uma preocupação com as necessidades especiais de cada etapa da vida. O objetivo do presente trabalho é problematizar a falta de iniciativas efetivas dos órgãos públicos em relação à atenção psicossocial especializada para usuários adolescentes, ressaltando a importância da cidadania e da inclusão social na vida dos jovens assim como a integração da equipe cuidadora. Existem alguns estudos que demonstram a importância de um tratamento diferenciado para os usuários infanto-juvenis, no entanto, muito pouco é feito na prática, e ao invés de proporcionar o respeito pelas diferenças individuais, à cidadania e a inserção no convívio social acabam por limitar os sujeitos através de muros invisíveis.

Introdução

O modelo manicomial imperou na sociedade brasileira durante anos, desde os hospitais gerais, onde os considerados doentes mentais eram completamente excluídos da sociedade, passavam por procedimentos desumanos, onde eram completamente mal tratados. Na década de 80 aconteceram diversas conferências nacionais e uma delas tratava diretamente da saúde mental, onde se intensificou as discussões sobre o tratamento oferecido nos manicômios, a partir disso surge a reforma psiquiátrica (HIRDES, 2009).

Com a realidade das péssimas condições dos manicômios, o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares fechou as portas de muitos dos manicômios espalhados pelo país. A reforma psiquiátrica brasileira tinha o objetivo a desinstitucionalização, de reestruturar a assistência psiquiátrica, rever os papéis dos profissionais que atuavam nos locais, promover cidadania, inclusão do sujeito na sociedade, garantir os direitos humanos e dar um outro lugar social a loucura (GONÇALVES e SENA, 2001).

Com o fim de muitos hospitais psiquiátricos foi necessário criar algum outro tipo de instituição para encaminhar a demanda, que pudesse dar conta dos doentes mentais levando em consideração todos os aspectos subjetivos, humanos e sociais. Surge então os incentivos federais em forma de CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), o Programa “Volta pra Casa” e as residências terapêuticas. Desde a criação desses novos serviços há uma busca por um tratamento humanizado, considerando os aspectos sociais e subjetivos e visando principalmente promover a cidadania do sujeito (HIRDES, 2008).

No entanto, percebe-se que não existe uma preocupação diferenciada de acordo com a faixa-etária dos usuários do CAPS, mesmo que situado estruturalmente em um local diferenciado, o tratamento é basicamente o mesmo. Faltavam diretrizes, políticas específicas para o público infanto-juvenil, visto que estes precisam de um cuidado diferenciado, que traga elementos atrativos capazes de despertar o desejo por um tratamento (GUERRA, 2005). Até pouco tempo atrás as ações com adolescente aconteciam no sentido de normatizar, institucionalizar e retirar a autonomia do sujeito. Essas questões problemáticas começaram a ser pensadas com a criação do Fórum Nacional de Saúde Mental, onde acontecem discussões buscando sanar esse problema de forma rápida a fim de recuperar o tempo em que nada foi pensado sobre o assunto (FALAVINA e CERQUEIRA, 2008).

O presente trabalho tem como objetivo problematizar a falta de iniciativas efetivas dos órgãos públicos em relação a atenção psicossocial especializada para usuários adolescentes, ressaltando a importância da cidadania e da inclusão social na vida dos jovens assim como a integração da equipe cuidadora.

Metodologia

Realizou-se uma revisão da literatura nas principais bases de dados, a saber: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO), Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PEPSIC), e o Portal da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e IndexPsi. Utilizou-se como descritores os termos adolescência, promoção de cidadania e atenção psicossocial. Tais descritores foram pesquisados separadamente como também juntos, a fim de obter um melhor resultado. Foram aplicados os seguintes critérios de refinamento: exclusão de textos coincidentes, que não disponibilizassem o conteúdo completo e que não fizessem referência direta ao tema. Ao fim do refinamento foram selecionadas sete publicações que tratavam diretamente do objetivo do presente trabalho. O tratamento dos dados foi realizado por meio da análise qualitativa dos artigos selecionados, lidos na íntegra sistematizando, confrontando-os de modo a extrair as convergências, divergências e novas perspectivas acerca do tema abordado (GIL, 2008).

Resultados e Discussão

A preocupação com assistência pública infanto-juvenil é recente no Brasil, a reformulação da prática nessa área se dá em curtos passos, pois, durante muito tempo imperou a ideia de normatizar os adolescentes, concertá-los, adaptá-los a sociedade sem preocupar-se com a singularidade do sujeito. Atualmente já existe a consciência de muitos profissionais de que normatizar não é a melhor opção, pois acaba por não trazer os resultados esperados, o importante é criar estratégias para incluí-las no convívio social ressaltando a importância das suas diferenças. Precisa haver uma desvinculação da clínica do adulto, pois as crianças e jovens tem suas especificidades, a inclusão da família é ainda mais fundamental, a linguagem precisa ser diferenciada, de acordo com a idade e o

contexto do jovem, a prática precisa ser multiprofissional incluindo além do saber médico, psicológico, social o saber pedagógico (GUERRA, 2005).

Segundo Hirdes (2009), as práticas e as intervenções acontecem de acordo com um modelo tradicional, onde as ações com esses jovens usuários não tem uma representatividade significativa nem positiva e essas práticas derivam muitas vezes do conhecimento do senso comum, causando assim, a dispersão dos sujeitos e um desinteresse no tratamento, pelo fato de não haver uma interdisciplinaridade, um trabalho em equipe visando adquirir novos conhecimentos não só como profissionais, mas também como agentes sociais. Ressalta também a problemática de a cidadania ser tutelada e não de cada sujeito, sendo assim uma grande contradição entre o que é dito e o que é feito na prática, a liberdade torna-se restrita, e há uma valorização excessiva da medicalização, sem uma preocupação com a inserção social dos jovens, através de atividades que possam tornar viável um convívio social respeitando as diferenças existentes.

Falavina e Cerqueira (2008) preocupam-se com a escolarização dos jovens, pois esta pode indicar diversos problemas inclusive problemas mentais. Ressaltam a importância da inserção na escola como forma de promoção de cidadania, em sua pesquisa, os jovens que estavam fora da escola demonstravam um agravamento dos problemas mentais, desta forma os profissionais dos centros de atenção psicossocial precisam verificar a se os jovens estão inseridos na escola e acompanhar o processo de aprendizado, buscando sanar os problemas de aprendizado que podem surgir assim como o preconceito. A escola pode se tornar um importante instrumento para a reinserção das crianças e dos jovens na escola, nesse sentido percebe-se a importância de lançar um olhar cuidadoso e com a devida importância para as instituições escolares.

Tornar possível a inclusão social do jovem depende em grande medida da ajuda da família, esta tem um papel fundamental, pois é a primeira instituição de inclusão da criança na qual ela aprende a se relacionar, respeitar os limites, as leis. Na família o jovem encontra apoio, segurança, manutenção das relações com a escola, com a comunidade, muitas vezes o adolescente é encaminhado ao serviço de atenção psicossocial pela própria família, a qual também necessita de um acompanhamento da rede de atenção (MONTEIRO, 2012). Para que a rede de saúde mental funcione da melhor maneira possível o centro de atenção psicossocial precisa está articulado e integrado a atenção básica que tem uma aproximação maior com a comunidade e o contato mais frequente, podendo ser uma ponte entre a comunidade e o serviço especializado em saúde mental. No entanto, na prática não existe integração nem dos profissionais do próprio serviço, ocasionando vários problemas e barreiras, tornando-se impossível uma articulação entre esses dois serviços. Os encaminhamentos que acontecem de um serviço para outro acaba sendo como passar a responsabilidade para o outro, enquanto isso deveria ser feito como um compartilhamento, um responsabilização da rede básica, do centro de atenção psicossocial, da família e da comunidade como um todo, para funcionar de fato como uma rede e partir disso promover a saúde e a cidadania dos jovens em sofrimento psíquico (DELFINI e REIS, 2008) (KANTORSKY, et al 2014). Esse problema de integração da equipe acontece por diversos motivos um deles é a rotatividade dos profissionais. Muitas vezes a equipe leva anos para começar a integrar-se e desenvolver um bom trabalho, e quando acontecem às eleições municipais e o jogo de poderes políticos entra em cena, muda-se o quadro de funcionários e a partir disso é preciso recomeçar toda a integração com os novos funcionários. Toda essa dinâmica perversa do estado trás consequências negativas principalmente para os jovens que precisam da atenção psicossocial.

O trabalho com os adolescentes nos centros de atenção psicossocial precisa acontecer de uma maneira diferenciada, visto que nessa fase da vida, há uma resistência maior por aceitar algum tipo de tratamento. A forma como acontece esse tratamento não tem nada de atraente, não motiva o adolescente, não o faz sentir-se pertencente aquele determinado grupo. Os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) precisam integrar-se não só a atenção básica como também aos CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), ao CREAS (Centro de Referência Especial de Assistência Social), Conselho Tutelar, e a partir dessa integração de fato, promover atividades diferenciadas para esses jovens usuários do serviço, incluindo a família, os amigos, a comunidade para ser de fato uma rede e derrubar os muros que continuam existindo mesmo que de forma imaginária.

Conclusão

Apesar do esforço que alguns profissionais demonstram na contemporaneidade para a promoção de cidadania e inclusão social de jovens a partir de uma equipe de atenção psicossocial multidisciplinar integrada, muitas dificuldades ainda se impõem e muitas barreiras ainda precisam ser desconstruídas para que a rede de saúde mental funcione como se propõe. Para isso é necessário em primeiro lugar que as atenções dos órgãos públicos se voltem primeiro para a qualidade do serviço, sem permitir que os seus interesses pessoais sobreponham os interesses da comunidade. Assim como a conscientização das famílias e de toda comunidade de que a responsabilidade de promover cidadania e inclusão é de todos, não apenas do estado. É necessária também uma melhor capacitação dos profissionais da saúde mental para que assim possam ser percebidos progressos significativos na prática.

Referências

- DELFINI, P. S.S.; REIS, A. O. A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados a saúde mental infanto-juvenil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.2. 2012.
- FALAVINA, O. P.; CERQUEIRA, M. B. Saúde mental infanto-juvenil: usuários e suas trajetórias de acesso aos serviços de saúde. Revista Espaço para a Saúde, v. 10, n. 1, p. 34-46, dez. 2008.
- GIL, A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. São Paulo: Atlas, 2008.
- GONÇALVES, A. M.; SENA, R. R. A reforma psiquiátrica no Brasil: Contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. Rev Latino-am Enfermagem, v.9, n.2. p.48-55, 2001.
- GUERRA, A. M. C. A psicanálise no campo da saúde mental infanto-juvenil. Psiquê Rev. de Psicanálise, São Paulo, v.9, n.15, p. 139-154, 2005.
- HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: Uma (re) visão. Ciência & Saúde Coletiva, v.14, n.1, p. 297-305, 2009.
- KANTORSKY, L. P. et al. A intersectorialidade na atenção psicossocial infanto-juvenil. J. res.: fundam. care. online. v. 6, n. 2, p. 651-66, abr./jun. 2014.
- MONTEIRO, Ana R. M. et al . Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, Set. 2012.

Agradecimentos

Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa: Foco nos Aspectos de Humor e Depressão

Patrícia Rebouças Araújo (apresentador) – Universidade Federal do Ceará. E-mail: enfapatriciaaraujo@yahoo.com.br
Gerídice Lorna Andrade de Moraes – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza
Gilvan Ferreira Felipe - Universidade Federal do Ceará
Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Avaliação Geriátrica. Depressão.

Resumo

Objetivou-se identificar os aspectos de humor e depressão em idosos segundo a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e natureza quantitativa que foi desenvolvido em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado no Município de Fortaleza-Ceará-Brasil. A amostra foi composta por 122 idosos cadastrados no referido CSF. O instrumento de avaliação utilizado foi a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa, a qual sugere no domínio de avaliação do humor e depressão que os idosos sejam questionados quanto à ocorrência de quadros de tristeza. Nos casos em que a resposta foi sim, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG). A coleta de dados foi realizada por enfermeiros e profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do mencionado centro de saúde, e graduandos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Ceará e da Universidade de Fortaleza. Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica e, posteriormente, analisados por meio estatística descritiva. O estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012. Quanto às características sociodemográficas predominaram: sexo feminino (68%); faixa etária entre 60 a 69 anos (53,3%), baixa escolaridade (70,5%) e com baixa renda familiar (89,3%). Um percentual de 27% dos idosos referiram tristeza ou desânimo com frequência, dos quais 97% apresentavam sinais de depressão leve ou severa de acordo com a EDG. A avaliação do humor e depressão mostrou-se fundamental para o acompanhamento da saúde do idoso e para a adoção intervenções de melhoria deste domínio.

Introdução

No Brasil, a população de idosos vem aumentando ao longo das últimas décadas. Estudos nacionais demonstram o crescimento da participação relativa da população com 65 anos ou mais, que era de 4,8% em 1991, passando a 5,9% em 2000 e chegando a 7,4% em 2010 (IBGE, 2012). A longevidade, entretanto, pode estar associada a alterações patológicas de cunho físico e psicológico.

Os transtornos de humor são as desordens psiquiátricas mais comuns entre indivíduos idosos. Nesta faixa etária, estes transtornos tendem à cronicidade, são subdiagnosticados e subtratados, causam grande sofrimento psíquico, aumento da dependência funcional. Isolamento social, risco de suicídio, piora da qualidade de vida e aumentam a mortalidade dos indivíduos acometidos (BARCELOS-FERREIRA, 2010).

De acordo com Hegadoren *et al.* (2009), os sintomas depressivos em idosos estão associados aos declínios cognitivos e funcionais, falta ou perda de contato social, viuvez, eventos estressantes, baixa renda, isolamento social, falta de atividade social, baixa escolaridade e uso de medicações.

No contexto da Estratégia de Saúde da Família, no que diz respeito aos idosos, cabe às equipes identificar precocemente os fatores que podem afetar negativamente suas condições de saúde, detectar os sinais e sintomas de depressão e os aspectos associados (apatia, desmotivação, desesperança e isolamento social), para promover atividades físicas, recreativas e culturais que contribuam para minimizar esse quadro, instituindo medidas cabíveis para preservar a autonomia e a qualidade de vida dos idosos (ALVARENGA; OLIVEIRA e FACCENDA, 2012).

Apesar de sua relevância, a depressão é de difícil mensuração, uma vez que o quadro depressivo é composto por sintomas que traduzem estados e sentimentos que diferem acentuadamente (ALVARENGA; OLIVEIRA e FACCENDA, 2012).

Diante do que foi exposto surgiram o seguinte questionamento: quais os aspectos de humor e depressão apresentados por idosos atendidos em um Centro de Saúde da família segundo a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa?

Acredita-se que a identificação precoce dos sinais de depressão em idosos na atenção primária de saúde favorecerá a prevenção de complicações, bem como a instituição de medidas cabíveis de preservação da autonomia e da qualidade de vida desses idosos. Para tanto, o presente estudo teve como objetivo identificar os aspectos de humor e depressão em idosos segundo a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, com delineamento transversal e natureza quantitativa que foi desenvolvido em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado em um bairro periférico do Município de Fortaleza-Ceará-Brasil.

A população do estudo foi composta por 656 idosos cadastrados no referido Centro de Saúde da Família. Para o cálculo amostral, utilizou-se a fórmula para amostra finita, sendo considerado um nível de significância de 95% ($Z_{\alpha}=1,96$), a prevalência de pacientes idosos na instituição é de 11%. O erro amostral considerado foi de 5%. Portanto, ficou estabelecida uma amostra de 122 idosos.

Para participarem do estudo, os idosos deveriam atender aos seguintes critérios de inclusão: ter idade igual ou superior a 60 anos de idade; comparecer ao CSF no período de coleta de dados ou aceitar a realização da avaliação mediante uma visita domiciliária; estar orientado e verbalizando para possibilitar a participação na Consulta Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa. E como critérios de exclusão ter uma deficiência incapacitante de participar da consulta, tais como cegueira total, surdez total ou retardo mental.

Para coleta de dados utilizou-se a Avaliação Multidimensional Rápida da Pessoa Idosa (AMRPI), cuja finalidade é proporcionar um perfil de saúde multidimensional, identificando as dimensões que podem comprometer a capacidade funcional da população idosa. O instrumento é composto por treze domínios de investigação, quais sejam: nutrição, visão, audição, incontinência, atividade sexual, humor, cognição e memória, função dos membros superiores, função dos membros inferiores, atividades diárias, domicílio, queda e suporte social (BRASIL, 2006).

Para a avaliação do domínio do Humor e Depressão, o instrumento sugere que os idosos sejam questionados se sentiam-se tristes ou desanimados(as) frequentemente. Nos casos em que a resposta foi sim, aplicou-se a Escala de Depressão Geriátrica (EDG).

A EDG, por sua vez, consiste em um questionário de 15 perguntas com respostas objetivas (sim ou não) a respeito de como a pessoa idosa tem se sentido durante a última semana, em que cada uma delas vale um ponto. A avaliação dos resultados é feita por meio do somatório total dos pontos, em que uma pontuação entre 0 e 5 se considera normal, 6 a 10 indica depressão leve e 11 a 15 depressão severa. Segundo a EDG, escores elevados sugerem encaminhamento para avaliação neuropsicológica específica (ALVARENGA; OLIVEIRA e FACCENDA, 2012).

A coleta de dados foi realizada por enfermeiros e profissionais da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família do mencionado centro de saúde, composta por assistentes sociais, fisioterapeutas e fonoaudiólogos. Além desses, participaram graduandos do curso de enfermagem da Universidade Federal do Ceará e da Universidade de Fortaleza. Para tanto, foi realizado um treinamento com todos os entrevistadores contemplando a AMRPI.

Os dados obtidos foram organizados em planilha eletrônica no programa Microsoft Excel⁽⁹⁾ e, posteriormente, analisados por meio estatística descritiva.

O estudo foi realizado de acordo com a resolução 466/2012, da Comissão Nacional de Saúde, recebendo parecer favorável para o seu desenvolvimento pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, sob protocolo n.º 295/10 (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Para identificação dos aspectos de humor e depressão em idosos é necessário conhecer suas características socioeconômicas. Dessa forma, predominaram os seguintes dados: sexo feminino (68%); faixa etária entre 60 a 69 anos (53,3%), com média de 69,4 anos; baixa escolaridade (70,5%), dentre estes 23,8% eram analfabetos; aposentado (63,1%); e baixa renda familiar, visto que 89,3% recebem menos de quatro salários mínimos.

Uma pesquisa sócio-demográfica nacional evidenciou a tendência histórica de predominância feminina na composição por sexo da população do Brasil (IBGE, 2012). A faixa etária entre 60 e 69 anos também foi predominante entre idosas inscritas na Estratégia Saúde da Família em outro município no nordeste do país (SANTOS; RIBEIRO, 2012).

Em relação ao nível de escolaridade, os dados observados no presente estudo corroboram com a média de anos de estudo em idosos no Brasil que é de 3,8 anos. A mesma pesquisa demonstrou ainda que a taxa de analfabetismo no País é maior nos grupos de idades mais elevadas (IBGE, 2012; SANTOS; RIBEIRO, 2012).

No presente estudo houve prevalência ainda de baixa renda familiar entre os idosos entrevistados, resultado este compatível com o rendimento mensal domiciliar per capita nacional. Nas Regiões Norte e Nordeste, tal rendimento demonstrou-se inferior em comparação às demais regiões do país, condição esta associada à situação de pobreza (IBGE, 2012).

Tabela 1- Caracterização dos idosos quanto à avaliação do humor e depressão. Fortaleza-CE, fev-mar/2011.

Sente-se triste ou desanimado com frequência	n = 122	%
Sim	33	27
Não	89	73
Escala de Depressão Geriátrica		
Normal (de 0 a 5 pontos)	1	3
Depressão leve (de 6 a 10 pontos)	26	78,8
Depressão severa (de 11 a 15 pontos)	6	18,2

A avaliação do humor/depressão mostrou que 27% dos idosos referiram sentirem-se tristes ou desanimados com frequência, dos quais 97% apresentavam sinais de depressão leve ou severa de acordo com a Escala de Depressão Geriátrica (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012).

Um percentual menos elevado de depressão foi observado em outros estudos. A prevalência de depressão entre idosos residentes na cidade de São Paulo, São Paulo, foi de 52%, de 35,1% em Goiânia, Goiás, e de 34,4% em Dourados, Minas Gerais, mediante a aplicação da EDG (ALVARENGA; OLIVEIRA; FACCENDA, 2012; NUNES *et al.*, 2010; REGIS; ALCÂNTARA; GOLDSTEIN, 2013).

Estudo realizado também no município de Fortaleza evidenciou prevalência de resultados igualmente contrastantes, no qual apenas 34,2% dos idosos apresentaram quadro depressivo segundo o mesmo instrumento (CASTELO *et al.*, 2010).

A versão de 15 itens da EDG, como instrumento de estrutura única, mostrou-se adequada para o rastreamento da depressão na Atenção Básica de Saúde por ter a vantagem de ser de rápida aplicação (CASTELO *et al.*, 2010). Segundo Alvarenga, Oliveira e Faccenda (2012), a depressão é mais comum em idosos do sexo feminino, portadores de maior número de doenças crônicas, estando a pouca escolaridade também associada a quadros de apatia, desmotivação e desesperança (ALVARENGA; OLIVEIRA e FACCENDA, 2012).

Conclusão

Diante da relevância de conhecer os aspectos de humor e depressão em idosos atendidos em um Centro de Saúde da Família, constatou-se nos 122 idosos avaliados mediante a Avaliação Multidimensional Rápida da pessoa Idosa que 27% referiram sentirem-se tristes ou desanimados com frequência, dos quais 97% apresentavam sinais de depressão leve ou severa de acordo com a EDG.

Portanto, a aplicação de um instrumento multidimensional voltado para a identificação precoce dos problemas relacionados ao humor em idosos pela equipe de saúde, na atenção básica, mostrou-se satisfatório para nortear a avaliação dos quadros depressivos neste grupo etário, bem como para rastrear tais quadros de forma rápida, objetiva e individualizada de modo a auxiliar no planejamento de estratégias de promoção da saúde, prevenção e tratamento de agravos, bem como bem como a instituição de medidas cabíveis de preservação da autonomia e da qualidade de vida desses idosos.

Referências

ALVARENGA, Márcia Regina Martins; OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; Faccenda, Odival. Sintomas depressivos los Idosos:. Análise dos itens da Escala de Depressão geriátrica *Acta paul. enferm.* , São Paulo, v. 25, n. 4, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 19) ISBN 85-334-1273-8

Barcelos-Ferreira R, Izbicki R, Steffens DC et al. Depressive morbidity and gender in community- dwelling Brazilian elderly: systematic review and meta-analysis. *International Psychogeriatrics*, n. 22, p. 712-26, 2010.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Resolução no 466/2012 de 12 de dezembro de 2012. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Conselho Nacional de Saúde, 2012.

Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JW, Noletto JC, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr.*, v. 22, n. 1, p.109-13, 2010.

Hegadoren K, Norris C, Lasiuk G, da Silva DG, Chivers-Wilson K. The many faces of depression in primary care. *Texto & Contexto Enferm.*, v.18, n. 1, p.155-64, 2009.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Síntese 2011. (PNDA, 2011-12). Rio de Janeiro: IBGE; 2012. Disponível em URL: <<http://www.ibge.gov.br>>

Nunes DP, Nakatani AY, Silveira EA, Bachion MM, de Souza MR. Functional capacity, socioeconomic conditions and of health of elderly assisted by Family Health teams in Goiania (GO, Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*, v. 15, n. 6, p. 2887-98, 2010.

Regis, M.O.R., Alcântara, D. & Goldstein, G.C.de A. (2013, junho). Prevalência da Síndrome da Fragilidade em idosos residentes em Instituição de Longa Permanência na cidade de São Paulo. *Revista Kairós Gerontologia*, São Paulo, v.16, n. 3, p. 251-262, 2013.

SANTOS, Marlete Bezerra dos; RIBEIRO, Sandra Aparecida. Dados sociodemográficos e condições de saúde de idosas inscritas no PSF de Maceió, AL. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, 2011.

