CAPACIDADE FUNCIONAL EM IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS

Ivana Daniela César – Mestre – Universidade de Fortaleza
Maria Vieira de Lima Saintrain (orientador) – Docente- Universidade de Fortaleza
Nívea Adriano de Santana e Santos (apresentador) – Mestranda – Universidade de Fortaleza. niveaadriano@gmail.com
Suzanne Vieira Saintrain – Mestranda – Universidade de Fortaleza
Siulmara Cristina Galera – Docente – Universidade de Fortaleza
Carlos Roberto Silveira Corrêa – Docente – Universidade de Campinas, UNICAMP.

Palavras-chave: Idosos. Saúde do idoso. Instituições de longa permanência para idosos. Atividades cotidianas. Funcionalidade.

Resumo

A institucionalização dos idosos cresce proporcionalmente à ascensão da expectativa de vida, os quais requerem mais cuidados que nem sempre são realizados de maneira eficiente, ocasionando uma saúde mais precária, podendo comprometer a capacidade funcional dessa população. O objetivo deste estudo é comparar os resultados do estado funcional dos idosos no ano de 2007 com os obtidos em 2010. Trata-se de um estudo de coorte conduzido em uma instituição de longa permanência para idosos no município de Fortaleza, CE. Para a avaliação utilizou-se dois instrumentos: Escala de Independência em Atividades da Vida Diária e questionário de avaliação funcional de Pfeffer. Participaram do estudo 106 idosos de 60 a 103 anos. Hipertensão arterial sistêmica, Demência e *Diabetes mellitus* foram as doenças mais prevalentes. Com relação à funcionalidade houve significância para o grau de dependência maior nas atividades de tomar banho (p=0,005) e alimentação (p=0,003). Quanto as atividades funcionais houve diferença significativa para: manusear seus medicamentos (p=0,032), ser capaz de passear sozinho (p=0,031) e poder ser deixado sozinho em segurança (p=0,046). Quanto ao estado funcional 31(54,4%) dos idosos com déficit cognitivo eram parcialmente dependentes em 2007, e em 2010, esse número caiu para 18(27,7%). Contudo a quantidade de idosos dependentes eram de 6(10,5%), e quando reavaliados, aumentou para 25(38,5%). Diante do exposto, faz-se necessário traçar estratégias institucionais para retardar esse declínio funcional característico, instigando a classe gerontológica, à elaboração de um trato diferenciado capaz de promover melhorias para esta população.

Introdução

O marco inicial da velhice nos países em desenvolvimento é de 60 anos,contudo, observa-se que as pessoas com a mesma idade cronológica podem ter características físicas, atitudes e disposição muito diferentes (MAZO, LOPES e BENEDETTI, 2004).

A institucionalização da população idosa cresce proporcionalmente à ascensão da expectativa de vida, aumentando significativamente a necessidade de atendimento e de cuidados (REIS, et.al., 2005), os quais nem sempre são realizados de maneira eficiente, deixando muitos idosos asilados sem um acompanhamento adequado e consequentemente com saúde mais precária que os não abrigados (COSTA, SAINTRAIN e VIEIRA, 2010).

Segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF),a incapacidade resulta da interação da disfunção apresentada pela pessoa (orgânica e/ou da estrutura do corpo) e dos fatores ambientais (facilitadores ou barreiras no desempenho das atividades) com a limitação de suas atividades e a restrição na participação social (WHO, 2002; OMS, 2003).

Com efeito, a capacidade funcional é definida como a habilidade de realizar as atividades da vida diária (AVD) de forma independente e autônoma, incluindo atividades de deslocamento, autocuidado, participação em atividades recreativas e educativas, ou seja, a capacidade de manter as habilidades físicas e mentais para uma vida com qualidade (SQUILLA, 2004).

Autores enfatizam que a sensação de desamparo, muitas vezes desencadeada pela institucionalização, pode ensejar situações em que a falta de cuidados estimule a dependência (ARAÚJO e CEOLIM, 2007), tornando-se útil e necessário investigar a funcionalidade deste contingente populacional (FREIRE JÚNIOR e TAVARES, 2006).

Portanto, inquirir as condições de saúde e a capacidade funcional dos idosos brasileiros possibilita caracterizar, mensurar e explicar os perfis de necessidade e problemas de saúde-doença da população; conhecer as respostas sociais organizadas ante eles; identificar necessidades e prioridades, bem como avaliar o impacto das intervenções; formular estratégias de promoção, prevenção e controle de danos à saúde e avaliação da implementação das ações.

Ante o exposto, esta pesquisa tem como objetivo comparar os resultados do estado funcional dos idosos no ano de 2007 com os obtidos no ano de 2010.

Metodologia

Estudo de coorte realizado a partir do trabalho de Galera (2008) conduzido na instituição de longa permanência para idosos (ILPI) Lar Torres de Melo, em Fortaleza, Ceará, o qual realizou uma avaliação geriátrica ampla. A proposta utilizou em caráter inédito a versão da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária(EIAVD) ou Escala de Katz, submetida a uma adaptação transcultural (LINO et. al., 2008).

O Lar Torres de Melo é uma instituição filantrópica destinada a oferecer abrigo, assistência médica e social a idosos carentes.

Para a coleta de dados foram utilizados: a) questionário relativo aos dados sociodemográficos (idade, sexo); saúde geral (doença sistêmica); b) Escala de Independência nas Atividades da Vida Diária (Escala de Katz) (LINO et al., 2008), que avalia o desempenho de seis funções, considerando as atividades básicas da vida diária (ABVD) (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação), com pontuação que varia de 0 a 6 (onde 0 - corresponde a independência total, 1- dependência para uma função e 6- dependência para todas as seis funções), classificando como independentes ou dependentes; e, c) questionário de avaliação funcional de Pfeffer (PFEFFER et al.,1982), que considera as habilidades em onze atividades instrumentais da vida diária (AIVD) (capaz de manusear seu próprio dinheiro, comprar coisas para sua casa sozinho, esquentar a água para o café e apagar o fogo, preparar uma refeição, manter-se em dia com as atualidades, prestar atenção, lembrar-se de compromissos, manusear os próprios medicamentos, passear pela vizinhança e encontrar o caminho de volta para casa, permanecer em casa sozinho(a) de forma segura, cumprimentar seus amigos de forma adequada). Nesta avaliação é obedecida a seguinte pontuação: 0- capacidade de desenvolver atividade, 1- apresenta alguma dificuldade, 2- necessita de ajuda e, 3- não é capaz. O somatório com pontuação igual ou acima de 6 sugere alteração cognitiva.

Neste estudo foram avaliados os idosos residentes na ILPI em dois momentos. No primeiro, a coleta de dados se deu nos meses de abril a junho de 2007 e no segundo, os mesmos idosos foram reavaliados entre os meses de agosto a outubro de 2010.

Os dados foram analisados com auxílio do programa estatístico SPSS 15.0 (SPSS Co.,Chicago, USA). Para a análise estatística, utilizou-se do Teste qui-quadrado de Pearson estabelecido o nível de significância de 5 %.

Sem conflito de interesse o estudo teve aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará, oficio n° 382/05 – protocolo COMEPE n° 164/05. Um termo de autorização foi assinado pelo fiel depositário, responsável pela ILPI onde se realizou a pesquisa, e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados e Discussão

Dos 190 idosos participantes do estudo, no período de três anos, 56 faleceram e 28 foram desinstitucionalizados, restando uma amostra de 106 idosos nos dois seguimentos da pesquisa.

A idade variou no primeiro seguimento de 60 a 103 anos (média de 73,97 ± 9,943), e no segundo seguimento de 63 a 106 anos (média 77,46 ± 9,280). Houve predominância do sexo feminino [59 (55,7%)], condição a qual vai ao encontro da literatura, caracterizando-se pelo fenômeno da feminização da população idosa (NASCIMENTO e RABÊLO, 2008).

Verificou-se maior prevalência das doenças crônicas: hipertensão arterial sistêmica (27.3%), demência (17,9%) e *Diabetes mellitus* (8,5%). Estes achados corroboram com pesquisas nacionais e internacionais. No Brasil, estudos em duas ILPI também detectaram que as doenças crônicas mais prevalentes foram: hipertensão arterial sistêmica, distúrbios psiquiátricos leves, depressão e *Diabetes mellitus* (OLIVEIRA, GORETTI e PEREIRA, 2006). No estudo de Damián *et al.* (2004) com idosos institucionalizados em Madrid, bem como o levantamento do *National Center for Health Statistics*, a fim de caracterizar os residentes em ILPI dos Estados Unidos, foram encontrados dados semelhantes (GABREL, 2000).

Ao analisar as condições de saúde, houve bastante dificuldade de se obter os dados, tanto pela falta de conhecimento dos idosos quanto pela ausência de registro, necessitando de um sistema notificador para a Instituição. À vista dos resultados, percebeu-se que essas condições podem estar associadas ao estilo de vida dos residentes, sugerindo ações voltadas no âmbito dos hábitos de vida saudável.

Neste ensaio, restou identificado o fato de que a maioria dos idosos avaliados nos dois segmentos não necessita receber assistência para as AVD, apesar de demonstrar que com o percorrer dos anos (2007 – 2010), houve significativo aumento do número de idosos dependentes e redução da quantidade de idosos independentes.

Embora possa ser demonstrado que a maioria dos residentes seja de independentes para as AVD, muitos destes são prejudicados em seu desempenho funcional, pelo fato de os profissionais e/ou cuidadores realizarem as atividades por eles, a fim de obter melhor e mais rápido andamento do serviço. Em vez de permitirem que tomem banho sozinhos, auxiliando-os apenas no necessário, igualmente, em outras atividades, não disponibilizam de tempo para que os idosos desempenhem e exercitem suas atividades.

Em contrapartida, a instituição é carente no contexto técnico-profissional, ressaltada na situação de que é composta com apenas seis cuidadores diários.

Neste experimento, o percentual de idosos dependentes após três anos do primeiro segmento foi mais prevalente no sexo feminino; embora vivam mais do que os homens, as mulheres apresentam maior incidência de doenças crônicas, que podem levar à dependência, demandando assim maior atenção (PEDRAZI, RODRIGUES e SCHIAVETO, 2007).

Com relação à funcionalidade, observa-se que houve diferença significativa no que diz respeito à ABVD, para as atividades tomar banho e alimentação, ao se comparar os dados de 2007 com os resultados obtidos no ano de 2010.

Corroborando com o estudo, Pavarini e Neri (2000) constataram que o banho é a situação geradora de maior dependência no idoso (76,3%), seguida da alimentação (95%). No mesmo entendimento, Davim et. al.(2004) detectaram que o ato de alimentar-se entre os idosos institucionalizados consistiu na atividade de maior dependência. No entanto, existe escassez de trabalhos sobre as causas e os fatores associados com o declínio da capacidade funcional nas ILPI necessários para ajudar a compreender melhor o processo e planejar estratégias orientadas para a sua detenção (ANG et al., 2006).

Para as atividades instrumentais, “manuseia seus medicamentos (p=0,032), é capaz de passear sozinho (p=0,031) e pode ser deixado sozinho em segurança (p=0,046)” foram as atividades que apresentaram diferença significante entre os avaliados, ocorrência na qual enseja que o perfil assistencialista da instituição no cuidado dificulta o empoderamento do idoso com relação ao seu processo saúde/doença, bem como de realizar suas atividades de forma livre e no seu tempo. Pesquisa neste entendimento considera o assistencialismo da instituição fator contribuinte para maior afastamento do entorno social e consequente tendência ao isolamento (PEDRAZI, RODRIGUES e SCHIAVETO, 2007).

Quanto à descrição do grau dependência para as atividades instrumentais, constatou-se que a atividade “ser capaz de cumprimentar de forma adequada” apresentou diferença significante (p=0,001) quanto ao grau de dependência. No presente estudo, em 2007, 23(21,9%) idosos não eram capazes de realizar essa atividade e em 2010 esse número foi de 39(36,8%).

Ao traçar a relação dos participantes neste estudo, comparando seu estado funcional no ano de 2007 em relação ao ano de 2010, notou-se alteração tanto na habilidade em realizar atividades básicas da vida diária, bem como nas atividades instrumentais, que são mais elaboradas e requerem um estado cognitivo satisfatório. Os idosos tiveram um acréscimo no grau de dependência, contudo houve diferença significante apenas para as atividades básicas de vida diária (ABVD). Na análise comparativa o estado funcional dos institucionalizados, as informações demonstram diferença significante (p<0,001) para as atividades básicas avaliadas pela EIAVD, evidenciando que o número de idosos que eram independente, parcialmente independente e dependente em 2007 foi: 63 (60%); 36 (34,3%) e 6 (5,7) e em 2010: 62 (58,5); 19 (17,9%) e 25 (23,6%), respectivamente. Não houve, no entanto, diferença significante (p=0,451) para as AIVD’s (Escala Pfeffer).

A distribuição de frequência dos idosos quanto ao seu estado funcional nos anos de 2007 e 2010, e demonstra que: 31 (54,4%) dos participantes avaliados em 2007 com défice cognitivo eram parcialmente dependentes e que, no ano de 2010, esse número foi reduzido para 18 (27,7%), contudo, a quantidade de dependentes com défice cognitivo em 2007 eram de 6 (10,5%) idosos, e quando reavaliados após três anos, verificou-se aumento para 25 (38,5%).

Estes dados contribuem na identificação das necessidades e planejamento de ações da ILPI no qual a incapacidade de realizar AVD e AIVD constitui um problema institucional, fato este esclarecido por Guccione (2002), o qual retrata que mais de 90% de idosos em asilos precisam de auxilio para tomar banho, quando somente 6% dos idosos residentes na comunidade necessitam de ajuda para essa atividade.

Desta forma, faz-se necessário traçar estratégias institucionais para retardar esse declínio funcional característico, instigando a classe gerontológica, à elaboração de um trato diferenciado que promova melhorias para este contingente populacional.

Conclusão

Comparando o estado funcional de idosos institucionalizados nos anos de 2007 e 2010, notou-se um decréscimo funcional para o desempenho das atividades de vida diária, ficando evidenciada maior prevalência de dependentes no sexo feminino.

O fator assistencialista da institucionalização pode favorecer ao declínio funcional, considerando que o auxílio excessivo prejudica a realização e exercício de suas funções cotidianas.

A situação de dependência ressalta a importância de ações que contemplem desde a Educação em Saúde até a intervenção multiprofissional, a fim de romper o estilo de vida não saudável, progresso das doenças crônico-degenerativas e consequentemente a redução da funcionalidade.
Medidas como a implantação de atividades de lazer, de exercícios físicos, capacitação de funcionários para que auxiliem na manutenção da autonomia e independência dos idosos podem favorecer o retardo do declínio funcional na ILPI.

Referências

ANG, Y.H. et al. Functional decline of the elderly in a nursing home. **Singapore Medical Journal,** v.47, n.03, p: 219-24. 2006.
ARAÚJO M.O.; CEOLIM M.F. Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.3, p.378-85. 2007.
COSTA, E.H.M.; SAINTRAIN, M.V.L.; VIEIRA, A.P.G.F. Autopercepção da condição de saúde bucal em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.6, p.2925-30, 2010.
DAMIÁN, J. et al. Estado de salud y capacidad funcional de la población que vive em residencias de mayores en Madrid. **Gaceta Sanitária**, v.18, n.4, p.268-74, 2004.
DAVIM, R.M.B. et al. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.12, n.03, p. 518-24, 2004.
FREIRE JÚNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. A promoção da saúde nas instituições de longa permanência: uma reflexão sobre o processo de envelhecimento no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia,** v.9, n.1, p. 83-92. 2006.
GABREL, C.S. Characteristics of elderly nursing home current residents and discharges: data from the 1997 National Nursing Home Survey. **National Center for Health Statistics.** n.312, 2000.
GALERA, S.C. **Efeitos da suplementação oral de glutamina em indivíduos de meia idade e idosos.** (Tese) Doutorado. Departamento de Cirurgia. Universidade Federal do Ceará, 2008.
GUCCIONE, A.A. **Fisioterapia Geriátrica**. Tradução: José Eduardo Ferreira de Figueredo; Marcelo Alves Chagas. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
LINO, V.T.S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). **Cadernos de SaúdePública,** v.24, n.01, p: 103-112, 2008.
MAZO, G.Z., LOPES, M.A.; BENEDETTI, T.B. Atividade física e o idoso: concepção gerontológica. 2ª ed. Porto Alegre: Sulina, 2004.
NASCIMENTO, A.J.R.; RABÊLO, F.C.E. Memória e envelhecimento: narrativas sobre questões de gênero e do mundo do trabalho. **Sociedade e Cultura,** v.11, n.02, p. 333-342. 2008.
OLIVEIRA, D.L.C.; GORETTI, L.C.; PEREIRA, L.S.M. O desempenho de idosos institucionalizados com alterações cognitivas em atividades da vida diária e mobilidade: estudo piloto. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v.10, n.1, p: 91-96. 2006.
OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Org: Centro colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: Edusp, 2003.
PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo Dependência, Independência e Autonomia no Contexto Domiciliar: Conceitos Atitudes e Comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O; DIOGO, M.J.D. **Atendimento domiciliar.** Um enfoque gerontológico.São Paulo: Atheneu, p. 49-70. 2000.
PEDRAZZI E.C.; RODRIGUES, R.A.P.; SCHIAVETO, F.V. Morbidade referida e a capacidade funcional de idosos. **Ciência, Cuidado e Saúde,** v.6, n.4, p.407-13, out/dez. 2007.
PFEFFER, R.I et al. Measurements os functional activities I older adults in the community. **Journal of Gerontology**, v.37, n.3,p: 323–29, maio.1982.
REIS, S.C.G.B. et al. Condição de saúde bucal de idosos institucionalizados em Goiânia-GO, 2003. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.1, p.67-73. 2005.
SQUILLA, L. S. **Capacidade funcional dos portadores de hemiplegia por seqüela de acidente vascular cerebral: relação com assistência á saúde e participação da família.** 2004. 133p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Comunidade). Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.
WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005. 60p.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus por permitir que os obstáculos fossem ultrapassados e as vitórias alcançadas. Em especial aos idosos do Lar Torres de Melo, que contribuíram para a realização deste trabalho, enriquecendo nossa prática. Com eles aprendemos muitas coisas, numa troca de saberes, emoções, carinho e amorosidade. À Universidade de Fortaleza, instituição a qual aprendemos que o conhecimento científico produzido deve retornar à comunidade, em seu benefício. Aos funcionários, professores e colegas do Mestrado em Saúde Coletiva da UNIFOR, pela parceira salutar e produtiva, pela partilha de cada descoberta, desafios e conquistas.

CAPACITAÇÃO DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE: POTENCIALIZANDO PESSOAS PARA O PROCESSO DO CUIDAR

Marília Araripe Ferreira – Universidade de Fortaleza. E-mail: mariliararipef@outlook.com
Virna Ribeiro Feitosa Cestari – Universidade de Fortaleza

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza.
Palavras-chave: Agentes Comunitários de Saúde. Capacitação em Serviço. Hipertensão. Diabetes Mellitus. Enfermagem.

Resumo

Objetivou-se relatar a experiência vivenciada por um grupo de acadêmicas de enfermagem na execução de oficina de capacitação para Agente Comunitário em Saúde (ACS), acerca da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM). Trata-se de um relato de experiência, realizado com 11 ACS de uma Unidade de Atendimento Primário em Saúde (UAPS), localizada em Fortaleza-CE, no mês de maio de 2014. A capacitação ocorreu em uma escola pública, próxima a UAPS, e teve duração de duas horas, envolvendo as seguintes fases: 1. Apresentação; 2. Dinâmica de integração; 3. Aula expositiva – HAS e DM; 4. Avaliação do aprendizado – Dinâmica do repolho; e 5. Lanche. Os resultados foram apresentados de forma descritiva. Verificou-se grande participação dos ACS durante a exposição dos conceitos, através de dúvidas pessoais encontradas em sua rotina de trabalho e relatos de casos. Os ACS referiram sentir maior dificuldade em conceituar as doenças aos membros da comunidade. Percebeu-se que a aceitação da oficina foi positiva, sendo esta considerada dinâmica, explicativa, de fácil compreensão e interativa, abrangendo aspectos que se enquadram à realidade, o que é importante no auxílio à comunidade. Os ACS demonstraram grande fixação dos temas expostos. Foram sugeridos pelos mesmos mais encontros, abordando outros temas. O estudo evidenciou a importância de atividades como esta, visto que a mesma permitiu firmar um compromisso com as ações de educação em saúde, de forma a preparar o ACS para atuar na realidade e na busca de soluções para os problemas comunitários.

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morbimortalidade no mundo e representam altos custos para o sistema de saúde. Para diminuição da prevalência das DCNT, a Organização Mundial da Saúde (OMS) propõe uma abordagem de prevenção e controle, focada em todas as idades e baseadas na redução de diversas patologias, entre elas a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) (SILVA; COTTA; ROSA, 2013).

Destaca-se, nesse contexto, a importância da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, fundamentada nos princípios da integralidade, universalidade e equidade, contribui para a construção de um novo paradigma assistencial mais voltado para a prática humanizada e holística, intervindo nos problemas e enfocando as ações de prevenção de doenças e promoção da saúde (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

As equipes da ESF são compostas, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Estes têm papel fundamental para o fortalecimento da integração entre os serviços de saúde da atenção primária e a comunidade, mediante análise das necessidades da mesma, na atuação com foco na promoção da saúde e prevenção de doenças, além de participar das reuniões da equipe de saúde e outros eventos de saúde com a comunidade (MUNARI *et al*., 2010).

Para exercer suas funções com qualidade, os ACS devem passar por um processo constante de capacitação, caracterizado pela busca de integração ensino-trabalho, possibilitando uma melhor apreensão dos temas, situações e problemas trabalhados articulados às ações desenvolvidas nas unidades de saúde e na comunidade. Para tal, o processo de qualificação dos ACS deve ser permanente (NETO *et al*., 2013).

Nesse contexto, objetivou-se relatar a experiência vivenciada por um grupo de acadêmicas de enfermagem na execução de oficina de capacitação para ACS, acerca da HAS e do DM.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência sobre uma oficina de capacitação desenvolvida por 11 acadêmicas e uma tutora do curso de enfermagem da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Esta contou com a participação de 11 ACS de uma Unidade de Atendimento Primário à Saúde (UAPS), localizada em Fortaleza-CE, no mês de maio de 2014.

O objetivo geral da oficina era o de conscientizar e informar aos ACS sobre a HAS e DM, estimulando-os e reforçando a ideia de promoção da saúde, com enfoque na comunicação interpessoal e desenvolvimento de trabalho em equipe, com a finalidade de melhorar a atenção de saúde à população local.

A capacitação ocorreu em uma escola pública, próxima à UAPS e teve duração de duas horas, envolvendo as seguintes fases: 1. Apresentação; 2. Dinâmica de Integração; 3. Aula expositiva – HAS e DM; 4. Avaliação do aprendizado; e 5. Lanche.

A escolha das patologias abordadas ocorreu em virtude da elevada prevalência de indivíduos hipertensos e diabéticos presentes na comunidade. Inicialmente realizou-se uma territorialização para verificar as vulnerabilidades de uma microárea e, em seguida, foi levantada a situação de saúde. Os diagnósticos situacionais de HAS e DM orientaram a elaboração de um planejamento estratégico em saúde, onde uma das estratégias foi a de capacitação dos ACS para essas patologias mais prevalentes na comunidade.

O período de planejamento e organização da oficina durou em torno de duas semanas. Sob orientação da tutora, as acadêmicas organizaram a atividade educativa. Foram elaborados materiais de apoio (um folder sobre HAS e um manual sobre DM), abordando informações sobre as patologias, como: definição da doença, tipos, fatores de risco, sinais e sintomas, principais complicações, diagnóstico e valores de referência, tratamento medicamentoso e não medicamentoso, e orientações para controle e prevenção.

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

Resultados e Discussão

A oficina foi conduzida em cinco fases: 1. Apresentação; 2, Dinâmica do Balão; 3. Exposição dialogada sobre o tema da oficina; 4. Exercício de fixação – Dinâmica do repolho; e 5. Lanche. A primeira fase teve como objetivos a apresentação das acadêmicas, bem como exposição dos objetivos e importância das atividades educativas em saúde no contexto comunitário. Teve duração de 15 minutos.

No primeiro momento da oficina foi realizada a apresentação das acadêmicas, informando os temas abordados, assim como os objetivos da atividade. Para promover uma maior integração entre todos, foi realizada a Dinâmica do Balão. O material utilizado foram balões, canetas e palitos de dentes. A dinâmica ocorreu da seguinte forma: uma das acadêmicas solicitou que todos ficassem de pé, formando um círculo, e distribuiu um balão para cada participante, incluindo as demais acadêmicas e a tutora. Todos foram orientados a encher seu balão e desenhar uma figura nele. Em seguida, todos ganharam um palito de dentes. A acadêmica facilitadora da atividade informou que aquele que ficasse com seu balão até o final, ganhava. O intuito desta dinâmica era mostrar que devemos proteger nossos sonhos, sem passar por cima de ninguém. Teve duração de 15 minutos.

Percebeu-se que após a dinâmica, tanto os ACS como as próprias alunas estavam mais integrados. Autores corroboram que as dinâmicas de grupo são importantes estratégias de ensino aprendizagem, pois, além de motivadoras, contribuem para o desenvolvimento da criatividade, desinibição e fixação dos conhecimentos adquiridos. É uma técnica que permite maior envolvimento dos participantes em seu processo de aprendizagem e possibilita o enriquecimento de experiências e vivência dos elementos dos grupos (ANJOS *et al.*, 2013).
A terceira fase constituiu-se na exposição dialogada sobre os temas da oficina – HAS e DM. Com esta fase objetivou-se orientar os ACS acerca da definição, classificação, sinais e sintomas, complicações e tratamento (não farmacológico) e formas de prevenção e controle das duas patologias, bem como sanar as dúvidas apresentadas pelos mesmos. O material necessário constou das aulas preparadas pelas alunas em slides, data show e material de apoio distribuído aos ACS: manual de DM e panfleto de HAS. A duração foi de 60 minutos.
Verificou-se grande satisfação dos ACS com o material de apoio recebido e com a forma como foram abordadas as duas patologias. No momento da exposição dos temas procurou-se adequar o vocabulário, não utilizando jargões profissionais, no intuito de simplificar os conceitos das doenças. Desta forma, os ACS poderiam expor esses conceitos de forma que os indivíduos pudessem compreender.
Como os ACS tem o dever de identificar sinais e situações de risco, orientar as famílias e comunidade e encaminhar/comunicar à equipe os casos e situações identificadas, deu-se ênfase aos fatores de risco, assim como os sinais e sintomas das doenças. São ações simples, mas que podem trazer grandes mudanças para as famílias assistidas (CARDOSO *et al.*, 2011).
O ACS deve ter a capacidade de enfrentar situações e acontecimentos próprios de seu campo profissional, com iniciativa e responsabilidade. Para tal, deve ser preparado para orientar famílias sobre cuidados com sua própria saúde e também com a saúde da comunidade, assumindo papel de sujeito educativo, produzindo conhecimentos, estimulando a reflexão e a capacidade de análise crítica, incluindo a prática diária como um dos determinantes de seu aprendizado, nas busca de solucionar problemas na comunidade (SILVA; RIBEIRO, 2009).
Após a aula expositiva, realizou-se a Dinâmica do Repolho, que teve por objetivo avaliar a assimilação do conteúdo apresentado e a oficina de capacitação. Os materiais utilizados foram papéis com perguntas elaboradas pelas alunas e som. Os ACS foram dispostos em círculo e as alunas entregaram um repolho feito com vários papéis. Cada papel continha uma pergunta relacionada ao conteúdo apresentado. Os ACS iam passando o repolho de papel entre eles, enquanto tocava uma música. Quando a música parava, o ACS que estava segurando tirava uma folha, lia a pergunta e respondia. Foram realizadas cinco tentativas, das quais todas foram respondidas corretamente. Esta fase durou 15 minutos.

Para o fim das ações, foi realizado um lanche, onde se objetivou possibilitar uma maior integração dos ACS com as acadêmicas e conhecer suas opiniões sobre a atividade e sugestões para melhoria. OS lanches foram preparados pelas próprias alunas e esta última fase teve duração de 15 minutos. Através de uma avaliação geral da atividade, verificou-se que a aceitação da proposta foi positiva, sendo esta considerada dinâmica, explicativa, de fácil compreensão e interativa, abrangendo aspectos que se enquadram à realidade, o que é importante no auxílio à comunidade.
A avaliação do aprendizado foi positiva, visto que os ACS demonstraram grande fixação dos temas expostos. Foram sugeridos pelos mesmos mais encontros, abordando outros temas.
As práticas de educação em saúde desenvolvidas nessa atividade proporcionaram uma vivência singular para o grupo, pois as particularidades do saber de cada agente de saúde e como os mesmos tinham o seu olhar sobre a temática.
O processo de educação em saúde é uma necessidade contemporânea e iminente ao contingente populacional. A formação e desenvolvimento do ACS merece mais atenção de gestores e profissionais da equipe, diante das atribuições e importância que o mesmo ocupa na atenção básica.

Conclusão

Diante dos resultados obtidos, concluiu-se que a atividade desenvolvida pelas acadêmicas de enfermagem alcançou o efeito desejado, uma vez que os ACS demonstraram aquisição de novos conhecimentos. É válido ressaltar a participação ativa dos ACS durante toda a oficina, através de dúvidas pessoais e encontradas em sua rotina de trabalho e relatos de casos.
É fundamental o desenvolvimento da educação continuada para uma articulação de ações de educação em saúde com qualidade. Através da capacitação o ACS se instrumentaliza para ter condições de ajudar a comunidade no processo saúde-doença e cuidado.
O estudo mostrou a importância de atividades como esta, visto que a mesma permitiu firmar um compromisso com as ações de educação em saúde, de forma a preparar o ACS para atuar na realidade e na busca de soluções para os problemas comunitários.
Os ACS expuseram a necessidade de uma educação permanente para um melhor aproveitamento das atividades educativas por eles realizadas.

Referências

ANJOS, K. F.; MEIRA, S. S.; FERRAZ, C. E. O.; DUARTE, A. C. S.; VILELA, A. B. A.; SENA, E. L. S. Experiência de educação em saúde em um grupo de convivência de idosos. EFDeportes.com, Revista Digital, v.18, n.182, 2013.
CARDOSO, F. A.; CORDEIRO, V.R.N.; LIMA, D.B.; MELO, B.C.; MENEZES, R.N.B.; MOULAZ, A.L.S. *et al*. Capacitação de agentes comunitários de saúde: experiência de ensino e prática com alunos de Enfermagem. **Rev Bras Enferm**., v.64, n.5, p.968-973, 2011.
MUNARI, D. B.; MELO, T. S.; OLIVEIRA, M. B.; BARBOSA, C. C.; QUEIROZ, A. C. C. M.; ARAÚJO, B. F. M. Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica: potencializando pessoas para cuidar de pessoas. **Rev Tempus Actas Saúde Colet**., v.4, n.1, p.115-123, 2010.
NETO, V. L. S.; NOBREGA, N. A.; CARVALHO, G. C. P.; NASCIMENTO, R. L. S.; FRANÇA, G. R. F.; FILHO, J. J. As práticas de educação em saúde com enfoque da Diabetes na capacitação dos agentes comunitários – ACS, em um projeto de extensão: relato de experiência. **Rev Universidade Vale do Rio Verde**., v.11, n.2, p.93-101, 2013.
SILVA, L. S.; COTTA, R. M. M.; ROSA, C. O. B. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. **Rev Panam Salud Publica**., v.34, n.5, p.343-350, 2013.
SILVA, V. G.; MOTTA, M. C. S.; ZEITOUNE, R. C. G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev Eletr Enferm**., v.12, n.3, p.441-448, 2010.
SILVA, P. R.; RIBEIRO, G. T. F. ACS: elo de ligação entre comunidade carente e a ESF. **Vita et Sanitas**., n.3, p.66-85, 2009.

Agradecimentos

As professoras que orientaram a elaboração deste estudo. Aos programas de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza e Doutorado em Saúde Coletiva da Ampla Associação e Universidade Estadual do Ceará, Universidade Federal do Ceará e Universidade de Fortaleza pela realização deste evento.

CAPACITAÇÃO DOS ATIRADORES DO TIRO DE GUERRA DE SOBRAL NO COMBATE À DENGUE (RELATO DE EXPERIÊNCIA)

Francisca Eugênia Paiva Martins (apresentador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), eug.mar.paiva@hotmail.com.
Rafael Porto – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Maria Jucilene Azevedo– Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).
Antônia Neyliane– Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).

Danyela dos Santos Lima - Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).
Rebeca Sales Viana (Orientador) – Universidade estadual Vale do Acaraú (UVA).

Palavras-chave: Dengue. Capacitação em Serviço. Educação.

Resumo

A dengue é uma doença endêmica no Brasil sendo que a única forma de prevenção da mesma o combate aos criadores do seu mosquito transmissor, estes põem seus ovos em recipientes que acumulam água limpa não turva, portanto a forma mais eficaz de prevenção é não permitir a formação de ambientes propícios para a proliferação desses mosquitos. Apesar das mobilizações que ocorrem sempre com a realização de atividades de conscientização da população, sobre as formas de prevenção desta doença, ainda observa-se grandes epidemias de dengue no país, o que demonstra uma déficit de conhecimento da população em relação às forma de prevenção. Portanto é necessário que se continue a fazer as campanhas de conscientização da dengue e ainda intensificar, essas atividades para que as mesmas cheguem á todos. Assim necessita-se de pessoas capacitadas para que os mesmos possam auxiliar os agentes de endemias na orientação e nas visitas aos domicílios. O Tiro de Guerra (TG) é uma instituição militar do Exército Brasileiro encarregada de formar reservistas para o exército. A capacitação dos TG 10011 como agentes de endemias é uma prática inovadora que busca implementar uma mudança cultural quanto a participação popular nas questões de saúde. Com este propósito foi realizada uma capacitação com os meninos do TG, onde foram realizadas aulas teóricas e práticas com as temáticas relacionadas às questões da dengue e seu vetor de transmissão e às competências dos agentes de endemias.

Introdução

A dengue é uma doença viral transmitida pelo mosquito Aedes aegypti infectado. Sendo atualmente considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) uma ameaça mundial, a dengue afeta principalmente os países tropicais e sub-tropicais. É estimado que 50 milhões de infecções por dengue ocorram anualmente e que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas moram em países onde a dengue é endêmica (BRASIL,2014). Hoje ela afeta os países asiáticos e latino-americanos e se tornou uma das principais causas de hospitalização e morte entre crianças e adultos dessas regiões. É uma das principais doenças transmitidas por vírus no mundo, sendo um grave problema de saúde pública em países tropicais como Brasil, onde o clima quente e os hábitos, principalmente da população urbana oferecem condições para o desenvolvimento e a proliferação de seu mosquito transmissor, o Aedes aegypti (MOREIRA,2012). A transmissão de dengue no Brasil vem ocorrendo de forma continuada desde 1986, intercalando-se com epidemias, geralmente associadas a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou pela alteração do sorotipo predominante (BRASIL, 2014). O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os quatro sorotipos da doença. Acredita-se que o homem tenha sido o principal colaborador da dispersão do Aedes aegypti através das embarcações, trens, automóveis e aviões, nos quais existam condições favoráveis para sua multiplicação e proporcionam que estes sejam levados para locais que não viviam antes. Os criadouros preferenciais do mosquito são os recipientes artificiais, tanto os abandonados pelo homem a céu aberto e preenchidos pelas águas das chuvas como: pneus, latas, vidros, cacos de garrafas, prato de vasos, xaxins e vasos de cemitério, como aqueles utilizados para armazenar água para o uso doméstico, como: caixas d'água, tonéis, latões, cisternas destampadas ou mal tampadas, e até mesmo lagos artificiais, piscinas e aquários abandonados. Para que o mosquito se prolifere é preciso que os criadouros tenham as condições básicas necessárias para desenvolvimento no seu ciclo de vida, como água limpa (não turva) armazenada, que seja pobre em matéria orgânica em decomposição e em sais, e acumulada em recipientes principalmente sombreados e de fundo ou paredes escuras.A melhor forma de impedir a proliferação do mosquito é evitar o acúmulo de água em locais propícios para a criação do mesmo. No entanto, isso só pode ocorrer de forma efetiva se a comunidade compreender o ciclo de vida do mosquito e a importância das ações de combate. Para que isso ocorra é essencial ações de educação em saúde e a capacitação de agentes que levem até a comunidade essas informações e ajudem no combate ao mosquito. O Tiro de Guerra (TG) é uma instituição militar do Exército Brasileiro encarregada de formar reservistas para o exército. Os TGs são estruturados de modo que o convocado possa conciliar a instrução militar com o trabalho ou estudo. A organização de um TG ocorre em acordo firmado com as prefeituras locais e o Comando da Região Militar. O exército fornece os instrutores, fardamento e equipamentos, enquanto a administração municipal disponibiliza as instalações (WIKIPÉDIA, 2014). A capacitação dos TG 10011 como agentes de endemias é uma prática inovadora que busca implementar uma mudança cultural quanto a participação popular nas questões de saúde. Através da ação desses atiradores busca-se salientar a importancia da participação popular na resolução dos problemas de sáude, pois através do olhar direto dos usuarios à problemática , haverá uma melhor percepção por parte da população quanto a ação das politicas públicas de saúde. A ação de vigilância epidemiológica desenvolvida pelos atiradores do TG 10011 tem como objetivo reduzir o número de casos de dengue no município, bem como atuar sob a forma de disseminação do conhecimento acerca da temática.

Metodologia

Trata-se de estudo descritivo, de abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Esta ação foi realizada na cidade de Sobral, localizada na região Noroeste do Estado do Ceará, a 240 km da capital Fortaleza, por via de acesso da BR-222 e CE 362(SOBRAL, 2012). A intervenção ocorreu no Centro de Zoonoses de Sobral (CCZ). Este centro é uma unidade de saúde pública que têm como atribuição fundamental prevenir e controlar as zoonoses (como a raiva, o calaza, a dengue e a doença de chagas) desenvolvendo sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica. Os sujeitos do estudo foram alguns integrantes voluntários do Tiro de Guerra de Sobral. A ação se tratou de uma capacitação para formação de agentes de endemias. Esta foi realizada seguindo algumas etapas para a sua execução, a primeira etapa correspondeu à seleção dos participantes que teve como critério a disponibilidade e interesse dos participantes por esta atividade. A segunda etapa correspondeu a capacitação propriamente dita, através de aulas expositivas onde foram abordados assuntos como a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e Estratégia Saúde da Família (ESF); noções básicas de entomologia com o foco no vetor *Aedes Aegypti;* a fisiopatologia e tratamento da dengue; e temas como a vigilância entomológica e orientações básicas sobre a atuação dos Agentes de Endemias na saúde pública. A última etapa correspondeu à abordagem prática, com a realização de aulas no laboratório e em campo. As aulas em laboratório foram realizadas através de atividades com a utilização de exemplares vivos do vetor transmissor da dengue, onde os participantes observaram e conseguiram diferenciar o *Aedes Aegypti,* dos outros vetores. Já as aulas de campo foram realizadas com o auxilio do coordenador dos Agentes de Endemias de Sobral, onde o mesmo repassou para os atiradores as principais competências do agente, no que diz respeito ao combate á dengue. Também foram realizadas visitas a domicílios com o acompanhamento de um agente, onde os atiradores observaram a forma de abordagem a ser realizada nos domicílios durante as visitas de rotina. No decorrer da capacitação, também foram utilizados vídeos explicativos com temas relacionados à aula, a fim de facilitar a

aprendizagem dos sujeitos.. A pesquisa respeitou os princípios bioéticos preconizados pela Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Logo, foram adotados os quatro princípios da bioética: autonomia, beneficência, não maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

Como resultado das ações desenvolvidas, foi obtido o maior conhecimento por parte dos atiradores sobre a dengue e a saúde pública. As aulas teóricas permitiram a maior compreensão dos participantes em relação as questões sobre a estruturação da saúde pública no Brasil, Sistema Único de Saúde (SUS) e a Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi observado que os atiradores passaram a compreender com maior clareza a importância dos agentes de endemias para a promoção da saúde da comunidade. No decorrer das aulas, comentários feitos pelos atiradores mostrou que realmente estes estavam dispostos a promover saúde através das informações adquiridas. Um desses comentários foi feito pelo atirador N° 089 que disse: "*Ajudaremos a manter a saúde em Sobral*". Esse comentário foi feito após a explanação sobre as responsabilidades da equipe multiprofissional das Unidades Básicas de Saúde (UBS). Na realização das aulas sobre noções básicas de entomologia com foco no vetor da dengue o *Aedes Aegypti, foi* observado que grande parte dos atiradores possuía conhecimento prévio do assunto, adquirido ainda no ensino médio, e que a capacitação contribuiu para o aprimoramento desses saberes, levando a uma compreensão mais ampla e clara da dengue. As aulas sobre a fisiopatologia da dengue e seu tratamento permitiu levar aos atiradores o conhecimento básico sobre o assunto e preencher lacunas existentes no conhecimento destes no que diz respeito aos tipos de doenças e a forma de tratamento. A vigilância entomológica foi abordada de forma simples a fim de proporcionar a compreensão dos atiradores. Durante as ações os mesmos mostraram-se bastante interessados pelo assunto. Na realização das aulas sobre a atuação dos agentes de endemias observou-se muito empenho dos alunos em compreender as atribuições desses profissionais no contexto da saúde pública. Apesar dos atiradores já conhecerem os profissionais, através das visitas realizadas pelos mesmos em seus domicílios, as ações permitiram compreender as atribuições da ocupação e a importância do agente de endemias para o controle do vetor da dengue, tal como todo o equipamento utilizado durante o trabalho, o que despertou grande interesse dos atiradores. Durante as aulas em laboratório, participantes relataram já terem visto algumas vezes as larvas e pupas do vetor transmissor da dengue em suas residências, o que ocasionou espanto dos mesmos. Alguns chegaram a afirmar que nunca imaginariam que aquelas larvas que julgavam ser "cabeças-de-prego" poderiam se tornar um mosquito tão perigoso quanto o *Aedes Aegypti. Já a*s aulas de campo foram consideradas as mais importantes pelos atiradores. Pois segundo eles, permitiu visualizar de forma mais real o trabalho que estavam sendo preparados para realizar no futuro. E que a partir das visitas puderam-se identificar as dificuldades vivenciadas pelos agentes de endemias na abordagem da população e já obter dos profissionais orientações para conseguir superar essas dificuldades e realizar "uma visita bem feita".

Conclusão

Conclui-se que as ações realizadas foram bastante relevantes, pois proporcionaram a capacitação dos jovens participantes do Tiro de Guerra para atuarem na comunidade através da educação em saúde e da realização de ações de prevenção e combate ao mosquito transmissor da dengue. A capacitação desses jovens traz a possibilidade não só de fortalecer o trabalho dos agentes de endemias no combate à dengue, mas também de formar cidadãos com um conhecimento aprofundado sobre as formas de combate à dengue, e disseminar informações dentro da comunidade. Presume-se que as dúvidas apresentadas pelos jovens durante as capacitações sejam as mesmas que a comunidade possui em relação a doença, ao mosquito, a transmissão e ao tratamento. Diante disso, acredita-se que todos os esclarecimentos feitos aos jovens contribuirão para que a população também seja esclarecida e que todos possam se tornar sujeitos ativos nas ações de combate a dengue.

Referências

ALISTAMENTO MILITAR. Disponível em:<http://www.brasil.gov.br/defesa-e-seguranca/2014/02/tire-suas-duvidas-sobre-o-alistamento-militar> Acessado em 09 de Agosto de 2014
BRASIL. Ministério da Saúde. Disponível em: <www.saude.gov.br> Acessado em 12 de julho de 2014
BRASIL. Ministério da Saúde. Fundacão Nacional de Saúde. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento** / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – 7. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.
BRASIL. Ministério da Saúde – FUNASA. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília, 2012
BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. RESOLUÇÃO Nº 466, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
GIL, A.C**. Como elaborar Projetos de Pesquisa**. 5 Ed. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2010.
MOREIRA, L.P. et al. **A dengue em sobral (ce): análise epidemiológica do período de 2008 a 2011**.Sobral,2012.
OSTERNO, F. D. C.et al. Curso de capacitação de agentes de endemias. **Apostila de noções básicas de entomologia Aedes aegypti**. Sobral, 2014.
SOBRAL. Disponível em : <http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/index.php/a-cidade/historia>. Acessado em 09 de Agosto de 2014
SOBRAL. Prefeitura municipal de sobral: secretaria da saúde e ação social. plano municipal de Prevenção e Controle da Dengue. 2012
TIRO DE GUERRA. Disponível em <http://www.eb.mil.br/web/ingresso/tiro-de-guerra>. Acessado em 09 de Agosto de 2014
WHO. Disponível em : <http://www.who.int/denguecontrol/en/index.html> Acesso em 19/08/14 às 09:00
WIKIPÉDIA: **Sobral.** Disponível em :<http://pt.wikipedia.org/wiki/Sobral_(Ceará)>. Acessado em 12 de julho de 2014
WIKIPÉDIA: **Tiro de Guerra**. Disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Tiro_de_Guerra>. Acessado em 12 de julho de 2014.

Agradecimentos

Agradecemos à coordenadora do Programa de Educação Pelo Trabalho (PET) Maria do Socorro Carneiro Linhares pelo o apoio e incentivo para a realização desse trabalho, e ao preceptor e diretor do Centro de Zoonoses de Sobral Raimundo Vieira Dias, como também a nossa tutora e orientadora Rebeca Sales Viana.

CAPACITAÇÃO EM PROMOÇÃO DE SAÚDE NO CONTEXTO DE GRANDES EVENTOS: a linguagem da arte potencializando a ação.

Luzia Lobo Moreira – Secretaria Municipal de Saúde de fortaleza, luzlomoreira@hotmail.com
Ylanne Araújo de Medeiros Ibiapina – Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, ylannemedeiros@hotmail.com
Autor 6 (Orientador) – Instituição
Palavras-chave:Inserir até cinco palavras-chave, separadas por ponto.

Resumo

Este trabalho apresenta o processo de Capacitação para as Ações de Promoção em Saúde, que integraram o Plano Operacional da Saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014 em Fortaleza. A qualificação objetivou ampliar o olhar vigilante dos Educadores e Mobilizadores Sociais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza – SMS, abordando os temas da Vigilância em Saúde e Direitos Humanos, na perspectiva da Promoção em Saúde e redução de danos durante eventos de massa. Propõe-se ainda rápidas reflexões sobre a promoção de saúde e integralidade, a educação continuada e a importância da incorporação das linguagens da arte em abordagens de educação em saúde.
Princípios da Política Nacional de Educação Popular em Saúde – PNEPS como o diálogo, amorosidade e construção compartilhada do conhecimento direcionaram metodologias de ensino ativas, facilitadas por técnicos da Coordenadoria de Vigilância em Saúde – COVIS da SMS e de outros órgãos do município e do estado. As diversas contribuições favoreceram a integração de saberes e evidenciaram a Promoção de Saúde como integrante do cuidado, sendo este um importante legado da Copa do Mundo para a Saúde de Fortaleza.
Foram capacitadas 137 pessoas, divididas em três turmas, entre abril/junho de 2014, com 40 horas/aula de curso. As oficinas de criação de estratégias lúdico/artísticas de abordagens educativas em saúde realizadas em parceria com as Cirandas da Vida – SMS e o Projeto de Intervenção para a Proteção Integral de Crianças e Adolescentes foram os destaques deste processo de capacitação.

Introdução

Eventos de Massa e Riscos para a Saúde

Entende-se por eventos de massa qualquer evento que envolva grande número de pessoas, reunidas para um objetivo específico, por motivos esportivos, culturais ou religiosos, com localização e período definido (WHO, 2008). Segundo estudo sobre a movimentação de turistas no Brasil durante a Copa do Mundo FIFA 2014, Fortaleza obteve um crescimento de 484% na compra de bilhetes aéreos internacionais para o período, sem contar o acesso por mar (FARWARDKEYS, 2014). A cidade estaria em festa por 23 dias no espaço denominado FIFA Fan Fest, além de sediar seis jogos do mundial na Arena Castelão.
Neste cenário, previa-se o aumento dos riscos de introdução e disseminação de doenças, além de outros agravos como acidentes de trânsito e violências ligadas ao álcool, drogas e desrespeito aos Direitos Humanos, o que torna fundamental o planejamento de ações para o Sistema de Saúde. A estratégia do setor saúde em eventos de massa passa pela compreensão do evento, planejamento de ações promocionais, preventivas e contingenciais no campo das vigilâncias e da assistência em saúde, respondendo oportunamente às demandas que ocorrerem (CEARÁ, 2014).
Estava posto o desafio para o Plano Operacional de Saúde para a Copa que, sob a coordenação do Centro Integrado de Operações Conjuntas da Saúde do Estado do Ceará (CIOCS - CE), composto por profissionais de saúde da Secretaria Estadual de Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza que trabalhariam de forma conjunta na prevenção de riscos e doenças, redução de danos e na prestação de serviços assistenciais de recuperação da saúde em ocorrências relacionadas aos eventos da Copa. O plano reforçaria a integração das ações e serviços de saúde. A Promoção de Saúde, como um dos dez componentes do Plano, ficou sob a responsabilidade da COVIS, mais especificamente com o Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social – NESMS, pertencente à Célula de Vigilância Ambiental (CEARÁ, 2014).

Promoção de Saúde e Integralidade

Como idealizar uma capacitação para as ações de promoção em saúde que desse conta da complexidade do evento e da integralidade da atenção em saúde? Inicialmente buscou-se a reflexão de conceitos como promoção de saúde e integralidade.
A promoção de saúde constitui-se num modo de ver a saúde e a doença, e sua abordagem pode trazer contribuições relevantes que ajudam a romper com a hegemonia do modelo biomédico. Neste sentido, adotamos como enfoque de promoção de saúde a tendência que defende ações Inter setoriais e valorizam a saúde como qualidade de vida da população (BUSS, 2006). Nesta linha, a promoção da saúde representa uma estratégia de grande potencial para o enfrentamento de múltiplos problemas que interferem na saúde da população. Parte-se de uma concepção ampliada do processo saúde-doença e de seus determinantes e propõe-se a articulação do saber técnico e popular, além da mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados para seu enfrentamento (FERREIRA e BUSS, 2002). Dentro desta concepção de Promoção da Saúde, evidencia-se a importância da integralidade da atenção em saúde, compreendendo uma pluralidade de ação, não restrita apenas à sua concepção clássica de acessibilidade aos diversos níveis de atenção à saúde, mas considerando que um atendimento integral contempla também a regulação das políticas públicas do setor, a reorientação das relações entre o Estado e a Sociedade e o olhar para o sujeito-usuário dentro de uma lógica de atendimento que considere o cuidado nas mais diversas dimensões do ser humano (PINHO, 2007).

Educação Continuada e a Educação Popular em Saúde

Promover saúde com integralidade continua a ser o grande desafio dos sistemas de saúde. Capacitar os profissionais do setor constitui um desafio maior ainda. As visões fragmentadas e individualizadas dos problemas de saúde ainda são prevalentes nas práticas dos profissionais de saúde.A formação continuada precisa estabelecer uma política para o setor, numa convergência entre os objetivos da promoção de saúde/ integralidade com o perfil dos profissionais que se formam. A discussão sobre integralidade perpassa então pela formação profissional e educação permanente, que deve estimular o trabalho em equipe, de modo a favorecer o diálogo entre os profissionais de saúde, como também a definição coletiva da assistência ao usuário como foco central das ações de saúde (MACHADO, 2007).
Os projetos educativos em saúde têm se caracterizado por uma dimensão de transferência de conhecimentos, no sentido de substituir, a partir de um conhecimento técnico, tomado supostamente como o único “correto”, determinados aspectos aprendidos informalmente pela população em geral (MEYER et al, 2006). Os educadores tendem a adotar posturas autoritárias, métodos de ensino tradicionais cansativos e desestimulantes e passividade dos educandos.
Desde a década de 60, críticas vem sendo feitas a este modelo educacional, denominado por Paulo Freire como “educação bancária” (FREIRE, 2005). A educação proposta por Freire, também conhecida por educação popular, funda-se na criatividade e estimula a reflexão e a ação dos homens sobre a realidade, considerando o sentido que cada um dá para a sua vida, convivendo solidariamente em comunidade, a partir do resgate das experiências de cada envolvido no processo educativo. Esta é uma concepção de educação “problematizadora”, de caráter reflexivo, buscando uma inserção na realidade e conduzindo às mudanças (MOREIRA et al, 2007).
O referencial teórico da Educação Popular embasa a atual Política Nacional de Educação Popular em Saúde, cujo documento contextualiza esse modo de pensar e produzir saúde e sua relação com as práticas do SUS. Apresenta como objetivo implementar a Educação Popular em Saúde no âmbito do SUS, contribuindo com a participação popular, com a gestão participativa, o controle social, o cuidado, a formação e as práticas educativas em saúde (BRASIL, 2012).

Núcleo de Educação em Saúde e Mobilização Social e as Cirandas da Vida

Os educadores do NESMS estão neste caminho de ressignificação de seu trabalho, tendo, por ocasião da citada capacitação, espaço de reflexão, desenvolvimento profissional e criação de atividades novas. Criado no ano 2000, o NESMS vem desenvolvendo ações educativas de prevenção de endemias, como Dengue, Leishmaniose e Leptospirose, estando hierarquicamente ligado à Célula de Vigilância Ambiental da COVIS-SMS. Existe uma coordenação central e sete coordenações nas Secretarias Regionais de Fortaleza, que contam com 176 educadores e mobilizadores sociais territorializados nas Unidades Básicas de Atenção Primária. Atualmente existe um novo direcionamento para atuação do NESMS, abrangendo outros temas envolvidos na promoção de saúde em articulação com as Equipes de Atenção Básica e outros setores da sociedade. Alguns projetos vêm avançando neste sentido de envolver outros atores na promoção de saúde, tais como: “Operação Quintal Limpo”, “Operação Fronteiras Fortaleza/Caucaia Unidos contra a Dengue”, “Brigadas de prevenção à Dengue”, “Comitês Populares de Prevenção à Dengue”, “Circuito Saúde”, dentre outros projetos locais. (FORTALEZA, 2013).

Num segundo momento de planejamento da capacitação, percebeu-se que o processo teria que agregar novos valores e metodologias de ensino/aprendizagem que permitissem desenvolver atividades capazes de sensibilizar o grande público sobre as questões da saúde. O trabalho consistente do Programa Cirandas da Vida na linha da Educação Popular, selecionou este grupo como fundamental para a consecução dos objetivos da capacitação.

Atualmente ligado à Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde – COGETS/SMS, órgão responsável pela educação continuada dos servidores municipais, o programa Cirandas da Vida surgiu, em 2005, por iniciativa dos movimentos populares atuantes nas Secretarias Regionais de Fortaleza, em conjunto com a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS; tornou-se referência nas áreas de educação popular e luta pelo direito à saúde em Fortaleza. A atuação das Cirandas da Vida se orienta por quatro eixos estratégicos chamados de sinfonias, divididos nos temas: gestão participativa e participação popular; juventude em situação de conflito com a lei; arte, cultura e saúde; humanização e práticas integrativas e populares de cuidado. Os encontros e oficinas das Cirandas vêm possibilitando a construção de espaços de escuta à população, capazes de potencializar os processos de territorialização, planejamento e avaliação permanentes vividos pelas equipes da Estratégia Saúde da Família, proporcionando que o saber gestado nesses espaços possam incorporar abordagens populares como farmácias vivas, terapia comunitária e massoterapia, entre outras, no contexto dos serviços públicos de saúde além de potencializar as práticas culturais da comunidade como estratégia de promoção e cuidado à saúde (CIRANDAS, 2014). Incorporando, assim, a bagagem desse projeto, a capacitação contou com ricos momentos de sensibilização dos educadores e criação.

Metodologia

Este trabalho tem caráter exploratório e se constitui num relato de experiência sobre o Processo de Capacitação para as Ações de Promoção em Saúde, que integraram o Plano Operacional da Saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014 em Fortaleza.

Baseou-se em dados secundários, com procedimentos de pesquisa bibliográfica e de documentos não oficiais como programações e plano de curso e relatórios. Foram colhidos alguns dados primários pela observação direta das ações, propiciada pela participação das autoras durante o processo.

Os dados foram avaliados qualitativamente, na dimensão histórica da contribuição da experiência para a educação continuada no setor da saúde.

Resultados e Discussão

O processo de capacitação

Foi realizado um curso de qualificação, ministrado em 40 horas-aula, sendo 28 horas presenciais e 12 horas em atividade de dispersão no território, num projeto de intervenção que objetivava promover a sensibilização de gerentes de casas noturnas e estabelecimentos de interesse sanitário, funcionários/garçons e taxistas para a prevenção da violação dos direitos humanos. Os participantes foram divididos em três turmas que completaram todas as atividades do curso no período de 14 de abril a 06 de junho de 2014. Toda a certificação foi encaminhada pela COGETS/SMS, sendo entregues 137 certificados.

As competências que a capacitação se propôs a desenvolver foram:

Capacidade de compreender o contexto da Copa do Mundo FIFA 2014, suas implicações no processo saúde-doença, os legados para a cidade de Fortaleza, bem como o Plano de Ação da Saúde na Copa do Mundo de 2014.

Desenvolvimento do olhar vigilante, identificando sinais e sintomas dos problemas de saúde de maior risco durante o evento; capacidade de acolher, dialogar e orientar os visitantes sobre a rede de Atenção em Saúde, encaminhando as demandas de saúde.

Capacidade de desenvolver a responsabilidade cidadã para preservar os Direitos Humanos, identificando e denunciando situações de exploração sexual de crianças e adolescentes, trabalho infantil e tráfico de pessoas.

Capacidade de planejar e desenvolver atividades de promoção em saúde, utilizando as linguagens da arte.

O curso lançou mão de metodologias ativas e participativas de ensino, favorecendo a construção coletiva do conhecimento, como dinâmicas de grupo e exposições dialogadas, oficinas para produção/criação de material educativo, além de momentos em que, os próprios alunos do curso, multiplicaram conhecimentos para outros públicos. Um dos destaques do curso foi a realização de uma oficina com as “Cirandas da Vida”, na qual os educadores discutiram os princípios da Educação Popular e produziram metodologias de abordagens educativas, utilizando as linguagens da arte, para a promoção de saúde.

Estas metodologias foram bem aplicadas durante as atividades de dispersão do projeto de intervenção junto aos gerentes de casas noturnas e estabelecimentos de interesse sanitário, funcionários/garçons de barracas de praia e taxistas, ajudando-os a se sensibilizar para a preservação dos direitos humanos e combate à exploração sexual de crianças e adolescentes; este projeto integrou o Plano Estratégico da Agenda de Convergência para Proteção Integral deCrianças e Adolescentes no Contexto de Grandes Eventos de Fortaleza.

Projeto de intervenção: Proteção Integral de Crianças e Adolescentes.

O projeto foi realizado nas barracas de praia de toda a orla de Fortaleza, praças e pontos de táxis espalhados pela cidade, atingindo um público de 1.948 pessoas entre garçons, taxistas e população em geral. O trabalho foi bem acolhido em todos os espaços e elogiado como importante para o momento histórico da cidade, segundo depoimento de participantes.

A avaliação

O fechamento da capacitação aconteceu num encontro das três turmas de educadores, num grande auditório, para apresentação dos resultados do Projeto de Intervenção e dos atos cênicos e paródias utilizadas durante a atividade. Nesta ocasião, foram acordadas as estratégias de atuação do NESMS durante a Copa do Mundo.

Foi feita uma avaliação do processo educativo, tomando como parâmetro a dinâmica de abertura da capacitação denominada a *"árvore dos sonhos",* na qual as expectativas do grupo sobre o processo de capacitação e trabalho durante a Copa do Mundo foram levantadas e confrontadas com as vivências, através de debate aberto.

Conclusão

A vivência desse processo educativo mostrou-se enriquecedor profissionalmente, tanto para os facilitadores como para os educandos, que numa troca de saberes e exercício de suas criatividades, conseguiram concretamente inovar a educação continuada dentro da saúde. Buscar a dimensão artística para a comunicação em saúde potencializou as ações educativas no âmbito da promoção de saúde, na medida que as mensagens foram rápida e facilmente compartilhadas, além de tornar a ação prazerosa para o público e para educadores. A Educação Popular em Saúde se configurou como importante ferramenta na elaboração de novos processos educativos, integrando a cultura local, o diálogo, a amorosidade às ações de promoção de saúde.
Os educadores do NESMS, enquanto grupo que trabalha diretamente com a promoção de saúde no município de Fortaleza, precisa continuar o processo educacional no sentido da ampliação de suas funções para além da prevenção de endemias, pois apresentou um grande potencial durante a capacitação na parceria com o Programa Cirandas da Vida.

Referências

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECREATARIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA E PARTICIPATIVA. Política Nacional de Educação Popular em Saúde. Brasília, 2012.
BUSS I.T.S.H e col. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto contexto - enferm. v.15 n.2 Florianópolis abr./jun. 2006
CEARÁ, SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO. Plano Operacional da Saúde para a Copa do Mundo FIFA 2014. Fortaleza, abril, 2014.
CIRANDAS DA VIDA. Quem Somos. Disponível em: http://cirandasdavida.blogspot.com.br/p/quem-somos.html
FARWARDKEYS; PIRES & ASSOCIADOS. Como a Copa do Mundo 2014 vai Movimentar o Turismo Brasileiro. Florianópolis, fev. 2014. Disponível no site: http://pireseassociados.com.br/wp-content/uploads/2014/03/EstudoFWC2014-FowardKeys_-PiresMarco2014-Volume1.pdf
FERREIRA, J.R. & BUSS, Paulo (2002) - O que o Desenvolvimento Local tem a ver com a Promoção da Saúde. In ZANCAN et all (org) Promoção da Saúde como Caminho para o Desenvolvimento Local. ABRASCO.
FREIRE, P. Pedagogia do Oprimido. 41. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
FORTALEZA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde 2010-2013. Disponível: http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/relatorio-de-gestao.
PINHO, L.B. et al. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev. Eletr. Enf. 2007; 9(3): 835-46. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htmMACHADO, M. F. A. S. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. Ciênc. saúde coletiva vol.12 no.2 Rio de Janeiro Mar./Abr. 2007. Disponível: http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009.
MEYER, D. E. E et al. "Você aprende. A gente ensina?" Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. Cad. de Saúde Pública, RJ, v.22, n.6, p.1335-1342, jun. 2006. Disponível em: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000600022
MOREIRA, J. et al. EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE: a educação libertadora mediando a promoção da saúde e o empoderamento. Contrapontos - volume 7 - n. 3 - p. 507-521 - Itajaí, set/dez 2007.
WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) 2008. International health regulations (2005) -- 2nd ed. ISBN 97892 4 158041 0

Agradecimentos

Agradecemos especialmente a cada técnico que participou desse processo de capacitação e a todos os educadores e mobilizadores do NESMS que acreditaram a na possibilidade de recriar o trabalho em promoção de saúde.
SMS/Coordenadoria de Vigilância em Saúde - COVIS: Renata Mota, Vilma Neves, José Antônio Pereira Barreto, Eline Saraiva, Rebeca Brasil Gondim e Tânia Maria Barreto.
SMS/ Assessoria de Planejamento - APLAN: Maria das Dores Lima
SMS/ Área Técnica DST/AIDS e Hepatites Virais: Mirleide de Brito Figueiredo.
Secretaria Extraordinária da Copa de Fortaleza - SECOPAFOR: Douglas Bettiol.
COGETS/CIRANDAS DA VIDA: Elias José da silva, Edson de Oliveira, Thyago Porto, Josenildo Nascimento, e Edvan Florêncio.
Coordenadoria Especial de Políticas públicas dos Direitos Humanos/CE: Ana Paula Araújo
Núcleo de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas da Secretaria de Justiça do Estado – NETP-CE / SEJUS: Ana Christina Carneiro, Monique de Brito e Íngrid Borges.

CAPTAÇÃO DA REALIDADE EM UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: IMPLEMENTANDO O PLANEJAMENTO FAMILIAR

Autor 1: Ana Izabel Bezerra Cavalcante – Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza- anabcavalcante@gmail.com
Autor 2 – Aline Brito Nunes- Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
Autor 3 – Cayo Martins- Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
Autor 4 – Dayana Vieira de Sales - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
Autor 5 – Iara Maria Jucá - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza
Autor 6- Lydia Vieira Freitas - Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza

Palavras-chave: enfermagem, planejamento familiar , gravidez

Resumo

O planejamento familiar garante ao usuário e/ou seu companheiro(a) a assistência à concepção e contracepção, atendimento pré-natal, assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato, o controle das doenças sexualmente transmissíveis, controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, de mama e pênis. Os profissionais que atuam junto ao programa de planejamento familiar desenvolvem basicamente três tipos de atividades: atividades: educativas, clínicas e aconselhamento. A partir da análise de dados da sala de situação de uma unidade básica de atenção à saúde da família (UBASF) foi possível observar um número acentuado de gravidez na adolescência e relatos durante as consultas de pré-natal de gravidez não planejada. Após reunião, optou-se por captar e orientar as usuárias sobre os benefícios e importância da realização do planejamento familiar através de consultas individuais trimestrais informando sobre os métodos contraceptivos existentes a fim de proporcionar uma escolha consciente do método mais apropriado. Apesar da grande maioria das usuárias já utilizar algum método, vale salientar que o programa de planejamento familiar não estava sendo implementado como deveria. Elas só se dirigiam ao posto para receber os métodos contraceptivos, não eram realizadas consultas de acompanhamento e nem haviam controles que informassem qual método era utilizado pela usuária, nem a quanto tempo a mesma fazia uso dele ou qualquer outra informação importante. Sendo assim, organizamos os materiais necessários para a realização do acompanhamento dessas usuárias no planejamento familiar a longo prazo: cadernos de marcação de consultas, cartão do planejamento familiar com as informações necessárias, visando um melhor controle do programa.

Introdução

Segundo a Lei nº 9.263 (BRASIL, 1996), o planejamento familiar é um conjunto de ações as quais regulam a fecundidade, garantindo direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, pelo homem ou pelo casal por meio de orientações e ações preventivas e educativas além do acesso igualitário a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade; garante também a realização de atividades básicas, tais como: a assistência à concepção e contracepção; o atendimento pré-natal; a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; o controle das doenças sexualmente transmissíveis; o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis.
A atuação dos profissionais de saúde na assistência prestada ao programa de planejamento familiar envolve várias atividades das quais se encaixam três categorias descritas a seguir: (BRASIL, 2006).

Atividades educativas: de caráter participativo, tem o objetivo de fornecer informações sobre os métodos anticoncepcionais auxiliando na reflexão e escolha mais adequada levando em consideração questões pessoais; utilizar sempre linguagem acessível, simples e precisa.

Aconselhamento: nesta atividade realiza-se a identificação e acolhimento de questões sobre planejamento familiar e prevenção das IST/AIDS (necessidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias dentre outros) do indivíduo oucasal, além de realizar a avaliação de risco individual ou do casal para a infecção pelo HIV e DST. Para que haja sucesso de ambas as partes, faz-se necessário um diálogo diferenciado com ênfase nas particularidades de cada indivíduo/ casal.

Atividades clínicas: deve ser realizado na primeira consulta após as atividades educativas; tem como objetivo promoção, proteção e recuperação da saúde por meio de a anamnese; exame físico geral e ginecológico, análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional. Realizar consultas de retorno para reavaliar método utilizado e também prevenir, identificar e tratar possíveis intercorrências.

A partir da análise de dados da sala de situação de uma unidade básica de atenção à saúde da família(UBASF) foi perceptível em relatos colhidos durante as consultas de pré-natal, de gravidez não planejada. Verificou-se também que as consultas de planejamento familiar não estavam sendo realizadas com certa freqüência por desconhecimento das usuárias. Daí a necessidade de “reativar” o serviço através da divulgação pelos agentes comunitários de saúde com as visitas em domicílio, durante as consultas de puericultura e através de palestras extra muro em pontos de apoio da comunidade.

Quando as mulheres e seus companheiros se sensibilizam da importância do planejamento familiar ocorre o empoderamento desses indivíduos e com ela a autonomia em ter ou não filhos.

Metodologia

O tipo de estudo utilizado para o projeto de intervenção foi do tipo descritivo - relato de experiência. Para Rodrigues, 2007: é o estudo que apresenta informações, dados, inventários de elementos constitutivos ou contíguos ao objeto, dizendo o que ele é, do que se compõe ,em que lugar está localizado no tempo e no espaço, revelando periodicidades, indicando possíveis regularidades ou irregularidades, mensurando, classificando segundo semelhanças e diferenças, situando-o conforme as circunstâncias.
O estudo foi realizado durante os meses de fevereiro a maio de 2013 em uma unidade de saúde da família pertencente a Secretaria Executiva Regional I situada na cidade de Fortaleza, Ceará. A população alvo são os usuários da unidade de saúde citada.
O material utilizado foram folhetos sobre métodos contraceptivos, cartão de saúde da mulher e adolescente além de modelos das pelve masculina e feminina bem como métodos contraceptivos fornecidos pela unidade de saúde.
Os acadêmicos foram acompanhados durante todo o processo pela enfermeira da unidade.

Resultados e Discussão

Durante as consultas individuais realizadas, podemos perceber que a maioria das usuárias não sabiam dizer qual era o objetivo do planejamento familiar, nem conseguiam perceber os benefícios e importância da utilização do mesmo. Percebemos também que parte das usuárias desconheciam os sinais e sintomas das IST's, e também não utilizavam a dupla proteção, com a justificativa de já utilizar outros métodos contraceptivos. s retornos dessas usuárias foram marcados a cada três meses, sendo assim, em cada consulta são passadas as devidas orientações e as mesmas recebem na UBS, a quantidade do método escolhido necessária para o uso durante três meses.

Apesar de a grande maioria das usuárias captadas já realizar a utilização de algum método, vale salientar que o programa de planejamento familiar não estava sendo implementado como deveria na UBS. As usuárias só se dirigiam ao posto pra pegar os métodos contraceptivos, não eram realizadas consultas de acompanhamento e nem havia controle que informasse qual método era utilizado pela usuária, nem a quanto tempo a mesma fazia uso dele ou qualquer outra informação importante.
Sendo assim, organizamos os materiais necessários para a realização do acompanhamento dessas usuárias no planejamento familiar a longo prazo: cadernos de marcação de consultas, cartão do planejamento familiar com as informações necessárias, visando um melhor controle do programa.
Na primeira consulta a paciente era encaminhada ao médico e posteriormente ficava sendo acompanhada pelo enfermeiro. As usuárias que já utilizavam algum método eram reavaliadas e depois a mesma decidia se daria continuidade ao método ou não. Os nomes eram anotados em livro específico bem como o método a ser utilizado por elas, além disso, o retorno ficava registrado.

Conclusão

Através da intensificação das consultas de planejamento familiar buscou-se diminuir o número de gestações indesejadas ou não planejadas bem como auxiliar na decisão de aumento da prole das famílias assistidas na unidade de saúde. Além disso, a consulta de planejamento reprodutivo busca voltar a atenção da mulher para seus direitos sexuais e reprodutivos.

Referências

BRASIL. Lei n.º 9.263 , de 12 de janeiro de 1996. Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Brasília. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm> Acessado em 07 de junho de 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar**: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RODRIGUES, Rui Martinho. Pesquisa Acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas. São Paulo: Atlas, 2007.

Agradecimentos

Agradecemos aos profissionais da unidade básica de saúde da família que nos acolheu durante nosso período de estágio supervisionado, aos usuários do sistema único de saúde os quais puderam nos proporcionar momentos de troca de experiências.

CARACTERÍSTICAS SOCIAIS DOS CUIDADORES DE CRIANÇAS ATENDIDAS NOS CAPSI DE FORTALEZA-CE

Gabriela de Almeida Ricarte Correia (apresentador) – UNASUS/UFSC; gabriela_ricarte@yahoo.com.br
Nadja Mara de Sousa Lopes – Universidade Federal do Ceará; nadjamara@gmail.com
Milena Radaelli – UNASUS/UFSC; milenaradaelli@hotmail.com
Ana Paula Soares Gondim (Orientador) – Universidade Federal do Ceará; anapaulasgondim@uol.com.br

Palavras-chave:Cuidadores.Crianças.CAPSi.

Resumo

Tratou-se de um estudo quantitativo com 290 cuidadores de crianças atendidas nos CAPSi de Fortaleza no período de fevereiro a dezembro de 2012, objetivando conhecer as características socioeconomicas dos cuidadores. Os dados foram coletados mediante entrevista em questionário estruturado, pré - codificado, contendo questões de fácil compreensão em que os informantes foram os responsáveis pelas crianças. A maioria dos responsáveis das crianças era do sexo feminino (92,8%), com idade entre 22 a 39 anos

(56,2%), média de 39 anos; religião católica (58,9%); casados (47,9%); a mãe ou o pai respondiam como responsável pela criança (88,3%); com classificação socioeconômica D e E (89,3%). Verificou-se que a viariável cuidador permite a identificação de características que auxiliam na determinação do melhor tratamento e suporte ao profissional de saúde, favorecendo processos de promoção da saúde e integridade do cuidado as crianças atendidas nos CAPSi.

Introdução

Compreende-se por cuidador a pessoa que pertence ao sistema de apoio informal ao paciente, que pode ser membro da família (Cassis et al., 2007), atuando como responsável e comprometendo a maior parte do seu tempo no exercício das atividades diárias do paciente, tais como alimentação, higiene pessoal, uso de medicamentos, acompanhamento aos serviços de saúde e demais serviços requeridos no cotidiano - como a ida a bancos ou farmácias, sem receber remuneração econômica por este papel prestado (CARDOSO; GALERA, 2011; URÍZAR; MALDONADO; CASTILLO, 2009).

A atuação desse cuidador é importante na atenção à criança que apresenta algum problema crônico, como os transtornos mentais.

De acordo com Moliner e Lopes (2013), a lógica instalada nas práticas de saúde está voltada para a atenção terapêutico-medicamentosa, subjugando o sujeito psicossocial. Verifica-se com este modelo presença marcante no diagnóstico a partir dos sintomas em saúde mental, sendo que esse momento deve ser cuidadoso, por necessitar da incorporação do meio familiar, já que a variável família fornece informações imprescindíveis sobre o processo saúde/doença.

Conforme Marquer et al., (2012) crianças de 3 a 6 anos estão em um período psicológico vulnerável, que pode ter consequências emocionais, cognitivas e físicas, necessitando assim de treinamentos continuados e ampliação da infra-estrutura na área de saúde mental. Em relação à historicidade do cuidado da criança vale ressaltar que no século XVIII, a assistência social à criança foi manipulada pela religião e tomada como uma propriedade familiar. Já no século XIX, a assistência à criança é novamente utilizada como instrumento do poder, dessa vez contra os pais e em favor do Estado (GONDIM, 2007). A família é um sistema importante e de grande influência para a criança e o adolescente em sofrimento psíquico. Ela é o foco central da construção, da transformação, da mudança e do dinamismo, constituindo uma importante instituição formadora e capacitadora dessas crianças e adolescentes. O contexto em que essa família se insere influencia nas relações, nas mudanças no seu ciclo de vida, sendo importante considerar o impacto provocado por condições socioeconômicas e culturais. Para tanto, faz-se necessária uma estrutura familiar consistente o bastante para enfrentar as adversidades e conflitos que possam vir a surgir (MONTEIRO et al., 2012).

Constata-se pois, uma redefinição do papel da família na saúde mental, firmada no convívio do usuário, já que a família figura não apenas como responsável pelo doente, mas como membro a ser cuidada (MOLINER e LOPES, 2013).

Segundo Boyer et al (2012) os cuidadores tem assumido funções realizadas no passado por instituições psiquiátricas, tendo o objetivo de assistir o paciente dando o apoio necessário. Esse estudo realizado em Arica (Chile) e Marselha (França) verificou que os cuidadores eram principalmente as mães. Observou-se que, apesar de registradas algumas diferenças, os níveis de qualidade de vida dos cuidadores continuam baixos em ambos os países.

Aos transtornos mentais somam-se impactos clínicos e humanísticos, prejudicando a qualidade de vida através do estigma da doença e dos custos econômicos acarretados (LUCCHETTA e MASTROIANNI, 2012). No Brasil desde a década de 1970 consolida-se o modelo da Reforma Psiquiátrica, modelo esse que recebe críticas decorrentes de fatos contrariantes como violência e desrespeito aos direitos humanos deste grupo da população. Tendo em vista a superação desses obstáculos foi proposta a Rede de Saúde Mental, composta pelos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Tais serviços são públicos, abertos e direcionados ao portador de algum tipo de transtorno mental severo e persistente, estimulando a integração familiar e comunitária através de iniciativas de autonomia e reinserção social (VENTURA e BRITO, 2012).

Conforme Veloso e Melo Souza (2013), as ações de saúde mental na atenção básica devem ultrapassar o modelo biomédico tradicional e intervir em promoção da saúde, considerando o protagonismo dos sujeitos, identificando os principais determinantes relacionados ao sofrimento. A promoção da saúde mental deve ser entendida através do fortalecimento de processos de empoderamento das emoções e reações comportamentais. Nesse sentido, a expressão dos sentimentos e o reconhecimento das características socioeconomicas dos cuidadores mostra-se como uma estratégia eficaz da promoção em saúde mental (BRAGA et al, 2011).

Metodologia

Tratou-se de um estudo quantitativo, de corte transversal, com abordagem descritiva, desenvolvido no período de fevereiro a dezembro de 2012. O estudo faz parte de um projeto guarda-chuva intitulado: Psicofármacos em crianças e adolescentes inseridos na rede pública de saúde mental dos municípios de Campinas e Fortaleza."

A população de estudo foi composta por 290 cuidadores de crianças atendidas nos dois CAPSi de Fortaleza, sendo incluídas crianças com idade entre 0 a 12 anos acompanhadas de seus pais ou responsáveis. A coleta de dados foi realizada através de entrevista, utilizando-se como instrumento um formulário contendo perguntas de fácil compreensão referentes às características socioeconomicas dos responsáveis e avaliação da classe econômica do chefe de família. Os dados foram coletados foram armazenados com a utilização do programa EPI-INFO, versão 3.5.2 e analisados com o auxílio do programa STATA versão 11. O protocolo de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza e aprovado sob o nº 189/2011, sendo respeitados todos os direitos dos entrevistados ao anonimato e à autonomia com o consentimento de todas as pessoas mediante assinatura do Termo de Conhecimento Livre Esclarecido – TCLE.

Resultados e Discussão

Foram entrevistados 290 responsáveis pelas crianças, sendo 269 do sexo feminino (92,8%), 163 com idade entre 22 e 39 anos (56,2%), média de 39 anos; 171 afirmaram ser católicos (58,9%); 124 eram casados (47,9%); a mãe ou o pai respondiam como responsável pela criança em 256 casos (88,3%); 259 dos entrevistados possuem classificação socioeconômica D e E (89,3%). Os avós são os responsáveis que assumem os pagamentos das despesas em 47,1%.

Em relação aos benefícios que as crianças receberam notou-se um predomínio do bolsa família (39,2%). Quando pai e mãe eram os cuidadores havia um predomínio do benefício bolsa-família 46,9% dos casos.

Quanto à abordagem terapêutica das crianças atendidas nos CAPSi, observou-se maior consumo de medicamentos pelas crianças cujo cuidador possui outros graus de parentesco (no caso dos avós) (62,7%). Já quando os responsáveis foram os genitores, as abordagens terapêuticas predominantes é a medicamentosa (44,48%).

Tabela 1: Características dos responsáveis pelas crianças acompanhadas nos centros de apoio psicossocial infantojuvenil. Fortaleza-CE, fevereiro a dezembro, 2012.

Variável	N	%
Sexo (n=290)		
Masculino	21	7,2
Feminino	269	92,8
Faixa etária (anos)(n=290)		
22-39	163	56,2
40-78	127	43,8
Religião (n=290)		
Católica	171	58,9
Evangélica	93	32,1
Outras	26	9,0
Estado civil (n=290)		
Solteiro	109	37,6
Casado	124	42,7
Outros	57	19,7
Parentesco (n=290)		
Mãe/Pai	256	88,3
Outros	34	11,7
Classificação socioeconômica (n= 290)		
B+C	31	10,7
D+E	259	89,3

Os resultados do presente estudo mostram que há uma tendência de ser o sexo feminino o principal cuidador.

Em estudo quali-quantitativo realizado pelos Grupos de Orientação Familiar do Ambulatório de Psiquiatria Infantil do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (HC-FMRP) nos anos 2008 e 2009, observou-se que os cuidadores estiveram presentes em 53,48% dos grupos analisados e que as dificuldades citadas revelam sobrecarga geral: cansaço, sentimentos de desesperança, culpa, raiva, descrença nas potencialidades da criança e frustração das expectativas (MARTINS, 2010).

Os resultados das análises estatísticas da variável religião e estado civil, apontou ser a religião católica prevalente (58,9%) e casados (47,9%), o que condiz com estudo desenvolvido com acompanhantes de crianças com leucemia, onde a religião católica foi predominante (65%), sendo casados (70%). Observou-se nesse estudo a partir de análise qualitativa que a religiosidade está presente para aceitabilidade da doença como “um desígnio de Deus” (FARIA e CARDOSO, 2010). Um estudo realizado no ambulatório de Genética Clínica do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes e na Associação de Pais e Amigos dos Especiais de Maceió em 2012 demonstrou que 50% das cuidadoras recebem até 1 salário mínimo (SILVA et al., 2013). A baixa renda está associada a desemprego, analfabetismo, acesso limitado à saúde e à educação e, consequentemente, ao crescimento do risco para os problemas de saúde mental, em decorrência das condições de vida adversas e da maior exposição aos fatores de estresse (MACIEL, 2013).

Conclusão

De modo geral, o estudo propiciou um aprofundamento sobre as características socioeconômicas dos cuidadores de crianças atendidas nos CPASi de Fortaleza-Ce.

Considera-se que o conhecimento do cuidador é ferramenta-chave no processo de integralidade e promoção da saúde mental a fim de que seja conhecida e explorada a dinâmica que envolve usuários e familiares no contexto dos transtornos mentais e seus determinantes. Percebe-se a necessidade de explorar melhor este espaço pois o cuidador domiciliar é um agente decisivo na recuperação e otimização da qualidade de vida, tornando-se promotor do cuidado na saúde da pessoa que necessita.

Referências

1 BOYER, Laurent, et al. **Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families**. BMC Family Practice, v. 13, 2012.

2 BRAGA, G.C et al. Promoção em saúde mental: a enfermagem criando e intervindo com histórias infantis. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 32, n. 1, p. 121-128, 2011.

3 CARDOSO, L.; GALERA, S.A.F. **O cuidado em saúde mental na atualidade**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 45, n. 3, 2011.

4 CASSIS, S.V.A. et al.**Correlação entre o estresse do cuidador e as características clínicas do paciente portador de demência**.Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, vol.53, n.6, pp. 497-501, 2007

5 FARIA, A.M.D.C; CARDOSO, C.L. **Aspectos psicossociais de acompanhantes cuidadores de crianças com câncer: stress e enfrentamento.** Estudos de Psicologia**,** v. 27, n. 1, p. 13-20, 2010.

6 GONDIM, A. P. S. **Comportamentos e ações populares no enfrentamento de doenças respiratórias infantis em um assentamento urbano. 2007.** 238f. Dissertação (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

7 LUCHETTA, R.C; MASTROIANNI, P.C. Intervenções farmaceuticas na atenção a saúde mental: uma revisão. **Revista de Ciências Farmaceuticas Básica e Aplicada,** v. 33, n. 2, p. 165-169, 2012.

8 MACIEL, A.P.P. **Utilização de psicofármacos em crianças nos centros de atenção psicossocial infantojuvenil de Fortaleza.** 2013. 98f. Dissertação (Mestrado em Ciencias Farmaceuticas). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.

9 MARQUER, Caroline, et al.**A rapid screening tool for psychological distress in children 3–6years old: results of a validation study.**BMC Psiquiatry**,** v. 12, 2012.

10 MARTINS, B.M. **A criança com transtorno mental, suas relações com seu cuidador e um grupo de orientação familiar: um estudo quali-quantitativo. 2010.** 34f. Monografia (Programa de Aprimoramento Profissional/CRH/SES-SP e FUNDAP, Ribeirão Preto.

11 MOLINER, J; LOPES, S.M.B. Saúde mental na atenção básica: possibilidades para uma prática voltada para a ampliação e integralidade da saúde mental. **Saúde e Sociedade,** v. 22, n. 4, p. 1072-1083, 2013.

12 MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo et al.**Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento**.Esc. Anna Nery*,* Rio de Janeiro*,* vol.16, n.3, p. 523-529, 2012.

13 SILVA, G.A et al. **Estresse e suporte social entre os cuidadores de crianças com retardo mental no estado de Alagoas.**Rev Bra Clin Med,v. 11, n. 2, p. 135-139, 2013.

14 VENTURA, C.A.A; BRITO, E.S. **Pessoas portadoras de transtornos mentais e o exercício de seus direitos**. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*,* São Paulo, v. 13, n. 4, p. 744-754, 2012.

15 VELOSO, T.M.C; MELO E SOUZA, M. C.B. Concepções de profissionais da estratégia saúde da família sobre saúde mental. **Revista Gaúcha Enfermagem,** v. 34, n. 1, p. 79-85, 2013.

CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DOS USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL ÀLCOOL E DROGAS

Brenda Lia Pinheiro Araújo Leite – Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí, Brasil. brendal_@hotmail.com.
Bruna Silva de Oliveira Alves - Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí, Brasil.
Profa. Ms. Ana Karla Sousa de Oliveira – Universidade Federal do Piauí, Picos, Piauí, Brasil.

Palavras-chave:Saúde Mental. Dependência. Serviços de saúde.

Resumo

As substâncias psicoativas estão presentes de forma importante em diferentes contextos sociais, do uso social ao problemático, demandando ações em rede de base comunitária que tem no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas um elemento estratégico. Em face desse cenário, a presente investigação buscou caracterizar os usuários de um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e drogas, segundo dados clínicos e de vinculação ao serviço. Estudo descritivo de abordagem quantitativa, desenvolvido no mês de julho de 2014 no município de Picos-PI. Foram analisadas as informações de 41 prontuários, coletadas em julho de 2014, por meio de formulário específico. Foi desenvolvida análise exploratória, cujos resultados foram dispostos em gráficos e tabelas. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí. Os resultados apontaram que o álcool é a droga mais utilizada, prevalecendo o uso diário, e o atendimento do tipo semi-intensivo, com frequência de 2 a 3 vezes por semana, sendo que os sujeitos acessam o serviço em geral por demanda espontânea. Conclui-se que o conhecimento das características clínicas no contexto investigado permite compreender que o fenômeno de uso e dependência de drogas é complexo e multideterminado, com expressões gerais e particulares que deverão ser conhecidas e compreendidas a fim de que se possa melhor pensar sua abordagem, seja do ponto de vista da elaboração de políticas, na gestão dos serviços e ou do contato direto com os sujeitos envolvidos

Introdução

As substâncias psicoativas estão presentes de forma importante em diferentes contextos sociais, do uso social ao problemático, esse último relacionado mais diretamente aos casos de dependência, o que tem justificado o entendimento desse fenômeno como um importante problema de saúde pública cujo enfrentamento vem sendo alvo de muita polêmica.
Para a abordagem desse problema, a Política Nacional de Saúde Mental, amparada na lei 10.216/2001, prevê a criação de ações e serviços de base comunitária, estruturados em uma rede de pontos de atenção, capazes de dar conta da complexidade dos problemas e necessidade de saúde mental. Essa rede tem os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) como elementos estratégicos, responsáveis pela regulação e matriciamento da rede, e pelo acolhimento dos usuários, estímulo à integração social e familiar, apoiando iniciativas de busca pela autonomia, bem como oferecendo atendimento médico e psicológico (VIEIRA et al., 2010).
Nessa direção, a rede de atenção psicossocial conta com os CAPS-Álcool e Drogas (CAPSad), os quais deverão oferecer atendimento diário, permitindo o planejamento terapêutico dentro de uma perspectiva individualizada de evolução contínua. Esse contexto de atenção tem tido destaque especial nos últimos tempos em função da magnitude dos problemas decorrentes do uso indevido de drogas, com sérias repercussões do ponto de vista individual e coletivo, demandando uma maior compreensão do fenômeno.
Em face desse cenário, a presente investigação busca caracterizar os usuários de um CAPSad segundo dados clínicos e de vinculação ao serviço como forma de fomentar o conhecimento, bem como fornecer à gestão municipal e às equipes que compõem a RAPS no município investigado, subsídios para a tomadas de decisão sobre estratégias mais adequadas para a construção de projetos terapêuticos. E qualificação do cuidado.
O presente trabalho integra o projeto de pesquisa “Rede de Atenção Psicossocial aos usuários de álcool e outras drogas no município de Picos-PI: ações, serviços e obstáculos à construção”, tendo sido aprovado pelo edital de Iniciação Científica Voluntária – ICV 2013-2014, estando cadastrado junto à Coordenadoria Geral de Pesquisa, da Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade Federal do Piauí – PRPPG/UFPI.

Metodologia

Estudo descritivo de abordagem quantitativa operacionalizado através de pesquisa documental em prontuário. Foi desenvolvido no âmbito da rede de atenção em saúde mental do município de Picos-PI, acessada através das ações desenvolvidas no âmbito do CAPSad, serviço de referência com função central na rede. O referido centro foi inaugurado no ano de 2007 e desenvolve ações voltadas ao atendimento de problemas relacionados ao abuso de álcool e outras drogas, contando com uma equipe composta por 03 (três) assistentes sociais, 01 nutricionista, 03 (três) enfermeiras, 04 (quatro) técnicos de enfermagem, 02 (duas) psicólogas, 01 (uma) fisioterapeuta, 01 (uma) psiquiatra, 01 (um) clínico geral, 01 (uma) pedagoga, 01 (uma) artesã.
A amostra estudada foi composta por 41 prontuários de usuários vinculados ao serviço, selecionados pelo processo de amostragem não-probabilística, considerando os seguintes critérios de inclusão: vinculação ao serviço por um período mínimo de 03 (três) meses; frequência regular ao serviço nos últimos 03 (três) meses.
Os dados foram coletados no mês de julho de 2014, por meio de formulário elaborado exclusivamente para o presente estudo, e que consta de informações relativas à caracterização clínica (substância utilizada, frequência de uso, tipo de atendimento, origem do encaminhamento, comorbidades). Cabe aqui destacar que dentre as informações consideradas, o item “comorbidades” não pôde ser avaliado pelo fato de o registro dessa informação no prontuário ser precário.
Foi desenvolvida análise exploratória, cujos resultados foram dispostos em gráficos e tabelas e o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, CEP/UFPI, sendo aprovado sob registro de CAAE: 32515313.9.0000.5214

Resultados e Discussão

A caracterização dos usuários quando aos aspectos clínicos evidenciou que a maioria deles faz uso de álcool (97,56%), e que, quanto à frequência de uso de substância psicoativa, prevalece o uso diário, conforme se observa na Tabela 1.

Tabela 1 –Caracterização dos usuários do CAPSad segundo aspectos clínicos. Picos-PI, 2014.

	N	%
Tipo de Substância		
Álcool	40	97,56
Maconha	3	7,31
Cocaína/crack	10	24,39
Tabaco	14	34,14
Frequência de Uso		
Diariamente	28	68,29
Mais de três vezes por semana	2	4,87
Uma a duas vezes por semana	4	9,75
Quinzenalmente	2	4,87

Conforme se observa, a maioria absoluta (97,56%) dos usuários do serviço estudado tem o álcool como a droga mais utilizada, sendo esse registro relativo somente a principal droga de escolha, considerando que em alguns casos os sujeitos faziam uso de mais de um tipo de droga. Aproximando-se desse resultado, estudo realizado em Blumenau-SC, apontou que há maior incidência de problemas decorrentes do uso e abuso de álcool, em um total de 44,37% dos usuários (FARIA; SCHNEIDER, 2009). Tal panorama foi observado também por Peixoto et al (2010) no município de Campo Grande-MS, onde 48,7% dos usuários de um CAPSad apresentavam dependência ao álcool.
Dados do II Levantamento Domiciliar sobre o uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil apontam que na região Nordeste a estimativa de dependentes de Álcool foi de 13,8%, sendo a maior entre as diferentes drogas e entre as regiões estudadas.
Quanto à frequência de uso, os resultados seguem os achados de Monteiro et al (2011), que evidenciam o uso diário de drogas por 55% dos usuários de um CAPSad em Teresina-PI.
Em relação ao tipo de atendimento a Portaria nº 336 de 19 de fevereiro de 2002, que estabelece as modalidades de CAPS, define que esses serviços deverão acompanhar os pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intesiva. O atendimento intensivo é destinado a pacientes que demandam acompanhamento diário, o semi-intensivo é indicado a pacientes que necessitam de acompanhamento

frequente e o não-intensivo é operacionalizando quando o paciente requer o acompanhamento de frequência menor. A definição do tipo de atendimento deverá sempre levar em consideração o quadro clínico atual do sujeito (BRASIL, 2002 – Portaria 336-02). Os resultados da avaliação dessa variável estão expressos na Tabela 3.

Tabela 3 - Dados de Vinculação ao CAPSad. Picos-PI, 2014.

	N	%
Tipo de atendimento		
Intensivo	13	31,70
Semi-intensivo	16	39,02
Não-intensivo	10	24,39
Origem do encaminhamento*		
Atenção Básica (PSF)	11	26,82
Média Complexidade	4	9,75
Alta Complexidade	1	2,43
Demanda Espontânea	13	31,70

*Não havia registro em 11 prontuários.

Como é possível observar, no que se refere a esse aspecto, prevalece o atendimento semi-intensivo (34,14%), que no serviço em questão compreende a frequência ao serviço em dois a três dias por semana.
Nessa direção, ao buscar comparar os perfis sócio-demográfico e clinico de pacientes que aderiram ou que não aderiram ao tratamento em um CAPSad, Peixoto et al (2010) observaram que 40,5% dos usuários realizavam tratamento não intensivo, o que compreende uma diferença importante em relação aos dados do presente estudo (PEIXOTO et al, 2010).
No que se refere à origem do encaminhamento, um CAPS, em qualquer de suas modalidades, poderá receber pessoas encaminhadas por outros serviços de saúde, ou mesmo de outros setores (a exemplo da justiça), e também por demanda espontânea. No contexto investigado, prevalece o acesso por demanda espontânea, que, conforme o próprio nome indica, compreende a ida ao serviço dos usuários espontaneamente, sem que haja um encaminhamento formal de algum outro serviço.

Conclusão

Os dados colhidos confirmaram algumas tendências gerais que aproximam o contexto estudado da apresentação observada no país em relação a alguns aspectos investigados. Destaca-se o álcool como a droga mais utilizada, prevalecendo o uso diário, e o atendimento do tipo semi-intensivo, com frequência de 2 a 3 vezes por semana, sendo que os sujeitos acessam o serviço em geral por demanda espontânea.
Cabe aqui destacar a necessidade de organização dos registros de informações em prontuário nos serviços de saúde como um todo, e de saúde mental em particular, como forma de melhor viabilizar e dinamizar a análise das informações, tão necessária à transformação de dados brutos em conhecimento estruturado sobre a realidade do cuidado e dos sujeitos.
Assim sendo, o conhecimento das características clínicas no contexto investigado permite compreender que o fenômeno de uso e dependência de drogas é complexo e multiderteminado, com expressões gerais e particulares que deverão ser conhecidas e compreendidas a fim de que se possa melhor pensar sua abordagem, seja do ponto de vista da elaboração de políticas, na gestão dos serviços e ou do contato direto com os sujeitos envolvidos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas** / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

FREITAS R.M., SILVA H.R.R., ARAÚJO D.S. Resultados do acompanhamento dos usuários do Centro de Atenção Psicossocial - Álcool e Drogas (Caps-AD). SMAD**, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**, v.8, n.2, p.56-63 May.-Aug, 2012

LARANJEIRA, R. et al.; **I levantamento de dados sobre os padrões de consumo de álcool na população brasieleira**, Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

MARQUES, A.L.M.; MÂNGIA, E.F. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool, **rev.Interface (Botucatu)**, v.17, n.45, p.433-44, abr-jun. 2013.

MONTEIRO C.F.S., FÉ L.C.M., MOREIRA M.A.C., ALBUQUERQUE I.E.M., SILVA M.G., PASSAMANI M.C. **CAPS-ad**: adesão ao tratamento de álcool. Esc Anna Nery (impr.), v.15, n.1, p.90-95, jan-mar, 2011.

PEIXOTO, C.; PRADO, C.H.O.; RODRIGUES, C.P.; CHEDA, J.N.D.; MOTA, L.B.T.; VERAS, A.B. Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de um Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). **J Bras Psiquiatr**. v.59, n.4, p. 317-321, 2010.

SANTOS, J.A.T., MAGDA, L.F.O., Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. **Sau. & Transf.** Soc., ISSN 2178-7085, Florianópolis, v.4, n.1, p.82-89, 2013.

COSTA-ROSA, A. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica**: contribuições a uma Clínica Crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Unesp, 2013

SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS-SENAD. **Legislação e políticas públicas sobre drogas no Brasil**.— Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, p.106, 2011.

SECRETARIA NACIONAL ANTIDROGAS – SENAD. **II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005 / E. A. Carlini (supervisão) [et. al.], -- São Paulo: CEBRID - Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP - Universidade Federal de São Paulo, 2006.

SENAD. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira** / Elaboração, redação e organização: Ronaldo Laranjeira [et al.]; Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

SOUSA, G.M., SILVA, L.D.C.; Moura, P.T.V. Perfil de usuários atendidos no centro de atenção psicossocial álcool e drogas: possíveis relações entre comorbidades e álcool. **Revista Interdisciplinar NOVAFAPI**, Teresina. v.5, n.2, p.9-14, Abr-Mai-Jun. 2012.

CARACTERIZAÇÃO DA DOR EM PACIENTES ONCO-HEMATOLÓGICOS

Isadora Marques Barbosa – Universidade Federal do Ceará(UFC)
Diane Sousa Sales (apresentador) – Universidade de Fortaleza (UNIFOR); e-mail: diane-enf@hotmail.com
Lidiane Marha de Oliveira – UNASSUS

Palavras-chave:Cuidado. Mulher. Câncer.

Resumo

Dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão. A assistência de enfermagem deve ser aprimorada e focada para avaliação da dor do paciente oncológico, por meio de instrumentos, para facilitar a caracterização da dor e, consequentemente, melhorar o tratamento multiprofissional. Neste sentido o objetivo do presente estudo é caracterizar a dor dos pacientes onco-hematológicos. É um estudo descritivo, prospectivo, longitudinal, desenvolvido com 20 pacientes que apresentaram diagnóstico de doença onco-hematológica e que estivessem internados em uma unidade de hematologia de um Hospital Universitário, no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014. A avaliação pela EMADOR foi realizada diariamente, sendo solicitado que o paciente escolhesse um descritor que mais caracterizasse sua dor naquele momento. Houve mais pacientes com relatos de dor aguda, com 80% (n=16), do que pacientes com dor crônica. Para os pacientes com dor aguda, o descritor mais citado foi profunda (35,7%). Para os pacientes com dor crônica, o descritor mais citado foi persistente (31,4%). Nota-se que dentre os descritores para dor aguda, apenas um não foi citado, aniquiladora. Já nos descritores para dor crônica, quatro não foram citados: deprimente, desastrosa, prejudicial, assustadora. Constata-se uma associação direta com causas relacionadas à doença. A dor, dependendo da intensidade, pode debilitar ou, até mesmo, incapacitar o indivíduo para a realização das atividades diárias. Também pode comprometer a adesão terapêutica, daí a grande importância do controle desse sintoma

Introdução

Dor é definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada à lesão tissular real ou potencial ou descrita em termos de tal lesão (IASP,2009).
De acordo com a OMS (2004), estima-se para o ano de 2020 que cerca de cinco milhões de pessoas com diagnóstico de câncer necessitarão de atenção para os sintomas severos antes da morte.
A dor pode ser classificada de acordo com seu mecanismo fisiopatológico e padrão. As subdivisões fisiopatológicas são: dor nociceptiva, dor neuropática, dor simpaticomimética e dor mista. A dor oncológica é considerada uma dor mista, por envolver todos os outros aspectos fisiopatológicos da dor (INCA, 2001).
A dor do câncer tem características de dor aguda e dor crônica. Como dor aguda, a dor de câncer está diretamente relacionada com lesão de tecido. A dor crônica é devida apenas pelo prolongamento da dor aguda, mas as devidas estimulações nociceptivas repetitivas levam a uma variedade de alterações no sistema nervoso central (SNC) (COSTA; CHAVES, 2012).
Para avaliação da dor utiliza-se a escala visual analógica da dor ou numérica da dor, na qual o paciente deve marcar a posição mais aproximada da intensidade da sua dor e podemos utilizar a escala numérica para qualifica-la. A dor é considerada leve quando a intensidade varia de 1 a 3; a intensidade de 4 a 7 e considerada dor moderada; e de 8 a 10, dor severa. O registro da intensidade deve incluir não somente o momento da dor, mas também quando a mesma e aliviada ou exacerbada. Por essa razão, o profissional que for aplicar a escala deve ensinar os pacientes e familiares a utilizar a escala de avaliação da dor (ANCP, 2009).
Fora a escala visual numérica da dor, existem outras maneiras tanto de avaliar, caracterizando a dor, como acompanhar o padrão da dor, para subsidiar, até mesmo a analgesia. Com essa finalidade, foi elaborada a escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR). Nela é possível tanto identificar o escore da dor, pela escala de intensidade numérica da dor, como analisar a dor percebida pelo paciente, por meio de adjetivos que mais se aproximam da dor que o paciente está percebendo. Pode-se também identificar o local da dor e acompanhar se a mesma é referida ou não e conseguir visualizar melhor as características da dor naquele paciente (SOUSA *et al.,* 2010).
O questionário de McGill é um instrumento com padrão internacionalmente reconhecido e adaptado para o uso na língua portuguesa. É um instrumento que fornece medidas quantitativas e permite comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliação da dor. Compreende quatro categorias que estão divididas em vinte subcategorias que descrevem diferentes qualidades da dor. O indivíduo entrevistado pode escolher a palavra que melhor retrate sua dor, dentro das subcategorias, ou nenhuma delas (COSTA; CHAVES, 2012).
Devido à grande importância da avaliação e manejo da dor que, atualmente, tem-se pensado em adicioná-la como quinto sinal vital. No estudo de Nascimento e Kreling (2011), eles perceberam que a equipe de enfermagem compreende a importância da avaliação da dor para o bem estar do paciente. Contudo relatam algumas dificuldades para a implantação da dor como quinto sinal vital, como falta de compreensão dos pacientes e falta de tempo para a aplicação dos instrumentos. Considera-se, ainda nesse estudo, a relevância da implantação da avaliação da dor como quinto sinal vital, tanto para garantir um atendimento humanizado, como por assegurar um direito de todos os pacientes.
A assistência de enfermagem deve ser aprimorada e focada para avaliação da dor do paciente oncológico, por meio de instrumentos, para facilitar a caracterização da dor e, consequentemente, melhorar o tratamento multiprofissional.

Neste sentido o objetivo do presente estudo é caracterizar a dor dos pacientes onco-hematológicos.

Metodologia

Estudo descritivo, prospectivo, longitudinal, desenvolvido com 20 pacientes que apresentaram diagnóstico de doença onco-hematológica e que estivessem internados em uma unidade de hematologia de um Hospital Universitário, no período de novembro de 2013 a fevereiro de 2014.
Para inclusão no estudo, foram selecionados pacientes adultos admitidos no setor de hematologia e que apresentassem relato verbal de dor, durante o período da coleta dos dados. Foram excluídos: pacientes com diagnóstico não conclusivo de doença onco-hematológica; os que abandonaram o tratamento durante a coleta dos dados ou que foram transferidos para outro setor ou outro hospital; e aqueles que não possibilitaram ao menos quatro dias de acompanhamento pela pesquisadora.
Foi aplicado um instrumento composto por três partes: 1) caracterização da amostra quanto aos dados referentes à identificação, fatores sociais, aspectos clínicos da doença e ocorrência ou não de dor no dia da entrevista; 2) caracterização da dor, por meio da Escala Numérica de Avaliação da Dor (EVA) (SOUZA; SILVA, 2005), Escala Multidimensional de Avaliação de Dor (EMADOR) (SOUSA *et al.*, 2010) e do questionário de dor McGill (PIMENTA, TEIXEIRA, 1996).

Para avaliação da dor utiliza-se a escala numérica de avaliação da dor. A dor é considerada leve quando a intensidade varia de 1 a 3; a intensidade de 4 a 7 e considerada dor moderada; e de 8 a 10, dor severa (ANCP, 2009).
A escala multidimensional de avaliação de dor (EMADOR) é composta pela escala visual numérica da dor, por descritores agudos (10) e descritores de dor crônica (10) e pela localização da dor do paciente (SOUSA *et al.*, 2010). A EMADOR foi aplicada diariamente, sendo solicitado que o paciente escolhesse um descritor que mais definisse sua dor naquele momento, sendo corroborado com a intensidade de dor encontrada com a aplicação da escala numérica de avaliação da dor.
O questionário de dor McGill é um instrumento que fornece medidas quantitativas e permite comunicação das qualidades sensoriais, afetivas e avaliativas da dor. Compreende quatro categorias, sendo elas: sensitiva, trás propriedades mecânicas, térmicas e espaciais da dor; afetivo, dimensão afetiva-psicogênica nos aspectos de tensão, medo, emoções; avaliativo, expressa a avalição global da experiência dolorosa; e miscelânea, uma mistura de diversos fatores (PIMENTA, TEIXEIRA, 1996). Em relação ao questionário de dor de McGill, foi solicitado que o paciente escolhesse as palavras que mais caracterizassem sua dor, podendo escolher nenhuma ou apenas uma palavra por subgrupo.
Os pacientes foram acompanhados com uma média geral de 8,45 dias. Durante esse período, diariamente, foram avaliadas as características da dor por meio do instrumento.
Para análise dos dados, foi utilizado o programa estatístico SPSS, versão 20.0. Os resultados obtidos foram organizados em tabelas e gráficos e discutidos a luz da literatura sobre o tema.
Esse estudo foi realizado de acordo com a Resolução 466/2012, a qual regulamenta as diretrizes e normas das pesquisas envolvendo seres humanos, tendo sido submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC, com parecer favorável de número 216.276. Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), mediante prévia explicação dos objetivos do estudo, antes do início da coleta dos dados.

Resultados e Discussão

Com relação à caracterização geral dos 20 pacientes acompanhados, identificou-se que 11 eram do gênero feminino e 9 do masculino. Quanto à faixa-etária a mais prevalente foi entre os 18 anos a 29 anos, com 35% (n=7), seguida por aqueles com idade igual ou maior que 60 anos, com 25% (n=5) e posteriormente com 20% cada o intervalo dos 30 anos aos 49, com 20% (n=4) e pelo intervalo dos 50 anos aos 59 anos.
Quanto aos aspectos clínicos da doença, realizou-se uma avaliação do tipo de diagnóstico onco-hematológico, tendo sido evidenciado o diagnóstico de leucemia mieloide aguda com 30% (n=6); seguido por linfoma não hodgkin e mieloma múltiplo, ambos com 15% (n=3); linfoma dde hodgkin, síndrome mielodisplásica e leucemia linfocítica aguda, ambas com 10% (n=2) e leucemia mieloide crônica e leucemia linfocítica crônica, ambas com 5% (n=1).
Na caracterização da dor as perguntas feitas foram: possível etiologia, quando iniciou a dor, quanto tempo dura a dor, quais os fatores agravantes e se há interferência nas atividades de vida diária, como observado na tabela 1 abaixo.

Tabela 1: Caracterização da dor de pacientes onco-hematológicos. Fortaleza - CE.

ETIOLOGIA DA DOR		**INÍCIO DA DOR**	
Causa	% (n)	Tempo	% (n)
Infecção intestinal	30% (6)	> 6 meses	20% (4)
Mucosite	20% (4)	< 6 meses	80% (16)
Úlcera por pressão	10% (2)	**QUANTO TEMPO DURA**	
Cefaleia	10% (2)	Duração	% (n)
Hemorroida	10% (2)	Intermitente	30% (6)
Demais causas	20% (4)	Dia todo	70% (14)
FATORES AGRAVANTES		**INTERFERÊNCIA NAS AVD'S***	
Fatores	% (n)	Atividades	% (n)
Alimentação	40% (8)	Deambulação	35% (7)
Movimentação	30% (6)	Alimentação	30% (6)
Evacuação	15% (3)	Sono/Repouso	20% (4)
Barulho	10% (2)	Eliminação	10% (2)
Respiração	5% (1)	Sem alteração	5% (1)

* AVD'S: Atividades da Vida Diária

A intensidade da dor foi avaliada a partir da aplicação da escala numérica de avaliação da dor. Identificou-se, a partir da EVA inicial, que 15% dos pacientes apresentaram intensidade na faixa entre 1 a 3(dor leve), 10% no intervalo de 4 a 7 (dor moderada) e 75% no intervalo de 8 a 10 (dor severa). A média geral de intensidade da dor durante o acompanhamento foi de 6,5.
A avaliação pela EMADOR foi realizada diariamente, sendo solicitado que o paciente escolhesse um descritor que mais caracterizasse sua dor naquele momento. Houve mais pacientes com relatos de dor aguda, com 80% (n=16), do que pacientes com dor crônica. Para os pacientes com dor aguda, o descritor mais citado foi profunda (35,7%). Para os pacientes com dor crônica, o descritor mais citado foi persistente (31,4%). Nota-se que dentre os descritores para dor aguda, apenas um não foi citado, aniquiladora. Já nos descritores para dor crônica, quatro não foram citados: deprimente, desastrosa, prejudicial, assustadora. O questionário de Mcgill foi aplicado em um único momento, onde houve relato inicial de dor.
Na aplicação do questionário de McGill, quando solicitado que os pacientes escolhessem as palavras que mais caracterizavam sua dor, as mais escolhidas foram: pontada (80%), que incomoda (75%), forte (75%), desgastante (70%) e penetra (70%). Dezenove palavras não foram citadas por nenhum dos pacientes, como: vibração, tremor, como batida, como pancada, tiro, em lança, mordida, esmagamento, fervente, em brasa, formigamento, coceira, machucada, dentre outras.
Na categoria sensitiva, o máximo índice de dor obtido foi de 13, em 15% dos pacientes. Na categoria afetiva, 5 foi o máximo índice de dor, em 25% dos participantes da pesquisa. Na avaliativa, obteve-se a máxima pontuação (5), em 40% dos participantes. Na miscelânea, encontrou-se 10 como o índice máximo, em 15% dos pacientes onco-hematológicos acompanhados. A pontuação máxima evidenciada foi de 34, em 15% dos pacientes.

Conclusão

A dor é um dos sintomas mais presentes em pacientes onco-hematológicos e pode estar relacionada diretamente a doença, como advinda do tratamento oncológico ofertado, ou até mesmo, de outro problema associado. No presente estudo, percebe-se uma associação direta com causas relacionadas à doença.
A dor, dependendo da intensidade, pode debilitar ou, até mesmo, incapacitar o indivíduo para a realização das atividades diárias. Também pode comprometer a adesão terapêutica, daí a grande importância do controle desse sintoma.
As escalas são de extrema importância na mensuração e caracterização da dor. A enfermagem deve estar à frente na sua implantação e utilização nas unidades hospitalares, de maneira especial nas oncológicas pela alta incidência desse sintoma.
Uma das limitações do estudo foi o tamanho da amostra para associar a dor com a analgesia. No entanto, foi significativo o contexto subjetivo avaliado por meio das escalas aplicadas.
Pretende-se que a mensuração da dor seja adicionada a rotina de verificação dos sinais vitais, para poder nortear a conduta médica, com relação à analgesia. Com isso, devem existir capacitações sobre mensuração e manejo da dor para que todos compreendam a importância da mesma.
Estudos como esse são importantes para demonstrar a importância do tema dor na oncologia. Outros estudos são incentivados, com a utilização de escalas para mensuração da dor, com uma amostra mais significativa.

Referências

ACADEMIA NACIONAL DE CUIDADOS PALIATIVOS (ANCP). **Manual de cuidados paliativos**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 320 p., 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Cuidados paliativos oncológicos**: controle da dor. Rio de Janeiro, INCA, 2001.

COSTA, A. I. S.; CHAVES, M. D. **Dor em pacientes oncológicos sob tratamento quimioterápico**. Rev. Dor, São Paulo, 13 (1): 45-9, jan – mar. 2012.

PIMENTA, C. A. M.; TEIXEIRA, M. J. **Questionário de dor Mcgill**: proposta de adaptação para a língua portuguesa. Rev Esc Enfermagem, 30 (3): 473-83, 1996.

SOUSA, F. F.; PEREIRA, L. V.; CARDOSO, R.; HORTENSE, PRISCILA. **Escala Multidimensional de Avaliação de Dor** (EMADOR). Rev Latino-Am. Enfermagem, 18 (1): [9 telas], jan – fev. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **Better palliative care for the older people.** Geneva: WHO, 2004.

Agradecimentos

Agradecimento a Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico - Funcap

CARACTERIZAÇÃO DA TUBERCULOSE PULMONAR NA CIDADE DE MOSSORÓ, RIO GRANDE DO NORTE

Isabelly Damasceno Ponte (Apresentadora) – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), isabelly2307@hotmail.com

Layanny Teles Linhares Bezerra – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)
Layana Liss Rodrigues Ferreira – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UEVA)
Tayanny Teles Linhares Bezerra – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)
Bruna da Conceição Lima – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)
Ronaldo César Aguiar Lima (Orientador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Palavras-chave: Tuberculose. Perfil. Epidemiologia. Mossoró.

Resumo

A tuberculose (TB), uma doença infecciosa causada pelo *Mycobacterium tuberculosis* é considerada um problema de saúde pública no Brasil. O município de Mossoró, Rio Grande Norte, está entre os municípios com os maiores índices de Tuberculose no estado. Assim, o presente artigo trata-se de um estudo Descritivo de natureza qualitativa que traçará o perfil da Tuberculose Pulmonar, em Mossoró (RN), no ano de 2010. A investigação foi desenvolvida a partir de dados coletados através dos Sistemas de Informações da Atenção Básica, na Secretaria de Saúde do Município de Mossoró. Em Mossoró 95% dos casos de TB é Pulmonar. Foram notificados 75 casos em 2010 com 5 óbitos. Destes, 71 na área urbana. A distribuição etária é 50 e 64 anos (21 casos); entre 35 e 49 anos (19 casos); entre 20 a 34 (19 casos); 1 e 4 anos (1 caso). Cerca de 60% são do sexo masculino e cerca de 40% são do sexo feminino. Para tratar TB o município obedece a última norma técnica (2009), que normatiza o tratamento de TB. O conhecimento do perfil da TB não só auxilia nas formas de prevenção da mesma, como também constituem dados fundamentais para elaboração de políticas públicas de saúde.

Introdução

A Tuberculose (TB) é uma doença infecciosa causada por bacilos do Mycobacterium tuberculosis, uma bactéria que segundo Guedes et al. (2004) é o agente infeccioso que mais causa mortalidade no mundo. A TB vem sendo encarada como um dos mais relevantes problemas de saúde pública no mundo (SNIDER et al. 1994) e a principal causa de morte associada a um único agente infeccioso (RAVIGLIONE et al. 1995).
Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) estimam que um terço da população mundial esteja infectada pelo Mycobacterium tuberculosis. O problema da TB é tão preocupante que em 1993 a OMS declarou o estado de urgência da tuberculose, conclamando governos, comunidade científica e sociedade civil a redobrarem seus esforços para o controle da doença.
No Brasil a TB é parte da história da sociedade, um agravo que se somou ao conjunto de fatores de retardo do desenvolvimento social e econômico do país, desde o início da colonização. E embora a TB esteja presente no Brasil desde a colonização, estudos recentes analisando as diversas dimensões da resposta brasileira à TB, seus resultados e os desafios existentes, são ainda escassos (BARREIRA; GRANGEIRO, 2007).
O Brasil ocupa o 18º lugar entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de TB do mundo. Por ano, são notificados no país aproximadamente 100.000 casos novos e destes aproximadamente 8.000 vão a óbito sob todas as formas da doença (SOUZA, 2010).
No Estado do Rio Grande do Norte (RN) a realidade não é diferente. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado, o estado do Rio Grande do Norte notifica anualmente cerca de 1300 casos novos dos quais 5 % destes casos registrados vão a óbito. Aproximadamente 50% destes pacientes são residentes em Natal, a capital do estado. Um fato interessante é que, segundo dados obtidos pelo Sistema de Informação de Agravos da Atenção Básica (SIAB), dos 167 municípios do estado registrados no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 6 (seis) lideram o ranking com os maiores números de casos, totalizando um percentual de 77% dos casos totais do estado. Dentre esses municípios, Mossoró é o segundo com o maior número de casos, só perdendo para a capital, Natal.
No município de Mossoró, segundo dados da Vigilância à Saúde, órgão vinculado à Secretaria Municipal de Saúde local, são notificados anualmente cerca de 80 casos dentre novos, reincidentes e reingresso após abandono. De todos os casos notificados, cerca de 90% é a TB pulmonar, e quase 10% destes casos vão a óbito. O município foi um dos contemplados com o Plano Emergencial de Controle da Tuberculose (PECT), implantado no estado do Rio Grande do Norte em 2000, visto a grande incidência da doença.
Atualmente são grandes os esforços no controle da TB no município de Mossoró, e várias são as ações empregadas na procura de novos casos, diagnóstico precoce, tratamento, prevenção e biossegurança. Porém, mesmo com tantas ações, a tuberculose continua prevalente no município. Portanto, o presente estudo tem por objetivo descrever o perfil da Tuberculose Pulmonar, em Mossoró (RN), no ano de 2010.

Metodologia

Trata-se de um estudo documental, transversal de natureza qualitativa que caracterizou o perfil da Tuberculose Pulmonar, em Mossoró (RN), no ano de 2010.
A investigação foi desenvolvida a parir de dados coletados através dos Sistemas de Informações da Atenção Básica, na Secretaria de Saúde do Município de Mossoró. Dados estes também disponíveis na rede mundial de computadores na página do DATASUS. Para realização desse estudo, colhemos dados sobre a Tuberculose no município de Mossoró, foram excluídas as formas extrapulmonares de Tuberculose e casos não notificados até o momento da consulta.
Ressaltamos que os dados são disponíveis anualmente e são de domínio público não necessitand assim, que parecer de Comitê de Ética e Pesquisa.

Resultados e Discussão

No estado do Rio Grande do Norte, a TB assim como no Brasil, ainda continua sendo um problema de Saúde Publica. Em Mossoró, dentre os casos da doença, os casos de Tuberculose Pulmonar se destacam com mais de 95% dos casos. Segundo dados da Secretaria de Saúde do Município, na cidade de Mossoró continua-se com alta incidência (cerca de 80 casos novos no ano de 2010) e mortalidade nesse mesmo ano de 5 óbitos. Entretanto, como ressalta Assunção (1998) tais casos diagnosticados e notificados pelos serviços de saúde dos municípios brasileiros podem representar apenas uma proporção dos casos.
A prevalência da TB em Mossoró também é elevada. Dados do Sistema de Informação da Atenção Básica de Mossoró, afirmam que de todos os casos notificados, aproximadamente 15% são reincidentes e/ou readmitidos após tratamento falho. O que confirma a afirmação de Souza (2010) que diz que atualmente, os maiores desafios do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) consistem em expandir, tendo como estratégia o Tratamento Supervisionado (TS), a cobertura das ações de controle da TB, diminuir o número de casos de abandono do tratamento e incrementar as taxas de cura da doença.

Em relação aos óbitos decorrentes da TB, as taxas de óbitos no município de Mossoró são também elevadas. Dados da Frequência por ano diagnóstico segundo tipo de entrada, de todos os casos notificados, aproximadamente 8% chegam a óbito. Esse percentual de casos dos óbitos é equivalente ao percentual apresentado pelo Brasil, que segundo Souza (2010) é em torno de 8%. Em contrapartida, é mais preocupante que o apresentado pelo estado do Rio Grande do Norte com cerca de 4,5% dos casos.

Quanto a distribuição geográfica da TB, informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), comprovam as falas de Tavares; Marinho (2005) que afirmam que a crescente e desordenada ocupação de espaços urbanos, provocada pela industrialização, tornou a TB umas das mais importantes causas de sofrimento e morte em todos os tempos. No ano de 2010, dos casos registrados, 95% foram na área urbana, pois como afirma Souza (2010) os grandes aglomerados urbanos facilitam a transmissão do bacilo da tuberculose.

No que tange a faixa etária, dados do Sistema de Informação de Agravos Notificados (SINAN), da Secretaria Municipal de Saúde, confirmam estudos como o desenvolvido por Sánchez; Betolozzi (2011), que afirma que a faixa etária de maior vulnerabilidade para desenvolver a enfermidade é de 20 a 40 anos, o que corresponde à faixa etária que alberga o continente populacional em idade economicamente ativa. Esses mesmos autores apontam que no Brasil, a faixa etária em que se evidencia a maior concentração de casos de TB é de 20 a 49 anos.

De todos os casos notificados anualmente em Mossoró, 50% estão na faixa etária citada por Sánchez; Betolozzi (2011) de 20 a 49 anos. Em relação à idade dos notificados em 2010, percebemos maior porcentagem, na faixa etária entre 50 e 64 anos (com 21 casos), seguida de uma leve queda entre 35 e 49 anos (com 19 casos), empatada com o número de casos entre 20 a 34 também com 19 casos; e a menor porcentagem observou-se na faixa etária entre 1 e 4 anos (1 caso). Destacam-se ainda os 2 casos entre 5 e 9 anos, bem como os 2 casos entre 10 e 14 anos.

É interessante notar que o percentual de crianças com TB no município de Mossoró é alto, mas ainda é menor do que a estimativa de Sant'anna et al. (2002) que afirma que do total de casos notificados no Brasil, 15% representam crianças na faixa etária de 1 a 15 anos. No ano de 2010, em Mossoró, segundo dados do SINAN, o número de casos de TB notificados em crianças entre 1 a 14 anos somam 5 casos, o que corresponde a cerca de 8% dos casos. Tal fato, como afirma Sales et al (2010) deixa casos de TB em menores de 15 anos à margem dos estudos, diagnóstico e tratamento.

Quando analisada a distribuição da TB por sexo, constata-se o que muitos estudos apontam: uma maior incidência de TB em homens é maior do que em mulheres. Dos casos notificados em Mossoró, cerca de 60% são do sexo masculino e cerca de 40% são do sexo feminino. E coincide com os resultados de Okamura (2003), que aponta uma distribuição equivalente a da cidade de Mossoró em 2010, na cidade de São Paulo em 2003.

No tocante as formas de tratamento, segundo dados fornecidos pela Vigilância à Saúde de Mossoró, os esquemas de tratamento da tuberculose são os padronizados desde 1979 pelo Ministério da Saúde. Ainda segundo a Vigilância à Saúde, as Unidades Básicas da rede de saúde do município já estão de acordo com a última norma técnica do Ministério da Saúde, publicada em outubro de 2009, que normatiza o tratamento indicado para todos os casos novos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, assim como para todos os casos de recidiva e de retorno após abandono, que é a utilização de quatro drogas em um único comprimido com dose fixa combinada: rifampicina, isoniazida, pirazinamida e etambutol por dois meses e, numa segunda fase, isoniazida e rifampicina por mais quatro meses (esquema 2RHZE/4RH) (ARBEX et al, 2010).

Conclusão

A TB é uma doença conhecida há muitos anos e continua tendo uma alta incidência no mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos. No Brasil, a TB ainda é um problema de saúde pública, estima-se que um em cada quatro brasileiros esteja infectado pelo bacilo de Koch e, todo ano, cerca de 90.000 novos casos da doença são notificados ao Ministério da Saúde.

Portanto, o conhecimento das características da TB não só auxilia nas formas de prevenção da mesma, como também constitui dados fundamentais para elaboração de políticas públicas de saúde voltadas para controle da TB. Tais conhecimentos são relevantes não só para profissionais da área da saúde como também para pessoas de diversas áreas.

Referências

ARBEX, Marcos Abdo et al . Drogas antituberculose: interações medicamentosas, efeitos adversos e utilização em situações especiais - parte 1: fármacos de primeira linha. **J. bras. pneumol**., São Paulo, v.36, n.5, Oct. 2010.

ASSUNÇÃO RM, Barreto SM, Guerra HL, Sakurai E. **Mapas de taxas epidemiológicas: uma abordagem Bayesiana.** Cad Saude Publica. 1998.

BARREIRA, Draurio; GRANGEIRO, Alexandre. Avaliação das estratégias de controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Doenças de Notificação Compulsória. Tuberculose **Cadernos de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

GUEDES AP; MATOS VC; NOVAIS GC, et al. Levantamento epidemiológico da tuberculose na cidade de São Gonçalo, RJ, no período de janeiro a dezembro de 2003. **Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária**, Belo Horizonte 12 a 15 de dezembro de 2004. p. 1 a 14.

MOSSORÓ. **Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)**. Mossoró/RN,2010.

OKAMURA, Mirna Namie. **Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.**USP, São Paulo: 2003.

RAVIGLIONE MC; SNIDER DE; KOCHI A. Global epidemiology of tuberculosis: morbility and mortality of worldwide epidemic. **JAMA** 1995.

SALES, Carolina Maia Martins et al . Análise espacial da tuberculose infantil no estado do Espírito Santo, 2000 a 2007. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop**., Uberaba, v. 43, n. 4, Aug. 2010. access on 15 May 2011.

SANT'ANNA C; MOURGUES LV; FERRERO F; BALANZAT AM. Diagnóstico e terapêutica da tuberculose infantil - uma visão atualizada de um antigo problema. **J Pediatr** 2002; 78:(supl 2):205-214.

SNIDER Jr. DE; RAVIGLIONE M; KOCHI A. Global burden of tuberculosis. In: Bloom BR, editor. **Tuberculosis: pathogenesis, protection and control.** Washington (DC): ASM Press; 1994. p.3 – 11.

SOUZA, Káren Mendes Jorge de et al . Abandono do tratamento de tuberculose e relações de vínculo com a equipe de saúde da família. **Rev. esc. enferm**. USP, São Paulo, v. 44, n. 4, Dec. 2010. Disponível em http://www.scielo.br, acesso em 15 Mai 2011.

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer à Secretaria de Saúde do município de Mossoró, RN pela colaboração na realização deste estudo.

CARACTERIZAÇÃO DE IDOSOS ATENDIDOS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: estudo descritivo

Lara Laise Alves da Silva – Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN. E-mail: laralaise.a@hotmail.com
Dalva Cesar da Silva – UFRN
Bruno Araújo da Silva Dantas – UFRN
Micheline da Fonseca Silva – UFRN

Cristina Kátya Torres Teixeira Mendes – UFRN
Gilson de Vasconcelos Torres – UFRN

Palavras-chave: Saúde do Idoso. Perfil de Saúde. Dor. Estratégia Saúde da Família.

Resumo

Objetivou-se descrever os aspectos sociodemográficos, de saúde e características da dor de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família, nos municípios de Natal e Santa Cruz, no Rio Grande do Norte. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo, realizado nos meses de março e abril de 2014, nas Unidades Estratégia Saúde da Família desses municípios. A amostra foi composta por 37 idosos, sendo 18 do município de Santa Cruz e 19 de Natal. O estudo obteve parecer favorável com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE: 21996313.7.0000.5537). Não houve diferenças expressivas entre o perfil sociodemográfico e de saúde desses idosos. As doenças crônicas estiveram presentes em proporções semelhantes em ambos os municípios, sendo a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus as mais presentes. O número de idosos que sentia dor é maior no município de Santa Cruz (77,8%), com característica de cronicidade (72,2%) e tendo como local mais citado a dor na coluna (27,8%). Em Natal, apesar da porcentagem de idosos que relataram sentir dor ser menor (63,2%), estes afirmaram senti-la em mais de um local do corpo (31,6%). Espera-se que os resultados desse estudo possibilitem a realização de ações de promoção à saúde, voltadas para a realidade e demandas locais dos idosos atendidos pela Estratégia Saúde da Família, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dessa população e promover um envelhecimento ativo e de qualidade.

Introdução

O aumento da expectativa de vida no Brasil e no mundo reflete a necessidade da inclusão de diferentes áreas do saber para atuar em assistência à saúde de pessoas idosas (BARBOSA et al.,2012). No Brasil, a população idosa irá mais do que triplicar nas próximas quatro décadas, passando de menos de 20 milhões em 2010 para aproximadamente 65 milhões em 2050. A organização do sistema de saúde no país precisa ser ajustada para os diferentes perfis demográficos e epidemiológicos decorrentes do aumento dessa população, pois, apesar de os idosos usarem mais os serviços de saúde devido a maior carga de doenças e incapacidades, o modelo atual de atenção à saúde do idoso se mostra ineficiente e de alto custo. As políticas sociais e de saúde do idoso devem considerar a promoção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do indivíduo que envelhece pelo maior tempo possível, para abranger o conceito de atenção à saúde mais adequado na política contemporânea (VERAS, 2012).

Um dos fatores que pode influenciar negativamente na qualidade de vida da pessoa idosa, que acaba por limitar suas atividades e aumentar o isolamento social é o fato de o idoso sentir dor (BARBOSA et al., 2012). A avaliação da condição da dor é fundamental para a elaboração de intervenções que considerem além de sua redução, a avaliação constante dos resultados após a implementação de medidas de controle (BARBOSA et al., 2012), devendo ser incluída na agenda de pesquisadores, gestores e profissionais que atuam na área de atenção ao idoso (DELLAROZA et al., 2013).

Devido à proximidade com a comunidade e atenção domiciliária, a Estratégia Saúde da Família constitui um espaço privilegiado para atenção integral à saúde do idoso, possibilitando a atuação de forma contextualizada na realidade vivenciada pelo idoso no seio familiar, podendo representar para ele o vínculo com o sistema de saúde (OLIVEIRA; TAVARES, 2010).

Pesquisas que caracterizem a população idosa sob a perspectiva de saúde são necessárias para delinear panoramas de saúde para esta população (ALVES; LEITE; MACHADO, 2008), dispondo de conhecimentos essenciais para melhorar a atenção à saúde dos idosos por meio do planejamento de ações de impacto na comunidade, com enfoque nas demandas locais (CLARES et al., 2011).

Dessa forma, este estudo teve como objetivo: comparar os aspectos sociodemográficos, de saúde e características da dor de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família nos municípios de Natal e Santa Cruz, no estado do Rio Grande do Norte.

Metodologia

Estudo descritivo com abordagem quantitativa realizado nos meses de março e abril de 2014, na Unidade Estratégia Saúde da Família (ESF) de Igapó, no município de Natal, capital do estado do Rio Grande do Norte (RN) e na unidade de ESF do DNER em Santa Cruz, localizado a 115 km de Natal, na região do Trairi. A amostra selecionada por demanda espontânea foi composta por 18 idosos atendidos na ESF do DNER no município de Santa Cruz, e 19 idosos atendidos na ESF de Igapó no município de Natal, totalizando 37 idosos. Nessa pesquisa, foi considerado idoso, a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos, de acordo com a Lei n° 10.741, de 1° de Outubro de 2003, do Estatuto do idoso.

Foram incluídas pessoas com idade igual ou superior a 60 anos; cadastrados na unidade de saúde da família; que participavam das reuniões do grupo de idosos das unidades de ESF Igapó/RN e do DNER em Santa Cruz/RN; possuíam autorização do familiar ou responsável; tinham condições mentais e psicológicas para responder o instrumento de pesquisa. Os idosos receberam informações sobre os objetivos do estudo e os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Utilizou-se um questionário estruturado, contendo informações referentes aos dados sociodemográficos, de saúde e das características da dor, previamente testado. De acordo com a taxonomia II proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA), foi considerado dor crônica àquela com duração igual ou maior a seis meses, e dor aguda àquela com duração inferior a seis meses (NANDA, 2012). As entrevistas foram realizadas por estudantes de enfermagem, enfermeiros e agentes comunitários de saúde. Após a coleta, os dados foram organizados em planilha no *software Microsoft Excel* 2010, e analisados por meio da estatística descritiva.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio grande do Norte com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 21996313.7.0000.5537, respeitando a Resolução 466/2012.

Resultados e Discussão

Em ambos os municípios houve predomínio do sexo feminino, com 88,9% em Santa Cruz e 68,4% em Natal. Hipóteses que tentam explicar o motivo das mulheres viverem mais do que os homens no Brasil dizem respeito às diferenças na exposição ao risco de acidentes de trabalho, trânsito, doméstico, homicídio e suicídio ser maior em homens, como também o consumo de tabaco e álcool, que favorece a ocorrência de doenças neoplásicas e cardiovasculares com maior frequência entre os homens, além do fato de as mulheres aderirem mais a tratamentos que os homens (VERAS, 1994).

Em Santa Cruz, a idade variou de 61 a 77 anos com média de 69,1 anos (Desvio Padrão – DP = 4,3). Em Natal, a idade variou de 64 a 83 anos com média de 72,3 anos (DP = 6,5). Um estudo divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), mostrou que o estado do Rio Grande do Norte foi o que registrou o maior aumento de expectativa de vida do Brasil nos últimos 30 anos, com crescimento de

15,85 anos, passando de 58,2 anos em 1980 para 74 anos em 2010, sendo, atualmente, o nono estado com maior expectativa de vida no país (IBGE, 2010).
Em Santa Cruz, houve distribuição homogênea entre o estado civil, onde 50% tinham um companheiro. Quanto à moradia, 38,9% dos idosos moravam apenas com o companheiro. Em Natal, 47,4% não tinha companheiro e 26,3% moravam sozinhos.
Em ambos os municípios, os idosos apresentaram baixa escolaridade. Em Santa Cruz, a média foi de 3,0 anos (DP = 2,7), com mínimo de zero e máximo de oito anos. Em Natal, a média foi de 3,8 anos (DP = 3,1), com mínimo de zero e máximo de 11 anos. A ausência ou o pouco tempo de estudo dos idosos podem não afetar seu senso crítico ou sua capacidade em compreender certos fatos, mas podem causar dificuldades no entendimento de campanhas e informações. Portanto, os meios utilizados para que a informação chegue até essa população deve ser de fácil compreensão e com vocabulário simples (ARAÚJO; MONTEIRO, 2011). Nos dois municípios a maioria dos idosos era aposentada com 77,8% e 78,9% e tinham como principal ocupação o serviço da casa com 66,7% e 84,2% em Santa Cruz e Natal, respectivamente.
Quanto aos dados referentes à saúde, apenas três idosos de cada município relataram não possuir doenças crônicas. Em Santa Cruz, 22,2% dos idosos possuíam apenas Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 22,2% afirmaram possuir HAS e Diabetes Mellitus (DM) e 16,7% possuíam HAS associada à outra comorbidade. Em Natal, a HAS isolada estava presente em 26,3% dos idosos, 10,5% possuíam HAS associada a DM e, esta mesma porcentagem possuía HAS associada à outra comorbidade (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das doenças dos idosos atendidos pela ESF em Santa Cruz/RN e Natal/RN. Natal/RN, 2014.

Características das doenças	**Santa Cruz**		**Natal**	
	n	**%**	**n**	**%**
Doenças Crônicas				
HAS	4	22,2	5	26,3
Ignorado	2	11,1	4	21,1
Não possui DC	3	16,7	3	15,8
HAS e DM	4	22,2	2	10,5
HAS e outros	3	16,7	2	10,5
DM	0	0,0	1	5,3
Artrite	0	0,0	1	5,3
Artrose	0	0,0	1	5,3
Doença venosa	1	5,6	0	0,0
Outros	1	5,6	0	0,0
Outras doenças				
Não possui	8	44,4	11	57,9
Osteoporose	5	27,8	5	26,3
Hénia de disco	0	0,0	1	5,3
Glaucoma	0	0,0	1	5,3
Doença Cardíaca	1	5,6	1	5,3
Alergias	1	5,6	0	0,0
Sinusite	1	5,6	0	0,0
Gastrite	1	5,6	0	0,0
Problemas de visão	1	5,6	0	0,0
Total	**18**	**100,0**	**19**	**100,0**

As doenças crônicas não transmissíveis e seus agravos são fatores importantes que podem comprometer a capacidade funcional do idoso. Com o envelhecimento, essas morbidades representam a principal causa de incapacidade e mortalidade em todo o mundo (DANTAS et al., 2006). Por outro lado, se forem precocemente identificadas e adequadamente tratadas poderá haver redução na mortalidade e nos gastos com a saúde, além da melhoria da qualidade de vida dos idosos (MAIA; DUARTE; LEBRÃO, 2006).
A presença de outras doenças foi relatada por 55,6% dos idosos de Santa Cruz, sendo a osteoporose a mais citada (27,8%). Em Natal, o número de idosos que afirmaram possuir outras doenças foi menor, com 42,1%, entretanto, também houve prevalência da osteoporose, com 26,3%. Estudo mostra que a incapacidade funcional para a realização das atividades de vida diária esteve presente em 36,9% dos idosos com osteoporose, influenciando em sua qualidade de vida (SANTOS et al., 2012).
Referente ao uso de medicamento apenas um idoso, que reside no município de Santa Cruz, não fazia uso de medicação. No mesmo município, 27,8% dos idosos faziam uso de duas medicações, sendo as mais citadas os anti-hipertensivos, citados por cinco idosos, e os antidiabéticos, citados por quatro idosos; e 11,1% dos idosos relataram não saber o nome da medicação que faziam uso. Em Natal, 42,1% dos pesquisados tomavam apenas uma medicação e os anti-hipertensivos minerais foram os mais citados, sendo usados por seis idosos; 5,3% dos idosos não sabiam o nome da medicação que faziam uso. A realização de atividades que visam facilitar a identificação dos medicamentos, como distribuição de suporte de medicamentos, utilização de fitinhas de cores diferentes para diferenciá-los e promover controle para indicar que os idosos estão tomando os medicamentos de forma correta e regular, são algumas atividades que auxiliam os idosos a minimizar o risco de erro (REIS; VENTURA, 2013).
Quando questionados sobre a dor, 77,8% dos idosos de Santa Cruz afirmaram ter sentido dor na última semana e 72,2% afirmaram que se trata de uma dor crônica. Em Natal, apesar do percentual ser menor, ainda é elevado o número de idosos que sentiram dor na última semana, com 63,2%, prevalecendo a dor crônica em 42,1%. A dor na coluna foi a mais citada entre os idosos do município de Santa Cruz, com 27,8%, seguida pelos idosos que afirmaram sentir dor em mais de um local do corpo (22,2%), e idosos com dor nos membros inferiores (MMII), com 11,1%. Em Natal, apesar de um número menor de idosos relatar a presença de dor, os que responderam positivamente, afirmaram sentir dor em mais de um local do corpo, com 31,6%, seguido pela dor nos MMII, com 15,8% (Tabela 2).

Tabela 2 - Caracterização das doenças dos idosos atendidos pela ESF em Santa Cruz/RN e Natal/RN. Natal/RN, 2014.

Caracterização da dor	**Santa Cruz**		**Natal**	
	N	**%**	**n**	**%**
Dor no corpo na ultima semana?				
Sim	14	77,8	12	63,2
Não	4	22,2	7	36,8
Tempo de dor				
Dor crônica	13	72,2	8	42,1

Não sente dor	4	22,2	7	36,8
Dor aguda	1	5,6	4	21,1
Tempo de dor	0	0,0	0	0,0
Local da dor				
Sem dor	4	22,2	7	36,8
Mais de um Local	3	16,7	6	31,6
MMII	2	11,1	3	15,8
Coluna	5	27,8	1	5,3
Abdome	1	5,6	1	5,3
Cabeça	0	0,0	1	5,3
MMSS	1	5,6	0	0,0
Tórax	0	0,0	0	0,0
No corpo todo	1	5,6	0	0,0
Quadril	1	5,6	0	0,0
Total	**18**	**100,0**	**19**	**100,0**

Muitos idosos convivem com a dor diariamente tentando manter a aparência de uma vida normal. Entre os motivos que levam os idosos a não se queixarem, estão o fato de eles estarem acostumados com a não-valorização da sua dor e o medo de serem mal interpretados ou tratados como poliqueixosos (Celich; Galon, 2009).

A dor interfere de maneira negativa na capacidade funcional dos idosos, que podem apresentar progressiva reclusão social, com tendência ao sedentarismo, perda de autoestima e abandono de autocuidados (REIS; TORRES, 2010). Por ser uma sensação subjetiva deve sempre ser considerada e os profissionais de saúde são responsáveis por fornecer orientações e intervenções com o objetivo de minimizar esse sofrimento (Celich; Galon, 2009).

É necessário que o controle da dor seja incluído como objetivo de programas de envelhecimento ativo, pois o seu controle ou a diminuição de sua intensidade constituem-se como estratégias para melhorar a capacidade funcional e a qualidade de vida dos idosos portadores de dores crônicas (DELLAROZA et al., 2013).

Conclusão

Não houve diferenças expressivas entre o perfil sociodemográfico dos idosos de ambos os municípios. Houve diferenças apenas no estado civil e situação de moradia, uma vez que em Santa Cruz metade dos idosos vivia com companheiro e a outra metade não, predominando idosos que moravam apenas com o companheiro; diferente do município de Natal, onde a maioria vivia sem o companheiro e moravam sozinhos.

Também não houve diferenças relevantes quanto ao perfil de saúde desses idosos. As doenças crônicas estiveram presentes em proporções semelhantes nos idosos de ambos os municípios, sendo a hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus os mais prevalentes.

Entretanto, ao avaliar as características da dor, pode-se verificar que o número de idosos que sentem dor é maior no município de Santa Cruz e que essa dor possui como característica predominante a cronicidade. Em Natal, apesar de a porcentagem de idosos que relataram sentir dor ser menor, os idosos afirmaram sentir dor em mais de um local do corpo, diferente do município de Santa Cruz, onde a dor predominante foi na região da coluna.

Espera-se que os resultados desse estudo possibilitem a realização de ações de promoção à saúde, voltadas para a realidade e demandas locais dos idosos atendidos pelas ESF, uma vez que essas ações são fundamentais para a promoção da qualidade de vida desses idosos.

Referências

ALVES, L. C., LEITE, I. C., MACHADO, C. J. Perfis de saúde dos idosos no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 utilizando o método Grade of Membership. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 535-546, 2008.

ARAÚJO, C. O. L., MONTEIRO, A. C. S. Qual a perspectiva da pessoa idosa em relação ao HIV/aids? **Kairós. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde.*** *v. 14, n. 5, p. 237-250, 2011.*

BARBOSA, M. H. et al. Avaliação da dor crônica em idosos institucionalizados. **Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n.1, p. 63-68, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Série Estudos e Pesquisas: Tábuas Abreviadas de Mortalidade por Sexo e Idade; 2010.

CELICH, K. L. S., GALON, C. Dor crônica em idosos e sua influência nas atividades da vida diária e convivência social. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.,** v. 12, n. 3, p. 345-359, 2009.

CLARES, J. W. B., et al. Perfil de idosos cadastrados numa Unidade Básica de Saúde da Família de Fortaleza-CE. **Rev Rene**, v. 12, n. esp., p.988-994, 2011.

DANTAS, C. M. H. L. et al. Capacidade funcional de idosos com doenças crônicas residentes em Instituições de Longa Permanência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 6, p. 914-920, 2013.

DELLAROZA, M. S. G. et al. Dor crônica em idosos residentes em São Paulo, Brasil: prevalência, características e associação com capacidade funcional e mobilidade (Estudo SABE). **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 325-334, 2013.

MAIA, F. O. M.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRAO, M. L. Análise dos óbitos em idosos no Estudo SABE. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 540-547, 2006.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA**: definições e classificações 2012-2014. Artmed, 2012.

OLIVEIRA, J. C. A.; TAVARES, D. M. S. Atenção ao idoso na estratégia de Saúde da Família: atuação do enfermeiro. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 3, p. 774-781, 2010.

REIS, L. A.; TORRES, G. V. T. Influência da dor crônica na capacidade funcional de idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Enferm**., v. 64, n. 2, p. 274-280, 2011.

REIS, L. A.; VENTURA, A. M. Fatores associados ao uso errado de medicamentos em idosos. **InterScientia**, v.1, n.3, p.39-49, 2013.

SANTOS, N. M. F. et al. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos com osteoporose. **Rev. REME,** v. 16, n. 3, p. 330-338, 2012.

VERAS, R. P. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. **Ciênc. Saúde coletiva,** v. 17, n. 1, p. 231-238, 2012.

VERAS, R. P. **País jovem com cabelos brancos: a saúde do idoso no Brasil**. 3. ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CARACTERIZAÇÃO DOS CASOS DE SUICÍDIO EM UMA CAPITAL DO NORDESTE BRASILEIRO: 2012 A 2013

Artur Acelino Francisco Luz Nunes Queiroz – UFPI (aacelino@hotmail.com)
Álvaro Francisco Lopes de Sousa – UFPI
ProfªMsª Adriana da Cunha Menezes Parente – UFPI

Palavras-chave:Suicídio.Saúde Pública. Morte

Resumo

Organização Mundial da Saúde conceitua o suicídio como sendo o resultado de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal. Considerado mundialmente um problema de saúde pública, tem sua incidência aumentada a cada ano, representando de 4 a 5 óbitos para cada 100 mil habitantes no Brasil. Os maiores aumentos de suicídio foram verificados na região Nordeste, que experimentou um incremento de 130% entre 1980 e 2006. O presente estudo teve como objetivo Caracterizar os casos de suicídio no município de Teresina – PI, no período de 2012 a 2013. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, retrospectiva, do tipo censitária. A análise do perfil sócio demográfico revelou predominância do sexo masculino, a faixa etária de de 20 a 44 anos, com grau de escolaridade referente da 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental(22,0% em 2012 e 31,9% em 2013). O enforcamento foi o mais meio utilizado nos dois anos estudado, as maiores porcentagens encontradas nos meses de dezembro (15,9%), maio (11,3%) e setembro (9,9%), e o menor número de casos foi registrado em julho (2,0%). 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 intervenções de caráter preventivo. A continuidade de estudos sobre o tema se faz necessária, através de análises epidemiológicas, sociológicas ou de representações sociais para, partindo destes estudos, obter um entendimento mais completo sobre o fenômeno e suas particularidades.

Introdução

Organização Mundial da Saúde conceitua o suicídio como sendo o resultado de um ato deliberado, iniciado e levado a cabo por uma pessoa com pleno conhecimento ou expectativa de um resultado fatal (Minayo, Meneghel, & Cavalcante, 2012). Considerado mundialmente um problema de saúde pública, tem sua incidência aumentada a cada ano, representando de 4 a 5 óbitos para cada 100 mil habitantes no Brasil. Os maiores aumentos de suicídio foram verificados na região Nordeste, que experimentou um incremento de 130% entre 1980 e 2006 (Boing, 2010).

O despreparo dos profissionais de saúde para lidar com tentativas de suicídio, principalmente reincidentes, é uma carência preocupante tendo em vista que uma primeira tentativa aumenta em 30% as chances de novas tentativas. O aumento dos números de suicídio em escala mundial torna urgente a necessidade da quebra do tabu a fim de prestar melhor apoio não só para as vitimas em casos de urgência e emergência, mas para possíveis vitimas, famílias, colegas e a própria equipe de saúde. O presente estudo teve como objetivo Caracterizar os casos de suicídio no município de Teresina – PI, no período de 2012 a 2013.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva, retrospectiva, do tipo censitária. O local de estudo foi o Instituto Medicina Legal (IML) do município de Teresina-PI. Teresina é a capital do Estado do Piauí, a qual conta com uma população absoluta de 836.475 mil habitantes segundo censo de 2013. O IML é uma instituição da Secretaria de Segurança Pública, fundado no dia 07 de agosto de 1985, o qual presta serviços de Polícia Científica na área de Medicina Legal.

Assim, o universo desta pesquisa contemplou todos os óbitos ocorridos em Teresina nos anos de 2012 e 2013 registrados como “Suicídio”, óbitos por Lesão Auto - provocadas Voluntariamente - CID 10.

Os dados foram digitados no programa Excel 2010 em dupla digitação e posterior validação, e analisados com a utilização do aplicativo Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 18.0. . Na análise estatística foram utilizadas medidas simples como: distribuição de freqüências, percentuais e cruzamento de dados.

Resultados e Discussão

A análise do perfil sócio demográfico revelou que houve predominância do sexo masculino em relação ao feminino, com distribuição de 80% dos casos em 2012 e 85,9% em 2013.

Em 2012 houve um predomínio dos indivíduos solteiros (40%), e em 2013 percebeu-se uma convergência de valores entre os participantes solteiros e aqueles casados/união estável apresentando valores muito próximos, 39,1% e 40,6% respectivamente. As faixas etária mais predominantes no estudo, em ambos os anos, foram indivíduos de 20 a 44 anos, 2012 (61,4%) e 2013 (59,4%). Durante a análise da escolaridade, nos dois anos estudados o maior percentual foram encontrados no grupo que possuía grau de escolaridade referente da 1ª a 4ª série do Ensino Fundamental, 22,0% em 2012 e 31,9% em 2013.

		TOTAL 2012	2013
		%	%
Sexo	Masculino	80	85,9
	Feminino	20	14,1
	Total	100	100
Estado Civil	Casado/União Estável	34,3	40,6
	Solteiro	40,0	39,1
	Divorciado/Separado	7,1	3,1
	Viúvo	4,3	1,6
	Ignorado	14,3	15,6
	Total	100	100
Faixa etária	10 a 14 anos	0	1,6
	15 a 19 anos	10,0	4,7
	20 a 44 anos	61,4	59,4
	45 a 60 anos	14,3	23,4
	Maior que 60 anos	11,4	9,4
Escolaridade	Sem Escolaridade	8,6	14,1

1ª a 4ª série do Ensino Fundamental	18,6	31,3
5ª a 8ª série do Ensino Fundamental	21,4	10,9
Ensino Médio	21,4	23,4
Superior Incompleto	11,4	9,4
Superior Completo	10,0	1,6
Ignorado	8,6	9,4
Total	100,0	100,0

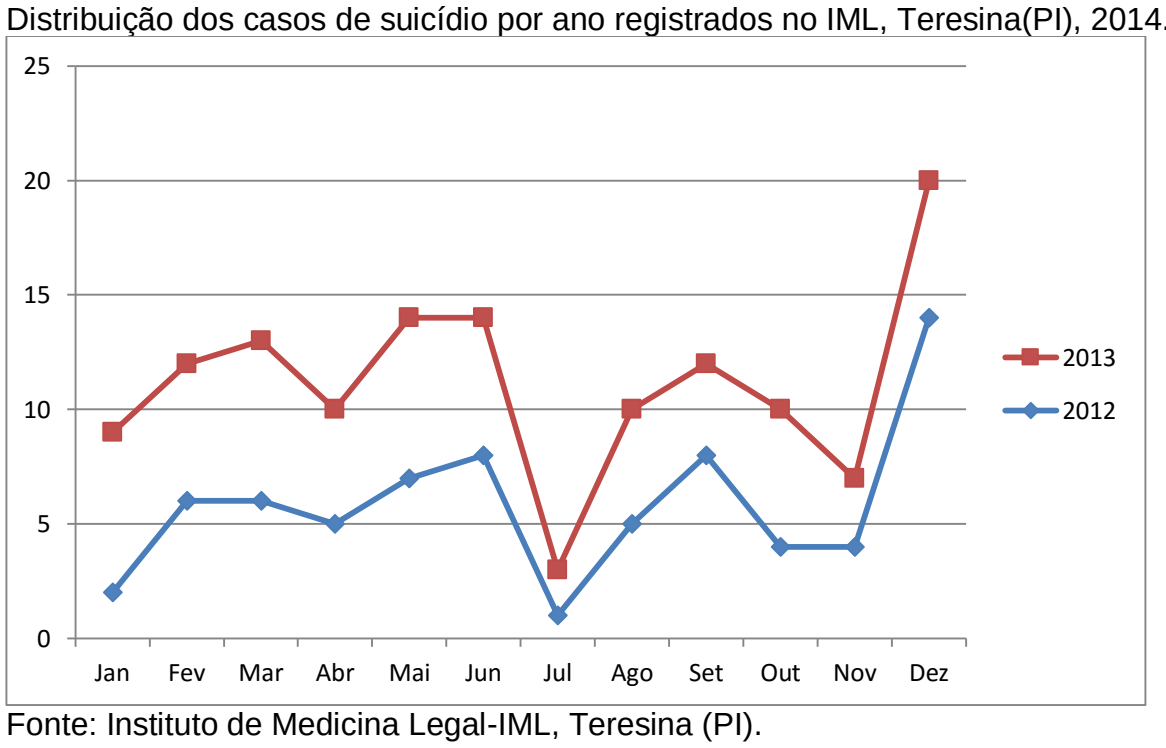
Distribuição dos casos de suicídio segundo o meio utilizado para registrados no IML, Teresina(PI), 2014.

		TOTAL 2012		2013	
		N	%	N	%
Meio utilizado	Envenenamento	7	10,0	9	14,1
	Atear fogo	5	7,1	0	0
	Queda	1	1,4	0	0
	Enforcamento	49	70,0	41	64,1
	Arma de fogo	4	5,7	6	9,4
	Outros meios	1	1,4	5	7,8
	Ignorado	3	4,3	3	4,7
	Total	70	100	64	100

Fonte: Instituto de Medicina Legal-IML, Teresina (PI).

O enforcamento foi o meio utilizado que obteve maiores índices nos dois anos estudado, 69,5% em 2012 e 63,8% em 2013, seguido de envenenamento, com 9,8% em 2012 e 14,5% em 2013. No período que compreende o estudo foram registrados casos de suicídio nas 5 zonas que compõe a cidade cenário do estudo. No ano de 2012 o Centro da cidade foi a zona com o maior numero de casos registrados, (23,2%), seguido da zona sul (14,6%). No período de 2013 a zona sul obteve o maior índice (18,8%), seguida pela zona rural (17,4%).

Distribuição dos casos de suicídio por ano registrados no IML, Teresina(PI), 2014.



Fonte: Instituto de Medicina Legal-IML, Teresina (PI).

Com relação a distribuição dos casos de ocorrência por horário, A tabela 6 demonstra a predominância de casos em 2012 no horário da manhã (35,4%), e em 2013 no horário da noite (42%). Não foi encontrada associação relevante frente ao horário em que o suicídio foi cometido. Em relação ao mês de ocorrência (Tabela 6) a presença de suicídio estendeu-se a todos os meses do ano, sendo as maiores porcentagens encontradas nos meses de dezembro (15,9%), maio (11,3%) e setembro (9,9%), ao analisar os dois anos. O menor número de casos foi registrado em julho (2,0%). A maior incidência de mortes por suicídio em homens tem se mostrado elevada, sendo associado a questões de gênero, como um comportamento mais impulsivo e violento, no qual os homens são estimulados desde criança a desenvolverem atividades destrutivas, hetero ou autoinflingidas (Corrêa & Barrero, 2006). Estudos epidemiológicos á respeito do suicídio afirmam que a razão de morte é entre três a quatro vezes maiores entre homens do que em mulheres. Uma análise superficial dos dados indicou altos índices de suicídio em grupos de casados nos dois anos avaliados. Ao correlacionar as categorias: Solteiro, Divorciado e Viúvo, que representam pessoas que vivem sozinhas, seus valores sobrepõe os óbitos entre Casados. O isolamento, ainda que parcial, pode causar um distanciamento social, fator de risco para o suicídio. O casamento funciona como uma proteção emocional e suporte facilitador para a superação de crises(Conte et al., 2012). A população do estudo foi composta em sua maioria de adultos, época em que a maioria dos transtornos psiquiátricos começa a manifestar sua sintomatologia de forma a alterar o cotidiano dos indivíduos, transtornos mentais são fatores de risco com 90% de associação com casos de morte autoprovocada. As profissões mais prevalentes foram as de Trabalhador Rural e Trabalhador em Construção Civil, ambas atividades braçais que representam um baixo nível econômico, por vezes acompanhada de uma baixa escolaridade, fatores considerados de risco e associados com o desenvolvimento de problemas psiquiátricos, uso de álcool e internações em hospitais psiquiátricos. Estudos realizados no Brasil indicam altos indicies de suicídio entre trabalhadores rurais, onde os autores expõem achados semelhantes onde os trabalhadores rurais adultos utilizavam o enforcamento como meio para o

suicídio. O enforcamento é um método correspondente á causa de 2000 mortes por ano e o método mais comum para suicídio no mundo, indivíduos percebem-no como um modo fácil e rápido de morrer, uma vez que é eficaz, rápido, limpo (pouco provável que danifique o corpo ou cause uma imagem perturbadora para a família), e de fácil acesso a seus materiais e implementação(Biddle et al., 2010). O maior número de casos nas Zonas Sul e Centro Norte pode estar relacionado a maior concentração populacional nestas localidades. O aumento de casos na zona rural é concordante com o alto numero de suicídios entre trabalhadores rurais. O mês de Dezembro, por indicar o fim de um ciclo, imbui os indivíduos de sentimentos de conclusão e finitude, o que os impulsiona a tomar atos para o fim da própria vida, também associado à proximidade com dois grandes feriados ocidentais que ocorrem ao final do ano: o Natal e o Ano novo. O ano novo força os indivíduos á encararem aspectos negativos do último ano, entre eles motivadores pessoais que o incentivem frente ao suicídio, enquanto o natal é, celebração relacionada á, relacionados á: consumo de bebidas alcoólicas, pressão familiar e social, pressão econômica e sentimentos de desesperança.

Conclusão

Houve uma prevalência de homens, entre 20 e 44 anos, o enforcamento foi o método mais escolhido, sendo o maior número de ocorrências aconteceu no mês de dezembro entre trabalhadores rurais que residem na zona rural de Teresina.
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 intervenções de caráter preventivo. A continuidade de estudos sobre o tema se faz necessária, através de análises epidemiológicas, sociológicas ou de representações sociais para, partindo destes estudos, obter um entendimento mais completo sobre o fenômeno e suas particularidades

Referências

AZEVEDO, M. E. A. et al. Factors and methods used in practice and in attempted suicide: a literature review / Fatores e métodos utilizados na prática e na tentativa do suicídio: uma revisão da literatura Revista de Enfermagem da UFPI, 31 dez. 2012. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/821>. Acesso em: 14 ago. 2014

BIDDLE, L. et al. Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: qualitative study. The British journal of psychiatry : the journal of mental science, v. 197, n. 4, p. 320–5, out. 2010.

Biddle, L., Donovan, J., Owen-Smith, A., Potokar, J., Longson, D., Hawton, K., … Gunnell, D. (2010). Factors influencing the decision to use hanging as a method of suicide: qualitative study. The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science, 197(4), 320–5. doi:10.1192/bjp.bp.109.076349

Boing, A. F. (2010). Suicide time trends in Brazil from 1980 to 2005 Tendência temporal do suicídio no Brasil no período 1980-2005. Caderno de Saúde Pública, 26(7), 1293–1302.

Conte, M., Meneghel, S. N., Trindade, A. G., Ceccon, R. F., Hesler, L. Z., Cruz, C. W., … Jesus, I. (2012). Programa de Prevenção ao Suicídio: estudo de caso em um município do sul do Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 17(8), 2017–2026. doi:10.1590/S1413-81232012000800013

Corrêa, H., & Barrero, S. P. (2006). Suicídio: uma morte evitável. Retrieved from http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=699500&indexSearch=ID

DURKHEIM, E.,O suicídio. SP: Martins Fontes, 2000

Minayo, M. C. de S., Meneghel, S. N., & Cavalcante, F. G. (2012). Suicídio de homens idosos no Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 17(10), 2665–2674. doi:10.1590/S1413-81232012001000016

CARACTERIZAÇÃO DOS ESTUDOS ACERCA DO USO DAS TECNOLOGIAS DA INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO ENSINO: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Carlos Colares Maia – Universidade Federal do Ceará (UFC) – Email: carloscolaresm@yahoo.com.br
Ana Paula Oliveira Queiroz - UFC
Océlia Vânia Bandeira Veras – UFC
Izaildo Tavares Luna – UFC
Neiva Francenely Cunha Vieira - UFC
Francisca Elisângela Teixeira Lima (Orientador) – UFC

Palavras-chave: Enfermagem. Multimídia. Ensino.

Resumo

As Tecnologias da Informação e Comunicação representam hoje, um avanço no processo de ensino-aprendizagem, haja vista a sua utilização cada vez maior no ensino. Diante disso, esse estudo teve como objetivo, caracterizar as publicações sobre TIC quanto aos aspectos metodológicos e temáticos. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente ao uso das tecnologias da informação e comunicação nos artigos de periódicos indexados nas seguintes bases de dados: PUBMED, LILACS e Science Direct. A busca aconteceu no período de Abril de 2014 e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estar disponível na íntegra nas referidas bases de dados; estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol; e ter como tema central o uso das TIC como ferramenta de ensino. Foram encontrados um total de 1.715 artigos. Após a leitura final do artigo completo foram selecionados 26 artigos que se adequaram aos critérios de inclusão. Quanto ao ano de publicação do estudo, foram encontradas publicações desde o ano de 2001. Os principais objetivos identificados nos artigos selecionados foram: desenvolver determinada tecnologia; avaliar conteúdo e aparência e/ou usabilidade; comparar resultados pedagógicos ao se utilizar metodologia de ensino padrão, e com o uso de determinada tecnologia; relatar a experiência da construção de determinada tecnologia, dentre outros. No que se refere à metodologia, 11 estudos foram do tipo metodológico, oito estudos experimentais e sete foram estudos descritivos. Portanto, conclui-se que as publicações sobre TIC estão sendo cada vez mais frequentes e o seu uso como recurso de ensino cada vez mais utilizado.

Introdução

A era digital possibilita aproximar as distâncias e acelerar o ritmo dos acontecimentos. As pessoas têm maior acessibilidade à informação, principalmente devido ao impacto promovido pelas Tecnologias da Informação e Comunicação (TIC) no trabalho e no dia-a-dia. O conceito de TIC é complexo, pois envolve todo o conjunto de processos e produtos derivados de hardware e software, suportes da informação e canais de comunicação, em busca do melhor tratamento e acesso, relacionados ao armazenamento, ao processamento e à transmissão digitalizada da informação (REIS, 2009).

A expansão do uso das TIC deu-se, principalmente, pelo barateamento de recursos, como a internet, e pela maior acessibilidade aos instrumentos digitais como computadores, smartphones, tablets, dentre outros (BERÇOT, 2011; DIAS et al., 2011). Diante disso, diversas tarefas do dia a dia passaram a ser auxiliadas pelas TIC, inclusive as atividades relacionadas à educação, sendo consideradas estratégias que possibilitam inovação ao processo educacional, além da articulação entre teoria, prática e pesquisa.

A adoção das TIC na educação trouxe mudanças significativas no processo de ensino e aprendizagem atuando como modificadora de comportamentos de docentes e discentes e das formas de relacionamento (RODRIGUES; PERES, 2013). É possível mostrar conteúdos e teorias aos alunos que antes não podiam ser demonstrados, por meio de simulações, animações, objetos de aprendizagem, dentre outros. Esses recursos podem ser utilizados no ensino presencial ou se fazerem presentes por meio da Educação a Distância (EaD) (FELDKERCHER; MATHIAS, 2011).

Fazem parte das TIC os procedimentos, os métodos e os equipamentos para processar informação e comunicar. Na educação, essas tecnologias podem ser aplicadas desde a formação inicial do aluno até a sua inserção na profissão, bem como no desenvolvimento profissional contínuo, determinando uma nova prática pedagógica (GALVÃO; PUSCHEL, 2012; GÓES et al., 2012). As principais TIC utilizadas como forma de disponibilizar o conhecimento são as hipermídias, que são instrumentos capazes de unir diversos tipos de recursos de mídias (figuras, vídeos, animações, áudios) e textos. Dentre as mais comuns podem ser citadas: softwares e Ambientes Virtuais de Aprendizagem (AVA) (LOPES, 2009).

Diante da relevância com que o tema vem sendo tratado no ensino de Enfermagem, resolveu-se verificar o que tem sido publicado sobre a temática nos periódicos científicos. Este estudo teve como objetivo, caracterizar as publicações sobre TIC nas bases de dados Scielo, Pubmed e Science direct quanto aos aspectos metodológicos e temáticos.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura referente ao uso das tecnologias da informação e comunicação nos artigos de periódicos indexados nas seguintes bases de dados: Publicações Médicas (PUBMED), Literatura Latino-Americana e do Caribe de informação em Ciências da Saúde (LILACS) e Science Direct.A revisão integrativa tem o potencial de construir conhecimento em enfermagem, pois produz um conhecimento fundamentado e uniforme para uma prática clínica de qualidade e reduz os obstáculos para utilização do conhecimento científico, tornando a informação mais acessível, uma vez que num único trabalho há a união de várias pesquisas, permitindo assim agilidade da divulgação do conhecimento(MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para elaboração dessa revisão integrativa, as seguintes etapas foram percorridas: estabelecimento da questão norteadora e dos objetivos da revisão integrativa, 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 sumarização das informações, e a última etapa foi constituída pela apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A busca aconteceu no período de Abril de 2014 e obedeceu aos seguintes critérios de inclusão: estar disponível na íntegra nas referidas bases de dados; estar disponível nos idiomas português, inglês ou espanhol; e ter como tema central o uso das TIC como ferramenta de ensino. Foram utilizados como descritores controlados utilizados foram multimídia, ensino e enfermagem e suas respectivas traduções para o inglês (multimídia, teaching e nursing), de acordo com os descritores em ciências da saúde (DeCS) e fez-se uso do operador boleano AND. Reitera-se o uso dos descritores em português na LILACS e em inglês nas outras bases.

Foram encontrados um total de 1715 artigos, destes 90 estavam disponíveis eletronicamente, a partir de então foi realizada a leitura dos títulos dos quais foram selecionados 36 artigos. Após a leitura final do artigo completo foram selecionados 26 artigos que se adequaram aos critérios de inclusão. A distribuição final foi: 04 na Lilacs, 7 na Pubmed e 15 na Science Direct. Após a seleção dos estudos, os mesmos foram submetidos a leituras exploratórias e seletivas. A coleta de dados foi realizada por meio de um formulário contendo informações sobre a identificação do artigo, aspectos metodológicos do artigo, tipo de TIC, objetivo da TIC e temática da TIC. Os resultados obtidos serão apresentados na melhor forma de modo a permitir uma melhor compreensão dos mesmos, sendo a análise dos dados fundamentada na literatura pertinente à temática. Os aspectos éticos e legais serão respeitados, tendo em vista que serão utilizados artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais, cujos nomes dos autores serão devidamente referenciados após a citação de seus pensamentos.

Resultados e Discussão

A busca resultou em 1.715 artigos encontrados que, após passarem pelos critérios de inclusão e exclusão foram reduzidos a 26. Quanto ao ano de publicação e local de desenvolvimento do estudo, foram encontradas publicações desde o ano de 2001, porém é

notável um substancial aumento das publicações acerca da temática com o passar do tempo. Somente nos últimos cinco anos as publicações corresponderam a 88,6% do total encontrado.

A maioria dos estudos foi desenvolvida no Brasil (34,6%), destes, sete (26,9%) foram realizados em São Paulo, um no Rio de Janeiro e um em Minas Gerais (cidade de Divinópolis). Quanto aos estudos desenvolvidos nos EUA, dois foram desenvolvidos em Minnesota, um na cidade de Madison e um na cidade de Portland. No Reino Unido, três cidades desenvolveram estudos: Nottingham, Bournemouth e outra em parceria com a Malásia a qual não foi citado o nome no estudo. Além desses, foi encontrado um estudo em cada um dos seguintes países: Portugal, Austrália, Canadá, Egito, China, Malásia, Tailândia e Turquia. Apesar da localização de desenvolvimento dos estudos ter sido bastante diversificada, percebe-se que os objetivos e a metodologia se repetiam, muitas vezes.

Os seguintes objetivos foram identificados no estudo: (11) desenvolver determinada tecnologia; (10) avaliar conteúdo e aparência e/ou usabilidade; (08) comparar resultados pedagógicos ao se utilizar metodologia de ensino padrão, e com o uso de determinada tecnologia; (05) relatar a experiência da construção de determinada tecnologia; e, (02) determinar fatores que influenciam o uso das TIC. No que se refere à metodologia, 11 estudos foram do tipo metodológico, oito estudos experimentais e sete foram estudos descritivos.

Percebe-se que mesmo com todas as diferenças existentes entre os países que desenvolveram os estudos, há uma concordância quanto ao método utilizado. Ressalta-se ainda a importância da avaliação das tecnologias desenvolvidas, já que apenas dois estudos não citaram nenhum método de avaliação da tecnologia. Além disso, oito publicações descreveram experiências com estudos experimentais, considerados de alto nível de confiança para avaliar a eficácia das TIC.

As TIC vem sendo empregadas no ensino de diversas formas, a utilização do método *Computer assisted instruction* (CAI), ou seja, instrução assistida por computador foi o mais prevalente, pois esteve presente em 25 estudos, dentre estes, ressalta-se a utilização de recursos que possibilitam a educação baseada na web em 18 publicações. Essa maioria decorre pela facilidade cada vez maior de utilização da internet e expansão da educação à distância. Os principais recursos utilizados para esse fim foram: AVA, videoaula por *streaming*, MUVE.

Outro assunto que vale destacar é que, embora cada autor defina a TIC utilizada de determinada forma, todos os artigos abordaram hipermídias, já que estas são caracterizadas pela utilização de vários tipos diferentes de mídias: imagens, sons, áudios, vídeos, simuladores virtuais, animações, dentre outros. Ressalta-se ainda o objetivo comum de favorecer o processo de ensino aprendizagem seja de acadêmicos ou de profissionais, possibilitando novas abordagens pedagógicas.

Conclusão

Percebe-se que ao longo dos anos, as Tecnologias da Informação e Comunicação foram ganhando cada vez mais importância nas mais diversas áreas de estudo, destacando-se no ensino como ferramenta que auxilia e facilita o processo de ensino e aprendizagem.

Nesta pesquisa identificamos 26 estudos abordando as TIC no ensino dos quais a maioria foi desenvolvida no Brasil e publicada nos últimos cinco anos.

O desenvolvimento das TIC, a avaliação delas e a comparação entre o uso de tecnologia e o ensino tradicional foram os principais objetivos dos estudos. Prevaleceram os estudos do tipo metodológico.

A instrução assistida por computador foi a forma de ensino mais utilizada e o uso de ambientes virtuais de aprendizagem foi o mais comum.

As publicações sobre TIC estão sendo cada vez mais frequentes e seu uso como recurso de ensino cada vez mais utilizado. É preciso que os educadores sejam capacitados para utilizarem as novas tecnologias como recurso de ensino, pois estas podem oferecer muitos benefícios.

Referências

BERÇOT, F. F. **Desenvolvimento e avaliação de um software como recurso auxiliar ao ensino de imunologia básica.** 2011. 102 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Oswaldo Cruz, Pós-Graduação em Ensino em Biociências e Saúde, Rio de Janeiro, 2011.

DIAS, D. C.; ALVES, D. I.; FERNANDES, L. M.; GEMELLI, L. M. G. Ambiente virtual de aprendizagem como ferramenta para o estudo extra-classe e educação continuada.**Cogitare Enferm.,** v.16, n.3, p.565-8, Jul/Set. 2011.

FELDKERCHER, N.; MATHIAS, C. V. Tecnologias da informação e comunicação aplicadas à educação superior presencial e a distância: o ponto de vista dos professores. **Rev. educação e tecnologia**, v.15, n.3, 2010.

GALVÃO, E. C. F.; PÜSCHEL, V. A. A. Aplicativo multimídia em plataforma móvel para o ensino da mensuração da pressão venosa central.**Rev. Esc. Enferm., USP,** v.46, esp, p.107-15, 2012.

GÓES, F. S. N.; FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; FURTADO, M. C. C.; SCOCHID, C. G. S. Development and evaluation of an interactive virtual learning object on the diagnostic reasoning in nursing applied to preterm newborns.**Procedia - Social and Behavioral Sciences,** v.46, p. 617 – 623, 2012.

LOPES, E.M. **Construção e validação de hipermídia educacional em Planejamento Familiar**: Abordagem à anticoncepção. 2009. 140p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem. Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Fortaleza, 2009.

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. 758-764; 2008.

REIS, A. Tecnologias da Informação e da Comunicação na Educação em Saúde. O Caso da Formação em Enfermagem. **Relatec.**, v. 8, n.1, 2009.

RODRIGUES, R. C. V.; PERES, H. H. C. Desenvolvimento de Ambiente Virtual de Aprendizagem em Enfermagem sobre ressuscitação cardiorrespiratória em neonatologia. **Rev Esc Enferm**., v. 47, n. 1, p.235-41, 2013.

Agradecimentos

Esta pesquisa foi financiada com o auxílio do CnPQ.

CARACTERIZAÇÃO DOS HÁBITOS ALIMENTARES E ESTADOS NUTRICIONAL DE PRÉ-ESCOLARES DE UMA CRECHE SITUADA NO MUNICÍPIO DE TERESINA – PIAIUÍ

Cintya Maria Nunes de Santana (apresentador) – Universidade Estadual do Piauí. E-mail: cintya_santana20@hotmail.com
Alexandrina Raquel de Lima Marinho– Fundação Municipal de Saúde de Teresina.
Aurilene Soares de Souza (orientador) – Universidade Estadual do Piauí.
Luisa Mara Brito Santos – Universidade Estadual do Piauí.
Samila Cristiany de Jesus Bezerra – Universidade Estadual do Piauí.

Palavras-chave: Pré-escolares. Estado nutricional. Hábitos alimentares.

Resumo

No presente estudo objetivou-se identificar os hábitos alimentares e o perfil nutricional de pré-escolares pertencentes a uma creche do município de Teresina- Piauí. Observou-se que, dos pré-escolares avaliados em risco nutricional, 54% apresentou sobrepeso. Com

relação aos hábitos alimentares analisados, percebeu-se baixo consumo de verduras e frutas, elevada ingestão de leite e seus derivados, bem como elevada ingestão de carne vermelha.
A maioria das crianças apresentou o consumo diário de feijão, além de beber mais de quatro copos de água por dia e ingerir líquidos durante as refeições.
O consumo de refrigerantes foi elevado, assim como o hábito de alimentar-se em frente à televisão ou jogando videogame. Também se verificou que 78% costumam praticar algum tipo de esporte ou atividade como pular corda, brincar, correr e etc.
Diante dos resultados, percebeu-se a importância da promoção da alimentação saudável a esse público, pais e educadores para que se possam formar e ampliar hábitos alimentares mais saudáveis. Avaliou-se, portanto, como positiva a intervenção, sendo uma estratégia prática para o conhecimento dos hábitos alimentares e possíveis atividades de educação em saúde.

Introdução

A população brasileira tem incorporado hábitos alimentares de países desenvolvidos, isto é, um maior consumo de produtos industrializados em detrimento da ingestão de produtos regionais ou tradicionais, o que tem proporcionado o consumo de dieta com elevado teor lipídico e de carboidratos simples por adultos e crianças (VALENTE, 2009).
Conforme Oliveira, Silva, Alves et al (2012), estas práticas irregulares de alimentação podem levar ao aparecimento de diversas patologias como anemia ferropriva, desnutrição, obesidade e outros distúrbios nutricionais.
A fase pré-escolar (2 a 6 anos) constitui um período de grande importância, pois é um momento oportuno para a formação e consolidação de hábitos alimentares saudáveis (VALENTE, RYCHECKI e BRASIL,2010).
No período pré-escolar ocorre o início do vínculo entre a criança e o alimento, pois ela começa a utilizar seus sentidos, testando os sabores, texturas e cores dos alimentos para estabelecer seu poder de decisão sobre o que irão consumir (PINEZI e ABOURIHAN, 2011).
A alimentação adequada desse grupo etário tem repercussões ao longo de todo o seu crescimento e desenvolvimento, assim como a manutenção de sua saúde (BELLINASO, MORAES, SANTOS et al, 2012).
O acompanhamento da situação nutricional das crianças constitui um instrumento fundamental para a aferição das condições de saúde da população infantil bem como para o monitoramento d evolução da qualidade de vida da população em geral (VALENTE, RYCHECKI e BRASIL,2010).
Medir o crescimento e avaliar o desenvolvimento da criança é uma forma de conhecer e vigiar o seu estado de saúde geral. A avaliação de o perfil alimentar de pré-escolares é de primordial importância face à relevância da composição da dieta infantil para a manutenção de um estado nutricional adequado(ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA, 2005).
Face ao exposto, este trabalho tem como objetivo identificar os hábitos alimentares e o perfil nutricional de pré-escolares pertencentes a uma creche do município de Teresina- Piauí.

Metodologia

O presente estudo deu-se entre os meses de agosto a dezembro de 2013. As atividades ocorreram com pré-escolares de ambos os sexos em um Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) de Teresina, PI.
Inicialmente, realizou-se a avaliação antropométrica dos alunos, com o intuito de levantar o diagnóstico nutricional desse público. Para isso, os dados antropométricos foram obtidos através da pesagem e medição da altura. O peso foi aferido em balança do tipo eletrônica com capacidade de 120kg e precisão de 100g. As crianças foram pesadas descalças, sendo posicionadas eretas com os pés no centro da balança, com os braços esticados ao longo do corpo, sem se movimentarem. A mensuração da altura foi tomada com a utilização de uma fita métrica comum, fixada verticalmente com a escala invertida a uma parede lisa sem rodapé. As crianças foram posicionadas de costas e de pé, sem sapatos e nem adereços no cabelo, com os pés unidos encostados na parede. Os dados coletados foram repassados a uma ficha de avaliação antropométrica elaborada pelos autores e foram avaliados para a classificação do estado nutricional, de acordo com os índices Estatura/ Idade e Peso/ Estatura, segundo recomenda a Organização Mundial de Saúde.
Após as classificações encontradas, foram selecionadas as crianças em risco nutricional para o atendimento individual. Diante disso, realizou-se uma reunião com a direção da CMEI e com os pais para o planejamento dos atendimentos individuais. Nesse momento, apresentou-se um pedido de autorização (consentimento informado) para a assinatura dos pais ou responsáveis pelas crianças, bem como foi aplicado um questionário, elaborado para o estudo, sobre os hábitos alimentares das crianças e da família.
O questionário utilizado era composto por nove perguntas abertas e outras onze fechadas, abordando questões como preferências alimentares, consumo dos grupos de alimentos, freqüência de refeições, ingestão de água, hábito intestinal, alergias alimentares e consumo de sal/óleo da família. Após o preenchimento dos questionários, foram agendadas as consultas individuais.

Resultados e Discussão

O trabalho contou com uma amostra total de 60 pré-escolares, sendo que 67% (n=40) eram do sexo feminino e 33% (n=20) do sexo masculino. Do total da amostra, analisou-se que 22% (n=13) apresentavam risco nutricional, sendo 46% com baixo peso e 54% com sobrepeso. Os resultados encontrados neste trabalho estão de acordo com a tendência brasileira de diminuição das taxas de baixo peso associada ao aumento nas taxas de sobrepeso e obesidade.

Com relação aos hábitos alimentares analisados, observou-se que 77% e 61% apresentaram baixo consumo de verduras e frutas, respectivamente. Resultados semelhantes obtiveram Valente, Hecktheuer e Brasil (2010), que observaram a freqüência de consumo de duas vezes por semana para verduras e frutas.
Já quanto ao consumo de leite e seus derivados e da carne vermelha, verificou-se elevada ingestão desses alimentos, dos quais 92% ingerem alimentos do grupo do leite e 85% fazem o consumo de carne vermelha três vezes ou mais por semana.
O feijão, fonte de ácido fólico, fibras e ferro, também estar bastante freqüente na dieta dos pré-escolares, sendo o seu consumo diário feito por 62% das crianças.
No que concerne a freqüência das refeições, todas as crianças fazem mais de três refeições ao dia, e em relação ao consumo de água, 92% bebem mais de quatro copos de água por dia e ingerem líquidos durante as grandes refeições.
O consumo de refrigerante foi de três a mais vezes por semana para 92% dos pré-escolares. Os refrigerantes são responsáveis por cerca de 20 a 24% das calorias ingeridas por crianças e adolescentes de 2 a 19 anos, contribuindo desse modo para o excesso de calorias consumidas e para presença de cárie dentária (PINEZI e ABOURIHAN, 2011).
Conforme Valente, Hecktheuer e Brasil (2010), a inserção precoce desse tipo de alimento comprova adoção da cultura da alimentação globalizada, na qual se destaca a substituição de alimentos naturais por industrializados de baixo valor nutricional, rico em carboidratos simples e gorduras.

Quanto ao estilo de vida, verificou-se 78% costuma praticar algum tipo de esporte ou atividade como pular corda, brincar, correr e etc. Já quanto ao hábito de alimentar-se diante da televisão ou jogando videogame, 54% apresentam esta prática.

Conclusão

Com os resultados obtidos nesse trabalho, observou-se que a maioria das crianças apresentou um estado nutricional adequado, entretanto, dentre o grupo em risco nutricional, percebeu-se maior prevalência de sobrepeso.
Com relação ao consumo alimentar, verificou-se alguns hábitos irregulares como o baixo consumo de frutas e verduras, a elevada ingestão semanal de refrigerantes e o hábito de alimentar-se assistindo televisão ou brincando, tais práticas que podem corroborar para o risco nutricional apresentado.
Em face disso, percebe-se a importância da promoção da alimentação saudável a esse público, pais e educadores para que se possam formar e ampliar hábitos alimentares mais saudáveis, devendo estes estarem envolvidos diretamente no processo de educação nutricional, contribuindo para prevenir, assim, o desenvolvimento de diversas doenças. Avaliou-se, portanto, como positiva a intervenção, sendo uma estratégia prática para o conhecimento dos hábitos alimentares e possíveis atividades de educação em saúde.

Referências

ACCIOLY, SAUNDERS e LACERDA. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. Rio de Janeiro: Editora Cultura Médica, 2005.

BELLINSASO, J ; MORAES,C; SANTOS, C et al. Educação Alimentar com pré-escolares na promoção de hábitos alimentares.**Revista Ciências da Saúde**, Santa Maria, v.13, n.2, 2012. Disponível em:<http://sites.unifra.br/Portals/36/CSAUDE/2012-02/07.pdf>. Acessado em 20 de agosto de 2014.

VALENTE, T. **Perfil Alimentar e Nutricional de pré-escolares de uma creche institucional da cidade de Santa Maria- RS.** Santa Maria, 2009.

VALENTE, HECHTHEUER E BRASIL, 2010. Hábitos Alimentares e condições socioeconômicos de pré-escolares assistidos por uma creche no interior do Rio Grande do Sul. **Revista Brazil, I.Food Technol**, 2010. Disponível em: <http://bjft.ital.sp.gov.br/artigos/especiais/2010/artigos_bjb_v70ne/12_bjft_v13ne_13e0110.pdf>. Acessado em 20 de agosto de 2014.

OLIVEIRA, SILVA, ALVES et al . Hábitos Alimentares de pré-escolares: a influência das mães e da amamentação .**Revista Alimentação e Nutição**. V.23,n.3, 2012. Disponível em:<http://serv-bib.fcfar.unesp.br/seer/index.php/alimentos/article/viewFile/377/1693>. Acessado em 21 de agosto de 2014.

PINEZI,F e ABOURIHAN, C. Formação e desenvolvimento de habitos alimentares na pré-escola. Paraná, 2011. Disponível em:<http://www.unibrasil.com.br/pdf/nutricao/2011-2/7_tcc.pdf>. Acessado em 25 de agosto de 2014.

Agradecimentos

Agradeço a Deus e a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização desse trabalho.

CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA E OBSTÉTRICA DE PUÉRPERAS - ESTUDO DESCRITIVO

Alana Santos Monte- Universidade Federal do Ceará, alanasmonte@yahoo.com.br, Dafne Paiva Rodrigues – Universidade Estadual do Ceará, Ana Kelve de Castro Damasceno – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Parto Humanizado. Puerpério.

Resumo

O aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal por meio de tecnologias, muitas vezes desnecessárias, torna a mulher coadjuvante, destacando os profissionais de saúde como protagonistas no cenário de parturição. Diante disso, objetiva-se analisar os dados sociodemográficos e obstétricos das puérperas internadas no Alojamento Conjunto de uma Maternidade de Referência do Estado do Ceará. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, composto por uma amostra de 110 puérperas internadas no Alojamento Conjunto de uma maternidade secundária do Estado do Ceará.Verificou-se que a maioria das puérperas era jovem e tinha baixa escolaridade. 72,7% nasceram em Fortaleza, 70,9% não eram casadas 59,1% das mulheres exerciam afazeres domésticos, 85,5% possuíam alguma crença, 75,4% relataram ser pardas. Quanto à história obstétrica, 29,1% das mulheres engravidaram três ou mais vezes e 50,9% possuíam entre 2 e 8 filhos. 16,4% das puérperas tiveram pelo menos um aborto. Acerca do tipo de parto realizado, 44,4% foram

partos normais e 55,6% foram cirurgias cesarianas. Fica evidenciado, portanto a premente necessidade de melhores ações envolvendo o planejamento familiar, pois apesar de existirem políticas com esse enfoque, a prática assistencial é falha e, na maioria das vezes, se restringe meramente a entrega de contraceptivos, sem quaisquer atividades de educação em saúde que deem oportunidade para a mulher escolher o método que mais se adeque com seu organismo.

Introdução

A maternidade constitui uma das mais importantes experiências físicas e psicológicas na vida das mulheres. No entanto, o aumento de intervenções no ciclo gravídico-puerperal por meio de tecnologias, muitas vezes desnecessárias, torna a mulher coadjuvante, destacando os profissionais de saúde como protagonistas no cenário de parturição. Tal situação tem contribuído para a elevação dos índices de morbimortalidade materna e o desrespeito aos direitos reprodutivos (CORREA *et al.,*2010).

As taxas de mortalidade materna ainda são desproporcionalmente elevadas, considerando-se que nas últimas décadas houve melhoria de inúmeros outros indicadores de saúde das mulheres. A taxa de cesarianas no Brasil passaram de 32%, em 1994, para 52%, em 2010 (BRASIL,2010). No Ceará, a proporção de partos cesáreos, no período de 2005 a 2012, mais do que dobrou passando de 23,4% em 2005 para 49,1% em 2012 (CEARÁ, 2013).

Mulheres submetidas a cesáreas tiveram 3,5 vezes mais probabilidade de morrer (entre 1992–2010) e 5 vezes mais de ter infecção puerperal (entre 2000–2011) que as de parto normal. No período, a proporção de prematuros se elevou, mais nas cesáreas (7,8%, sendo 6,4% nos partos normais em 2010). Em 2010, hospitais privados apresentaram taxas maiores (63,6%) e maior aumento no período de 2006 a 2010 (14,0%); para os públicos, as taxas foram de 47,8% (federais), de 39,6% (estaduais) e de 34,0% (municipais) (BRASIL,2010).

A análise da tendência da Mortalidade Materna divulgada pela OMS em 2012 revela que o número de mulheres que morreram em consequência de complicações na gravidez, parto e puerpério diminuiu no período de 1990 a 2008 em 34%, passando de uma razão de 546 para 358 mortes por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2013).

No Ceará, no período de 1998 a 2012, foram confirmados 1.754 óbitos maternos com uma média anual de 117 óbitos maternos e mensal de 10 óbitos maternos. No período de 1988 a 2004 a razão da mortalidade materna (RMM) no Ceará apresentou uma tendência de estabilização, com uma média para o período de 85.7 por 100.000 nascidos vivos, sendo 4 vezes maior do que o aceitável pela OMS que é de até 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2013).

No entanto entre 2005 a 2011, verifica-se um decréscimo na RMM de 23,3% passando de 88.5 para 67.8 óbitos por 100.000 nascidos vivos, resultado atribuído ao Pacto Nacional pela redução da mortalidade materna, infantil e neonatal (CEARÁ, 2013).

Diante do exposto, a realização dessa pesquisa visa analisar os dados sociodemográficos e obstétricos das puérperas internadas no Alojamento Conjunto de uma Maternidade de Referência do Estado do Ceará, pois esses dados serão muito úteis para reorientar o modelo da assistência obstétrica, visto que o conhecimento do perfil das puérperas atendidas é essencial para o planejamento e direcionamento de políticas públicas que visem a promoção da saúde das mesmas.

Metodologia

Estudo de corte transversal, descritivo e com abordagem quantitativa. A população do estudo foi composta por puérperas que estavam internadas, por ocasião da resolução da gravidez, no Alojamento Conjunto – AC de uma maternidade secundária do Estado do Ceará.

Para que a amostra fosse considerada significante, foi realizado o cálculo amostral com a formula de população finita, resultando em uma amostra de 110 mulheres. Os dados foram coletados no período de junho a agosto de 2013.

Os dados quantitativos obtidos através dos questionários foram processados no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0. Conforme o preconizado pelo Conselho Nacional de Saúde do Brasil, em concordância com a Resolução nº 466/2012, o presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará e aprovado mediante o parecer nº 314.363.

Resultados e Discussão

Inicialmente, apresenta-se a análise e discussão das variáveis sócio-econômicas das puérperas adolescentes, conforme a Tabela 1.

Tabela 1– Distribuição no número de puérperas segundo características sociodemográficas. Fortaleza. Jun/Ago, 2013. (n=110)

	n	**%**	**Mediana (Desvio Padrão)**
Faixa etária			
13-19	36	32,7	
20-29	51	46,4	22 (± 6,45)
30-40	23	20,9	
Escolaridade			
Até 9 anos	64	58,2	
10 anos ou mais	46	41,8	
Naturalidade			
Fortaleza	80	72,7	
Demais cidades cearenses	26	23,6	
Outros estados	4	3,6	
Estado Civil			
Casada/união consensual	78	70,9	
Solteira	28	25,5	
Divorciada	1	0,9	
Viúva	3	2,7	
Ocupação Atual			
Do lar	65	59,1	
Doméstica	6	5,5	
Costureira	5	4,5	
Desempregada	7	6,4	
Outros	27	24,5	
Renda Familiar em Salário Mínimo*			678,00 (±666,5)

≤ 01 salário	24	21,8
01 salário	44	40
> mais de 01 salário	42	38,2
Religião		
Católica	59	53,6
Evangélica	34	30,9
Espírita	1	0,9
Sem religião	16	14,5
Raça		
Branca	12	10,9
Não branca	98	89,1

* Valor do salário mínimo vigente (R$ 678,00).

A idade das mulheres obteve a mínima de 13 e a máxima de 40 anos com a mediana de 22 anos e intervalo interquartil 6,45 anos. A faixa etária predominante foi o intervalo entre 20-29 anos com 51 (46,4%) mulheres. Em estudo realizado com puérperas assistidas em uma Maternidade Filantrópica no Espírito Santo, pode ser verificado que cerca de 54% das mulheres também encontravam-se na faixa etária de 20 a 29 anos, sendo assim, consideradas pertencentes ao grupo de menor risco obstétrico (LEITE, et al 2013).
A escolaridade das mulheres foi analisada em anos de estudo e um total de 64 (58,2%) puérperas relatou ter menos de 09 anos, ou seja, não chegaram a concluir o Ensino Fundamental, sendo considerado um fator de risco obstétrico pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). O máximo encontrado na amostra foi referente a 16 anos de estudo.
Em pesquisa realizada com puérperas adolescentes em uma maternidade de referência em Fortaleza, foi possível encontrar dados semelhantes visto que mais da metade da amostra (55,5%) possuiu o Ensino Fundamental Incompleto. Este fato é preocupante, particularmente por ser a educação sexual e de saúde reprodutiva, em parte, dependente da educação escolar (CAMINHA, et al 2012).
Quanto à naturalidade, 80(72,7%) das mulheres nasceram em Fortaleza. Este achado evidencia uma realidade cada vez mais frequente, na qual tem-se observado o deslocamento de pessoas para as grandes metrópoles, em busca de melhores condições de vida. Entretanto, esse aumento exacerbado e não planejado de pessoas nas capitais, originam graves problemas, gerando uma série de iniquidades sociais, que, por conseguinte, interferem diretamente na qualidade de vida da população.
Acerca do estado civil, 78 (70,9%) mulheres são casadas ou estão em união estável. Resultado similar aos estudos, realizados por Leite, *et al* 2009 e Gonçalves, *et al* 2012, que constataram que 83,6% e 79,8%, respectivamente, eram casadas ou viviam junto com o parceiro. Já no que concerne à ocupação atual, mais da metade da amostra 65 (59,1%) exerciam afazeres domésticos. Esses dados corroboram com os de uma pesquisa realizada com puérperas no Paraná, no qual mais da metade das mulheres (62,9%) não exercia atividade econômica, sendo 58,5% dona de casa. Entre as que exerciam atividade econômica, as principais atividades desempenhadas também eram a de empregada doméstica e costureira (NAGAHAMA; SANTIAGO,2008).
O fato das puérperas exercerem suas atividades no próprio lar, pode denotar uma dependência financeira em relação ao parceiro. Essa dependência pode estar mais relacionada ainda quando associada à baixa renda familiar, pois 68 (61,8%) das puérperas entrevistadas tinham renda familiar de até 1 salário mínimo. Tais achados evidenciam a atual estrutura familiar vitimada pela crise econômica, em que as novas famílias constituídas permanecem na casa de seus pais por não terem condições de manter um novo lar (DODT, *et al* 2010).
No concernente à religião, 94 (85,5%) possuem alguma crença, seja católica, evangélica ou espírita. Esses dados são semelhantes aos achados da pesquisa realizada em uma maternidade da rede pública de Fortaleza, no qual quase a totalidade da amostra 82 (92,3%) possuiu alguma religião (RIBEIRO, 2013). De acordo com Ellen; Julie; Stanislav, 2009, ser religioso é fundamental, pois favorece o entrosamento social, melhora a auto-avaliação da saúde e ainda reduz os sentimentos depressivos.
Indagadas acerca da raça, apenas 12 (10,9%) puérperas se consideraram brancas. Evidenciando o maior número de mulheres que relatam ser parda (75,4%), dado que está em consonância com pesquisa que aponta que aproximadamente 69% das puérperas assistidas em uma maternidade referem ser da raça/cor parda (LEITE *et al*, 2013). No Brasil como um todo, registra-se maior proporção de pessoas negras e pardas como usuárias do SUS (RODRIGUES; DOMINGUES; NASCIMENTO, 2011).

Os dados referentes à história obstétrica são descritos na Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição no número de puérperas segundo características obstétricas Fortaleza, Jun/Ago, 2013. (n=110)

CARACTERÍSTICAS OBSTÉTRICAS	**n**	**%**
Gestações		
1	51	46,4
2	27	24,5
3 a 11	32	29,1
Partos		
1	54	49,1
2	30	27,3
3 a 8	26	23,6
Abortos		
Nenhum aborto	92	83,6
1 a 3 abortos	18	16,4
Tipo do último parto		
Normal	48	44,4
Cesárea	62	55,6

A mediana do número de gestações foi de 2,0 (IQ ± 0,85), sendo 1, o número mínimo e 11, o máximo de gestações entre as mulheres. Ao analisar os dados, observa-se que 32 (29,1%) engravidaram três ou mais vezes. Foi verificado que 56 (50,9%) mulheres possuem entre 2 e 8 filhos. Corroborando com os achados, estudo que objetivou traduzir, adaptar e validar uma escala para ser aplicada com mulheres, verificou que 61,6% das mulheres tiveram duas ou mais gestações (RIBEIRO, 2013).
Quanto aos partos vivenciados, 54(49,1%) tiveram 1 parto. A análise dos abortos ocorridos entre a população mostrou que 18 (16,4%) mulheres tiveram pelo menos um aborto, dado este quase idêntico ao encontrado em estudo realizado com puérperas que tiveram o parto vaginal ou cesáreo nos dois hospitais de referência para atendimento ao parto pelo SUS no município de Maringá, no qual encontrou-se 16,3% de abortamentos (NAGAHAMA; SANTIAGO,2008).

O aborto tem colaborado para os elevados índices de mortalidade materna, tornando-se uma prática social visível, com consequências desastrosas para a saúde da mulher, sendo a terceira causa de morte materna no Brasil. As complicações decorrentes do abortamento inseguro levam à necessidade de atendimento emergencial em saúde (TEIXEIRA; GUIMARÃES, 2012).
Acerca do tipo de parto realizado, 48 (44,4%) foram partos normais e 62 (55,6%) foram cirurgias cesarianas. Realidade presente a nível nacional, pois o Brasil é considerado um dos países que mais pratica este tipo de parto. No entanto, esse dado é considerado alarmante, visto que a qualidade do cuidado obstétrico tem como um dos principais indicadores a taxa de cesarianas realizadas no país, logo quando a taxa apresenta-se elevada, o país passa a ser alvo de debates e críticas (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2008).
Diversas mulheres têm a decisão de realizar esta cirurgia (cesárea eletiva) como um reflexo da vontade de não sentir a dor do parto, pois as mesmas consideram a cesárea como uma forma "antidolorosa" de ter filhos, demonstrando desinformação sobre a dor pós-cesárea e sua interferência no estabelecimento dos cuidados com o recém-nascido. No entanto, a dor pós-operatória é inerente à cesariana, visto que é uma que demanda cuidados da equipe médica e de enfermagem, sobretudo para o alívio da dor pós-operatória (SELL *et al*, 2012).
Já a satisfação, preferência ou vantagens associadas ao parto normal, pelas mulheres, são independentes das experiências anteriores de via de parto, no qual foram encontradas em descrições como: pouco sofrimento, recuperação mais rápida, requerer menores cuidados, sentir menos dor após o parto, a possibilidade de voltar às atividades diárias e ter alta hospitalar mais cedo (VELHO *et al*, 2012).

Conclusão

Percebe-se a maior frequência de mulheres jovens, com baixo nível de escolaridade, menor acesso à educação e reduzida renda familiar. Com relação à história obstétrica, fica evidenciado, portanto a premente necessidade de melhores ações envolvendo o planejamento familiar, pois apesar de existirem políticas com esse enfoque, a prática assistencial é falha e, na maioria das vezes, se restringe meramente a entrega de contraceptivos, sem quaisquer atividades de educação em saúde que deem oportunidade para a mulher escolher o método que mais se adeque com seu organismo.
Diante do exposto, sugere-se a ação do profissional de saúde, com destaque para o enfermeiro na realização de palestras dirigidas às gestantes e puérperas, utilizando recursos didáticos que os toquem para a importância do parto normal, o uso de métodos contraceptivos a fim de evitar um grande número de abortos. É importante também que haja uma sensibilização da equipe multiprofissional em relação ao trabalho com gestantes, incentivando seu maior empenho nos programas de assistência a esse grupo, desenvolvendo atividades a partir das necessidades apontadas por elas, o que contribuirá na sua formação para a vida e o mundo. Para tanto, é necessário que a equipe de saúde da família esteja capacitada a dar continuidade a ações de promoção da saúde junto a esta população, no que se tratam as intervenções educativas realizadas pelo enfermeiro no cenário da saúde.

Referências

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1,feb. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em:03 Out 2011.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (Brasil). **O modelo de atenção obstétrica no setor de Saúde Suplementar no Brasil**: cenários e perspectivas. Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL.Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. As cesarianas no Brasil: situação no ano de 2010, tendências e perspectivas. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.

Caminha NO, Monte AS, Freitas LV, Damasceno AKC. Caracterização de puérperas adolescentes quanto à utilização de métodos contraceptivos préviosCienc Cuid Saude 2012 Jul/Set; 11(3):514-521

CEARÁ. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiologica, 2013.

CORRÊA, A. C. P.; ARRUDA, T. M.; MANDÚ, E. N. T.; TEIXEIRA, R. C.; ARANTES, R. B**.** Humanização da assistência à puérpera: concepções de profissionais de enfermagem de um hospital público.**Cienc Cuid Saúde,** v.9, n.4, p. 728-735, 2010.

Dodt RCM, Oriá MOB, Pinheiro AKB, Almeida PC, Ximenes LB. **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UM ALOJAMENTO CONJUNTO.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2010 jul/set; 18(3):345-51.

DIAS, M. A .B. Humanização da assistência ao parto:conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública**. 2006. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança)- Departamento de Ensino e Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ,** Instituto Fernandes Figueira / FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2006.

ELLEN, L. I.; JULIE, M.; STANISLAV, K. Religion and the Quality of Life in the Last Year of Life. **J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci**., v. 64B, n.4, p. 528–537, 2009.

Gonçalves MLC, Silva HO, Oliveira TA, Rodrigues LV, Campos ALA. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS NO MUNICÍPIO DE IGUATU – CE. Rev Bras Promoç Saúde, Fortaleza, 25(2 Supl): 33-39, abr./jun., 2012.

Leite, F. M.C, Tatiane Kely Oliveira Barbosa2, Jéssika Santiago Mota2, Luciana de Cássia Nunes Nascimento3, Maria Helena Costa Amorim4, Cândida Caniçali Primo.**PERFIL SOCIOECONÔMICO E OBSTÉTRICO DE PUÉRPERAS ASSISTIDAS EM UMA MATERNIDADE FILANTRÓPICA.** Cogitare Enferm. 2013 Abr/Jun; 18(2):344-50

Leite FMC, Amorim MHC, Nunes GF, Soares MFS, Sabino NQ. Perfil sociodemográfico e obstétrico de puérperas internadas em uma maternidade de alto risco no município da Serra, ES. Rev. Bras. Pesq. Saúde. [Internet] 2009;11(1) [acesso em 13 mar 2011]. Disponível: http://periodicos.ufes.br/RBPS/article/view/444

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 24, n. 8,ago.2008 .

NASCIMENTO, N. M.; PROGIANTI, J. M.; NOVOA, R. I.; OLIVEIRA, T. R.; VARGENS, O. M. C. Tecnologias não invasivas de cuidado no parto realizadas por enfermeiras: a percepção de mulheres. **Esc. Anna Nery**,Rio de Janeiro, v. 14, n. 3,set. 2010.

RIBEIRO, S.G. Tradução, adaptação e validação do 'The mother generated índex' para uso no Brasil/ Samila Gomes Ribeiro. – Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Ceará. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2013. 121 f. : il.

Rodrigues QP, Domingues PML, Nascimento ER. **PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2011 abr/jun; 19(2):242-8.

SELL, Sandra Elisa et al **Priscilli Carvalho Beresford[II]; Heloisa Helena Zimmer Ribas Dias[III]; Olga Regina Zigelli Garcia[IV]; Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos[V]**. Olhares e saberes: vivências de puérperas e equipe de enfermagem frente à dor pós-cesariana. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 4, Dec. 2012 .

TEIXEIRA, L. B.; GUIMARÃES, J. P .Abortamento inseguro no Brasil: magnitude do problema, atendimento emergencial e uso de contracepção de emergência. **Rev. Saúde Desenvol.,** v. 1, n. 2, 2012.

VELHO, Manuela Beatriz et al . **Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos[II]; Odaléa Maria Brüggemann[III]; Brígido Vizeu Camargo[IV]** Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres.**Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, June 2012 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200026&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2013. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200026.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DE IDOSOS COMO ESPAÇO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: UMA EXPERIÊNCIA NO NORDESTE BRASILEIRO.

Suzanne Vieira Saintrain[1], Janaína Oliveira Braga[2], Paulo Leonardo Ponte Marques[3], Cleoneide Paula de Oliveira[4], Anya Pimentel Fernandes Vieira[5], Maria Vieira de Lima Saintrain[6].

1. Universidade de Fortaleza. E-mail: suzannevieira@hotmail.com
2. Universidade de Coimbra – Portugal.
3. Universidade de Fortaleza.
4. Universidade de Fortaleza.
5. Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.
6. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Idoso. Promoção da Saúde. Convivência.

Resumo

O envelhecimento da população é um fenômeno percebido a nível mundial e requer suporte adequado para as necessidades das pessoas idosas. O objetivo deste estudo foi utilizar centros de convivência como local facilitador no processo de aprendizagem para idosos, com vistas à Promoção da Saúde. Tratou-se de uma pesquisa quantitativa e de intervenção educativa realizada em seis centros de convivência de idosos do Município de Fortaleza, Ceará-Brasil. Inicialmente, um questionário foi aplicado aos idosos para identificar suas características socioeconômicas, epidemiológicas, fatores determinantes e condicionantes da saúde, incluindo hábitos e atitudes. As

atividades foram construídas a partir das necessidades resgatadas da própria realidade dos idosos. Desenvolveram-se, em cada centro, quatro atividades educativasvisando promover desempenhos inerentes à Promoção da Saúde, tanto no contexto do cuidado como nos aspectos sociais e familiares. Participaram 296 idosos cuja idade variou de 60 a 90 anos, média de 69,95 anos,predominando o sexo feminino (97%). Os idosos apreenderam como essencial: a) reeducarem-se quanto os hábitos alimentares; b) incluírem atividades físicas como promotoras de saúde; c) levantar e discutir questões de riscos à saúde relacionados aos hábitos deletérios como violência, tabagismo, álcool e outras drogas; d) reconhecer a saúde bucal como integrante para a saúde; e, e) elegeram a "roda de conversa" como tática Promotora de Saúde por facilitar troca de experiências e reforçar laços de amizade. Concluiu-se a importância dos centros de convivência para planejar e realizar ações promotoras de saúde junto à pessoa idosa.

Introdução

O processo de envelhecimento da população é um fenômeno que vem sendo percebido a nível mundial. A expectativa de vida ao nascer, que reflete o nível de mortalidade da população, teve em 2009 uma média global de 68 anos, com variação de 57 a 80 anos. No Brasil, neste mesmo ano, essa média foi de 73 anos (IBGE 2010; OMS, 2012).

Essa expectativa tem crescido constantemente, especialmente para população com 60 anos e mais, requerendo que a sociedade esteja preparada para um suporte adequado nesta faixa etária. Ainda que os avanços científicos e tecnológicos nas últimas décadas tenham permitido uma melhor qualidade de vida, à proporção que o envelhecimento vem ocorrendo, ainda representa um grande desafio para o sistema de saúde (KALACHE, 2008).

Embora a enfermidade não seja uma consequência do avanço da idade, pode ocorrer um aumento na prevalência de doenças decorrente das mudanças de hábitos, acarretando naturalmente o sedentarismo e modificação no estilo de vida dos idosos (BARBOSA et al, 2012).

Neste contexto, o alicerce para o desenvolvimento de doenças crônicas é desencadeado a partir de fatores de risco comuns e em grande parte modificáveis. Falta de atividade física, alimentação inadequada, excesso de álcool, consumo de tabaco, dentre outros, contribuem para redução na qualidade de vida (OMS, 2012). Portanto, o processo de envelhecimento necessita ser acompanhado para a melhoria da saúde da pessoa idosa (BARBOSA et al, 2012).

A Promoção da Saúde para pessoas idosas deve ter como foco a manutenção das relações sociais no suporte de suas necessidades de atividades diárias. Portanto, a Promoção da Saúde deve, se possível, ocorrer em grupos, onde estas relações possam ser formadas (FAGERSTRÖM, 2010).

Desta forma, é primordial a disseminação de informações e conhecimentos que possam de maneira oportuna, estar disponível para os profissionais de saúde e para a população em geral, permitindo que sejam utilizados em benefício próprio para melhoria das condições de saúde (OMS, 2012).

Um dos métodos a serem utilizados para tal é a realização de atividades educativas por profissionais de saúde, compreendidas como um conjunto de múltiplas experiências organizadas para despertar nos participantes o desejo de agir em prol da própria saúde, facilitando a decisão para escolha de hábitos e atitudes mais saudáveis (MELO et al, 2009).

Os centros de convivência para idosos constituem espaços sociais que permitem aos mesmos, de forma espontânea, levantar problemas e participar de discussões sobre seu cotidiano. Considerando que a educação problematizadora, participativa e dialógica, contribui para o diagnóstico da situação, a intenção dos pesquisadores foi de encontrar estratégias para oferecer Educação em Saúde às pessoas idosas pelo resgate de sua capacidade de interagir e de empoderamento na busca da Promoção da Saúde.

O objetivo do experimento consistiu em utilizar centros de convivência como local facilitador para desenvolver processo de aprendizagem para idosos, com vistas à Promoção da Saúde a partir de atividades construídas e planejadas com base na realidade.

Metodologia

Tratou-se de uma pesquisa quantitativa e de intervenção educativa realizada através de um estudo exploratório e descritivo que identificou características epidemiológicas relacionadas aos fatores determinantes e condicionantes da saúde, incluindo hábitos e atitudes vivenciados por idosos.

Teve como campo de estudo centros de convivência de idosos agregados a seis secretarias executivas regionais (SER). De um total de 25 centros administrados pelo Poder público municipal, e que têm como finalidade desenvolver atividades sociais e culturais, foram selecionados por sorteio seis centros, cada um representando uma SER. A média de participantes por centro foi de 49 idosos.

Adotou-se como critério para a inclusão na pesquisa, pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, frequentadoras dos referidos centros de convivência, que tivessem capacidade intelectual para responder às questões, e que se propuseram a participar das atividades educativas em prol da Promoção da Saúde. As entrevistas ocorreram de forma censitária, quando das reuniões semanais, não havendo recusa nem perda de participantes. Esta experiência foi realizada em duas etapas.

Primeiramente, aplicou-se em 296 idosos um questionário estruturado com finalidade de identificar os problemas, na realidade dos entrevistados, para o planejamento de atividades educativas e promotoras de saúde. Versou sobre dados relativos a fatores locais e sistêmicos, tais como: doenças auto-referidas, uso de medicamento, fluxo salivar, hábitos de higiene oral, uso de prótese dentária, e variáveis sobre hábitos e atitudes no cotidiano dos idosos. Os dados foram organizados por meio do *software* "Statistical Package for Social Science" – (SPSS Co. Chicago, IL. USA) para Windows versão 15.0.

No segundo momento, foi elaborado o planejamento das ações educativas pautado em suas necessidades, visando promover o empoderamento dos mesmos inerentes à Promoção da Saúde, tanto no contexto do cuidado em saúde como nos aspectos sociais e familiares. Utilizaram-se como materiais didáticos cartazes com orientações, espelho para a realização do auto-exame bucal e macro modelo para facilitar a orientação sobre prevenção da cárie, doença periodontal e cuidado com as próteses dentárias.

Em cada centro de convivência foram desenvolvidas, semanalmente, quatro atividades educativascom duração média de sessenta minutos. Os principais problemas aflorados, tais como hipertensão, diabetes, osteoporose, problemas bucais, limitação funcional, isolamento, maus tratos, depressão, dentre outros, foram discutidos em duas sessões de "roda de conversa". O projeto foi aprovado pelo COÉTICA da UNIFOR e um Termo de Autorização foi assinado pelo coordenador de cada centro de convivência e pelos idosos participantes.

Resultados e Discussão

Participaram da pesquisa 296 idosos cuja idade variou de 60 a 90 anos, média de 69,95 anos, DP ± 6,569. Dentre os participantes predominou os do sexo feminino [258 (87,2%)]. Na tabela 1 podemos observar a distribuição de frequência das variáveis sócio-econômicas destes idosos.

Tabela 1. Distribuição de frequência das variáveis sócio-demográficas.

Variables	**N**	**%**
Age		
60 a 70 anos	173	58.4
Acima de 70 anos	123	41.6
Estado Civil		
Solteiro	41	13.8
Casado	95	32.1
Viúvo	124	41.9
Divorciado	36	12.2
Grau de Instrução		
Sem instrução	134	45.3
1º grau incompleto	153	51.7
2º grau incompleto	07	2.4
Nível superior	02	0.7
Renda		
Até 1 salário mínimo	290	97.9
Tempo de Frequência no Centro de Convivência (anos)	79	26.6
0 - 1	101	34.2
2 - 5	94	31.8
6 - 15	22	7.4
≥ 15 anos		
Relacionamento com familiares		
Razoável	57	19.3
Bom	187	63.2
Ótimo	34	11.5
Ruim/Péssimo	18	6.0
Com quem reside		
Filhos/Netos	152	51.3
Marido/Filhos	84	28.4
Sozinho	32	10.8
Mãe/Irmãos	15	5.1
Outros	13	4.4
Sente dificuldade em realizar suas atividades diárias	107	36.1
Atividades que gosta de fazer		
Dançar/Ginástica/Brincar	147	49.7
Rezar/Cantar/Conversar	68	23.0
Atividades manuais/Cursos	58	19.6
Outros	23	7.8
Como se considera		
Tranquilo	174	58.8
Estressado	84	28.4
Ansioso	38	12.8

Pela Tabela 2 visualiza-se a frequência das variáveis médico-odontológicas resgatada pelos idosos.

Tabela 2. Distribuição de frequência das variáveis médico-odontológicas.

Variáveis	N	%
Visita ao médico no último ano	231	78.0
Doenças autoreferidas		
Cardiovasculares	166	52.1
Músculo-esqueléticas	142	48.0
Neurológicas	96	17.2
Visita ao dentista no último ano	80	27.0
Motivo da última visita ao dentista		
Confecção de prótese	130	43.9
Extração dentária	118	39.9
Prevenção/Tratamento restaurador	48	16.2
Frequência da escovação diária		
1-2 vezes	208	70.3
3-4 vezes	88	29.7
Escova língua	190	64.2
Usa fio dental	29	9.8
Usa substância para bochecho]]]	119	40.2
Uso de prótese dentária	220	74.3
Sente ardência bucal	50	16.9
Sente gosto diferente (amargo/salgado/ruim) na boca	123	38.2
Sua gengiva sangra	27	9.1
Acha que tem mau hálito	87	29.4

Nesta pesquisa, a predominância do sexo feminino (97%) assinala a feminilização da velhice no Brasil expressada pelos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Brasil, 2010) apontando na faixa etária de 60 anos ou mais, o total de 11.434.487 mulheres para 9.156.112 homens. Considerando como referência o salário mínimo de R$ 380,00 – trezentos e oitenta reais-, detectou-se que os idosos, destes centros de convivência, pertenciam ao grupo social de baixa renda.

Já no primeiro momento, discutiram sobre seu dia-a-dia, conheceram necessidades uns dos outros e procuraram encontrar estratégias de solução. Discussão relevante sobre alimentação saudável veio à tona, certamente pelo grande percentual de doenças crônicas, dentre elas, as cardiovasculares. Este fato apóia a visão de Hussein e Damhougy (2011) de que um programa de promoção de saúde nutricional para as necessidades específicas da pessoa idosa deve ser desenvolvido com base nas diretrizes dietéticas para as pessoas mais velhas.

A análise do tempo de frequência no centro de convivência aponta que a maioria dos idosos (73,4%) participa de atividades em comum há pelo menos dois anos. Dentre os participantes, 45,3% (n=134) também frequenta outros locais, o que remete a benefícios ainda maiores do ponto de vista do desenvolvimento de ações preventivas e de bem estar coletivo, que se somam às experiências pessoais.

O fato de a maioria dos idosos (93,2%) estar presente nos seis centros de convivência pelo menos duas vezes por semana, reforça que estes espaços são propícios para desenvolver ações de Educação em Saúde. Bittar e Lima (2012) relatam em pesquisa que o impacto das atividades em grupo, como estratégia de Promoção da Saúde na senescência, demontrou que os idosos tiveram a possibilidade de resgatar valores e sentimentos que nesta idade às vezes são esquecidos.

A ausência do cônjuge foi considerada importante fator relacionado à solidão, lazer e cuidados pessoais, influenciando de forma ativa nos fatores determinantes e condicionantes da saúde, vista que 68% dos idosos encontram-se sozinhos (solteiro, viúvo, separado). Neste contexto, a intervenção não-médica ou "prescrição social", torna-se técnica utilizada para promoção da saúde mental e bem-estar geral, assim como suportes sociais principalmente para os grupos socialmente isolados como os idosos e pessoas com condições crônicas (DAVIES, 2010). O percentual de idosos residindo com filhos e netos (51,3%) corrobora no fato de que o centro de convivência possa ser espaço possibilitador para integração entre seus participantes e pessoas mais próximas.

Ressaltando problemas relacionados com a saúde sistêmica, os idosos, pelas dramatizações, apreenderam como essencial: a) Reeducarem-se quanto a alimentação, sobretudo o controle do sal e açúcar; b) Incluírem os exercícios físicos, fazer caminhada, lazer, oração, a dança, canto e trabalhos manuais, como atividades promotoras para amenizar a tristeza, limitação funcional, isolamento, depressão, dentre outros problemas; c) Levantar e discutir questões sobre os riscos à saúde relacionados ao tabagismo, a violência doméstica dada ao uso de álcool e outras drogas.

Relativo à saúde bucal conseguiram: a) frente a um espelho, realizar o auto-exame bucal, b) reconhecer a importância da higiene da boca e cuidados com as próteses como fatores para melhorar o gosto dos alimentos, ardência bucal, mau hálito e seu bem estar.

Perceberam a “roda de conversa” como tática essencial Promotora de Saúde por facilitar a troca de experiências sobre manutenção de espaços individuais e coletivos como coleta e reciclagem do lixo, alimentos saudáveis, controle e uso de medicamentos, direitos sociais,aproximação familiar, amenizar solidãoe reforçar laços de amizade.

Conclusão

Diagnosticar as características sócio-econômico-culturais e de saúde dos idosos nos centros de convivência permitiu planejar ações promotoras de saúde de acordo com a visualização de suas necessidades. A utilização de atividades desenvolvidas a partir do conhecimento prévio, com base na metodologia problematizadora, facilitou para os idosos realizar auto-reflexão e empoderamento sobre a Promoção da Saúde.

Referências

BARBOSA, M.R. MARTINS, E.B. RODRIGUES, L.G.A. MOREIRA, L.R. Os benefícios da dança na qualidade de vida dos idosos do Centro de Convivência da Melhor Idade Mara Salvador Fais – CCMI no município de Altamira – PA. **FIEP BULLETIN**. v. 82, n.1, 2012.

BITTAR, C. LIMA, L. C. V. O impacto das atividades em grupo como estratégia de promoção da saúde na senescência. **Kairós. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**. v.14, n.4, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Ministério do Planejamento e gestão, Brasil. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/default_sinopse.shtm. Acesso em 06 Out 2011.

DAVIES, N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle. **Nursing Standard**. v.25, n.19, p.43-49, 2010.

FAGERSTRÖM, L. Positive life orientation–an inner health resource among older people. **Scand J Caring Sci**. n.24, p. 349–356, 2010.

HUSSEIN, M.M. DAMHOUGY, S.T. A Health Promotion for Older People. **International Journal of Academic Research**. v. 3, n. 4. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRÁFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Tábuas completas de Mortalidade - 2010. Disponível: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: 14 Jul 2012.

KALACHE A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência & Saúde** Coletiva. v. 13, n. 4, p. 1107 – 1111, 2008.

MELO, M.C. SOUZA, A.L. LEANDRO, E.L. MAURICIO, H.A. SILVA, I.D. OLIVEIRA, J.M.O. A educação em saúde como agente promotor de qualidade de vida para o idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.14, n.5, p.1579-1586, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Life expectancy at birth. 2012. Disponível em: http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en/index.html. Acesso em 20 de agosto de 2012.

Agradecimentos

À Deus, família e todos os colaboradores desta pesquisa.

CÍRCULO DE CULTURA DE PAULO FREIRE COMO BASE PARA GRUPO DE INCLUSÃO SOCIAL À PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Gerciara Barbosa Palacio – Universidade Estadual Vale do Acaraú Gerciara_1_@hotmail.com
Anna Larissa Moraes Mesquita – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Gleisson Ferreira Lima – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Eliany Nazaré Oliveira – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Luisa Stephanie Albuquerque Araújo – Universidade Estadual Vale do Acaraú
Me. José Machado Linhares – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Palavras-chave: Inclusão Social. Promoção. Saúde. Pessoas com Deficiência

Resumo

São vários os obstáculos que as pessoas com deficiências físicas enfrentam todos os dias: preconceito, falta de estrutura nos meios de transportes, ruas e calçadas, impossibilidade de acesso a locais públicos pela carência de adaptações, além de outras situações que colocam em riscos sua condição deficiente. Este trabalho tem por objetivo promover a inclusão social de pessoas com deficiências utilizando como ferramenta o Círculo de Cultura de Paulo Freire. Trata-se de um relato de experiência, de natureza qualitativa e descritiva, vivenciados por acadêmicos do Curso de Enfermagem e de Educação Física, monitores do PET-Saúde redes de atenção, tendo como foco um grupo formado por pessoas com e sem deficiências residentes no Bairro do Junco, na cidade de Sobral-CE. O combate à discriminação de pessoas com deficiência na comunidade só será possível através de ações participativas, que privilegiem as vozes daqueles que as vivenciam: as próprias pessoas com deficiência e suas famílias. Diante dessa realidade, os profissionais da atenção primaria, como parte integrante do processo, não podem se omitir dos princípios que norteiam a assistência à pessoas com deficiência, tornado-se imperativo a construção de novas estratégias que visem minimizar os problemas da realidade em estudo.

Introdução

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) com a Lei nº 8.080, em 19 de setembro de 1990, no computo geral, trouxe grande contribuições para a assistência a saúde, inclusive, avanços no atendimento à Pessoa com Deficiência (PcD), ao incluir nos seus princípios as diretrizes de universalidade, integralidade e equidade. O Programa Saúde da Família surgiu em 1994 com o propósito de combater as ineficácias da saúde, insatisfação da população e iniquidades (BRASIL, 2010).

No Brasil, há importantes progressos na legislação específica para a defesa dos direitos das Pessoas com Deficiência Física traduzidas pelas realizações das Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa com Deficiência, e dos programas: Plano Viver sem Limites e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Não obstante esses avanços, mesmo com todo apoio jurídico, ainda existe vários obstáculos a serem superados tais como;barreiras urbanísticas, nas edificações, nos transportes, nas comunicações e informações, além de impedimentos sistêmicos e atitudinais. Esse conjunto de dificuldades faz com que PcD sintam-se rejeitadas e dependentes para realização de suas atividades, mesmo as mais simples e, como mecanismo de defesa, acabam por isolar-se evitando o contato social. A exclusão social de PcD ocorria, antigamente, em seu sentido total. Eram excluídas da sociedade para qualquer atividade por serem consideradas inválidas. A palavra "inválida" significa "sem valor". Assim, as PcD seriam inválidas, ou seja, sem utilidade para a sociedade e incapazes para trabalhar, características estas atribuídas indistintamente a todas as pessoas que portassem alguma deficiência (Sassaki, 2003b, p. 31).

De acordo com o Censo de 2010, quase 46 milhões de brasileiros, cerca de 24% da população, declarou possuir pelo menos uma das deficiências investigadas (mental, motora, visual e auditiva), a maioria, mulheres. Em relação a Sobral, cidade do interior do Ceará, com uma população de 188.233 habitantes, cerca de 48.270 pessoas possuem algum tipo de deficiência, ou seja, 26,64% da população, sendo 78,2% destes, deficientes visuais, 22,6% deficientes auditivos, 29,36% motores ou físicos e 6,15% deficientes intelectuais (CENSO DE 2010).

O Programa de Educação para o Trabalho pela Saúde (PET-Saúde) foi criado pelo Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de fomentar a formação de grupos de aprendizagem tutorial em áreas estratégicas para o SUS, caracterizando-se como instrumento para qualificação em serviço dos profissionais da saúde, bem como de iniciação ao trabalho e vivências dirigidas aos estudantes de graduação em saúde, de acordo com as necessidades do SUS. Subdividido em Redes, cada uma com suas especificidades, visa conhecer os territórios de abrangência de cada áreas competente. Rede PcD busca definir critérios de hierarquização dos serviços e triagem para as PcD, educação permanente dos trabalhadores da rede alem da implantação de linha guia de critérios e orientações para abordagem integral à saúde da pessoa com deficiência de forma interdisciplinar,

O Pet-Saúde Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) une os cursos de Enfermagem e Educação Física da Universidade, constituindo-se num agente de transformação própria, do objeto e do contexto no qual está inserido, aplicando conhecimento em melhoria da qualidade de vida da população.

Com as demandas advindas da atuação da Rede de cuidados a PcD no território do Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro do Junco, na cidade de Sobral, através da identificação de uma grande quantidade de pessoas com deficiência que necessitavam de uma atenção especial, visto a situação de exclusão das mesmas, levou a criação do grupo Saúde na Praça com o intuito de fomentar uma reflexão e proporcionar novos horizontes em relação a importância da inclusão de pessoas deficientes na sociedade.

Compreendendo a seriedade do problema e a necessidade de descobertas de novas tecnologias que venham facilitar a abordagem do assunto em pauta, como forma de minimizar a ocorrência da exclusão de PcD, este trabalho tem por objetivo promover a inclusão social de pessoas com deficiências utilizando como ferramenta o Círculo de Cultura de Paulo Freire com vistas a diminuição do preconceito social da família e pessoas adjacentes.

Metodologia

De natureza qualitativa e abordagem descritiva, este trabalho caracteriza-se como um relato de experiência dos acadêmicos do curso de Enfermagem e Educação Física, monitores do PET-Saúde Redes de Atenção, vivenciada com um grupo formado por pessoas com e sem deficiências, de todas as faixas etárias e sem distinção de sexo, residentes no bairro do Junco no município de Sobral-CE, que após serem convidadas, espontaneamente, se dispuseram a participar das vivencias grupais. Para intermediar os contatos, solicitou-se apoio do Centro de Saúde da Família do mesmo bairro. As ações foram desenvolvidas entre os meses de novembro de 2013 e janeiro de 2014 através de reuniões que aconteciam a cada quinze dias, estando as mesmas divididas em quatro momentos, com os participantes dispostos em forma de um circulo e tendo como local de encontro uma praça publica, a fim de facilitar o acesso dos participantes. Para o registro das informações foi utilizado um diário de campo, constando de observações descritivas e reflexivas, embasado nos pressupostos de Lourau onde o diário de pesquisa seria a narrativa do pesquisador em seu contexto histórico-social, um pesquisador implicado com e na pesquisa, e que reflete sobre e com sua atividade de diarista. Trata-se de uma técnica capaz de restituir, na linguagem escrita, o trabalho de campo, possibilitando "produzir um conhecimento sobre a temporalidade da pesquisa", aproximando o leitor da cotidianidade do que foi possível produzir num dado contexto, evitando interpretações "ilusórias", "fantasiosas" da produção científica (LOURAU, 1993, p. 51).

Para a formação e realizações das atividades grupais a base teórica utilizada foi a sistematização feita por Paulo Freire chamado Círculo de Cultura que possibilita a transformação do modelo educacional vigente, no qual não apenas o facilitador é possuidor de todo conhecimento mas sim, todos os integrantes do grupo permitindo uma troca de saberes, sendo destacado pela a forma geométrica de um círculo nas atividades grupais, onde todos podem se ver e há igualdade entre os integrantes.

De acordo com Paulo Freire algumas características norteiam o círculo de cultura:

“Em lugar do professor, com tradições fortemente doadoras, o coordenador de debates. Em lugar da aula discursiva, o diálogo. Em lugar do aluno, com tradições passivas, o participante de grupo. Em lugar dos pontos e de programas alienados, programação compacta, reduzida e codificada em unidade de aprendizado”. (FREIRE, 1979, p.103)

Resultados e Discussão

Estabelecido as estratégias para desenvolvimento das atividades e o perfil do grupo que participaria das vivências iniciou-se as ações. Diante da realidade encontrada estabeleceu-se a necessidade da criação de mecanismos que fomentassem a assiduidade e a participação do grupo envolvido e para tanto, recorreu-se às Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para a divulgação das propostas do grupo nas visitas domiciliares, considerando que a principal característica da atenção primária é a promoção da saúde na comunidade, para isso é necessário a criação de vínculos entre os profissionais do serviço de saúde e a comunidade para que futuras intervenções sejam acolhidas sem resistências. Nós, como monitores do Pet-Saúde visitamos somente famílias que na sua composição se encontrava pessoas com deficiência física.

O principal objetivo do grupo Saúde na Praça é promover a inclusão social independente de sua condição. Para tanto o grupo é formado por pessoas com e sem deficiência física, com vistas a reduzir o preconceito promovendo a reflexão e discussão no grupo com temas envolvidos no processo de exclusão social das pessoas com deficiências.
Cada vivencia estava subdividida em quatro momentos:
No primeiro momento realizava-se uma atividade física com música para relaxamento buscando estimular a prática de atividades físicas. De acordo com TODRES (2007), a música pode afetar a energia muscular, elevar ou diminuir os batimentos cardíacos e influenciar na digestão. SCHULLIAN (1948) afirma que uma das funções da música é dirigir a atenção do ouvinte para padrões adequados a um determinado estado de ânimo, além de afastar o tédio e a ansiedade. A música nas atividades grupais é utilizada no sentido de motivar a continuidade dos exercícios físicos ou de distrair o praticante de estímulos não prazerosos como cansaço, dor ou até tensão psicológica.
No segundo momento realizava-se uma dinâmica de acolhimento para uma interação entre os membros do grupo, resgatando, através de sugestões entre os participantes, qual e de que forma essa ação poderia ser desenvolvida sendo escolhida aquela que fosse mais atraente para o grupo;
No terceiro momento acontecia a discussão sobre determinado assunto escolhido pelo próprio grupo. Nessa ocasião colocava-se em pratica a ferramenta Circulo de Cultura de Paulo Freire utilizada na base teórica para formação e condução do grupo onde descreve que é importante que o próprio grupo escolha o tema a ser debatido. Encontramos um longo depoimento que comprova os argumentos que até aqui reunimos:
¨(...) A programação vinha de uma consulta aos grupos, quer dizer: os temas a serem debatidos nos círculos de cultura, o grupo que estabelecia. Cabia a nós, como educadores, com o grupo, tratar a temática que o grupo propunha. Mas podíamos acrescentar à temática proposta este ou aquele outro tema que, na Pedagogia do oprimido, chamei de “temas de dobradiça” — assuntos que se inseriam como fundamentais no corpo inteiro da temática, para melhor esclarecer ou iluminar a temática sugerida pelo grupo popular¨ (FREIRE, 1979, p.103)
No ultimo momento avaliávamos o resultado da atividade desenvolvida no encontro através das seguintes perguntas norteadoras dirigidas ao grupo: como eu cheguei e como eu estou saindo? As minhas dúvidas realmente foram sanadas? Depois que os integrantes do grupo respondem as perguntas avaliativas, os questionamos sobre o próximo tema que eles gostariam que fosse abordado.

Conclusão

O Círculo estabeleceu um ambiente de encontro e conhecimento do outro como sujeito, com anseios, emoções e experiências que são expostos a partir do diálogo no grupo, da participação nas discussões, da troca de conhecimentos e experiências. A disposição dos participantes em formato de círculo facilitava no processo da constituição de um saber coletivo, comum e contextualizado. Permitiu a superação de limitações e dificuldades pessoais identificadas, que condicionavam o indivíduo a circunstâncias de dependência e acomodação perante sua história de vida e de passividade ante os processos de exclusão em que os usuários e as famílias da comunidade em que atuam estavam expostos.
A partir das ansiedades demonstradas foram elaboradas as sugestões das discussões no grupo. O universo subjetivo é reconstruído nas vivências do real e entre aspirações e pretensões o ser humano percebe-se em um cenário que exige sua atitude diante dos fatos, deixando de ser mero expectador do espetáculo para se assumir como protagonista de sua história de vida.
Os momentos de conversa nos Círculos de Cultura nós percebemos as mudança das pessoas na forma de se verem em relação a sua deficiência física, fortalecidas por suas conquistas de aprendizado e das pessoas com quem convivem, sentindo-se acolhidos e participativos no exercício de sua cidadania em espaços que lhes sejam significativos. A Educação em Saúde, assim, vem renovar os seres em evolução, caminhantes e perseverantes.
A atenção primária tem como maior objetivo a promoção e prevenção da saúde na comunidade presente. O combate à discriminação de pessoas com deficiência na comunidade só será possível através de ações participativas, que privilegiem as vozes daqueles que as vivenciam: as próprias pessoas com deficiência e suas famílias. Diante dessa realidade, os profissionais da atenção primaria, como parte integrante do processo, não podem se omitir dos princípios que norteiam a assistência à pessoas com deficiência, tornado-se imperativo a construção de novas estratégias que visem minimizar os problemas da realidade em estudo.

Referências

ARANHA, M.S.F. Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica. Temas em Psicologia, nº 2, p. 63-70. 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelecem diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). DOU de 31/12/2010, Seção I, p. 88.

FREIRE, P. Criando métodos de pesquisa alternativa: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. In: BRANDÃO, C. R, organizador. Pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense. p. 34-41. 1999.
FREIRE, P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 31ª ed. Rio de Janeiro: Paz e terra; 2005.

IBGE. Censo 2010. Disponível em: http://censo2010.ibge.gov.br/. Acesso em: 5 de maio de 2014.

LOURAU, R. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Physis. Rio de Janeiro: EDUERJ, 1993.

SASSAKI, R. k. O censo de pessoas com deficiência na era da inclusão. Revista Nacional de Reabilitação, São Paulo, ano VI, n. 31, mar./abr. 2003.

SOUZA, A. C. et al. Educação em saúde com grupos na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção da saúde. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 26, n. 2. p. 147-153, 2005.

SCHULLIAN, D.; SCHOEN, M. Music and Medicina. Revista digital.New York: Henry Schuman, p.168-169, 1948.

TODRES, D. Música é remédio para o coração. Jornal Pediatria, v. 82, n. 3. 2007

Agradecimento

Aos meus amigos, por compartilharem seus conhecimentos e companheirismo. Obrigado por todos os momentos em que fomos estudiosos, brincalhões e cúmplices.

CÍRCULO DE CULTURA PARA O AUTOCUIDADO APOIADO DE JOVENS USUÁRIOS DE COCAÍNA/*CRACK* VISANDO À PREVENÇÃO DO HIV/AIDS

Agnes Caroline Souza Pinto (apresentador) – Departamento de Enfermagem-Universidade Federal do Ceará (UFC), Email: agnespinto@hotmail.com
Adna de Araújo Silva – Departamento de Enfermagem-Universidade Federal do Ceará (UFC)
Lígia Fernandes Scopacasa – Departamento de Enfermagem-Universidade Federal do Ceará (UFC)
Patrícia Neyva da Costa Pinheiro (Orientador) –Departamento de Enfermagem-Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: Educação em Saúde. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Adolescente. Drogas Ilícitas.

Resumo

Desde que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) começou a ser reconhecida como problema de saúde pública, tem havido preocupação crescente com o papel desempenhado pelos usuários de drogas na disseminação do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV). Objetivou-se promover o autocuidado apoiado com jovens usuários de cocaína/*crack* acerca da prevenção do HIV/AIDS por meio do Círculo de Cultura. Trata-se de pesquisa-ação, realizada de janeiro a setembro de 2012. Os sujeitos do estudo foram dez jovens usuários de cocaína/*crack,* do sexo masculino, com idade entre 18 e 24 anos, acompanhados para tratamento na comunidade terapêutica Desafio Jovem do Ceará. Os procedimentos utilizados no Círculo de Cultura foram oficinas em dinâmica de grupo, observação-participante, registro fotográfico, gravação dos discursos e registro em diário de campo. Os achados frutos desta discussão foram: no início do círculo, os jovens demonstraram conhecimento sobre a AIDS bastante incipiente e desarticulado, com predominância de mitos; se consideravam vulneráveis ao HIV/AIDS visto que o compartilhamento de canudos e cachimbos para o uso da cocaína/*crack,* a perda da consciência durante o efeito da droga e a sensação de invulnerabilidade, favoreciam ao não uso do preservativo durante as relações sexuais e à multiplicidade de parceiros. Verificou-se que o Círculo de Cultura, constitui estratégia para promoção do autocuidado apoiado, pois o espaço reflexivo, mediado pela ação dialógica contribui para que os jovens reflitam e reconheçam as situações de risco que se

encontram expostos e apliquem o conhecimento adquirido para se proteger do HIV/AIDS, tornando-se agentes responsáveis pelo seu processo saúde-doença.

Introdução

O consumo de drogas na população de adolescentes é preocupante e crescente, como apontam vários estudos realizados pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID), e atualmente é considerado um problema de saúde pública de primeira ordem, tendo em vista os efeitos devastadores que a cocaína/*crack* causa no jovem usuário e no seu contexto social (CARLINI, 2010). Neste cenário, desde que a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) começou a ser reconhecida como problema de saúde pública, tem havido preocupação crescente com o papel desempenhado pelos usuários de drogas na disseminação global do Vírus da Imunodeficiência Adquirida (HIV), sendo esta, atualmente, a segunda causa de morte entre eles (DIAS *et al*., 2011).

Paralelamente a isso, a população de usuários de drogas injetáveis (UDI) é aquela em que o HIV se dissemina mais rapidamente. Além da via de exposição parenteral ser extremamente eficiente do ponto de vista da transmissibilidade, existe acentuada rede de interação neste grupo, cujo compartilhamento de equipamentos de injeção, assim como o uso de drogas pré-preparadas, é incentivado por hábitos, e facilitam uma maior exposição a situações de risco sexual (CARVALHO; SEIBEL, 2009).

Isso se deve principalmente aos seguintes comportamentos de risco observados entre os usuários de drogas: perda da consciência, prejudicando o uso do preservativo, compartilhamento de seringas, troca de sexo por droga como meio de sustentar o vício, além disso, usuários de drogas muitas vezes possuem feridas e rachaduras no nariz e na boca, o que poderia facilitar a transmissão viral. Ao ponderar a relevância epidemiológica e clínica, além das consequências individuais e coletivas relacionadas ao risco de infecção pelo HIV e implicações na evolução da doença nesse grupo de pacientes, sugere-se que as estratégias de prevenção, detecção precoce e tratamento considerem as particularidades dos usuários de cocaína/*crack* (PINTO, 2013).

Ressalta-se que as estratégias de prevenção entre os usuários de drogas têm maior impacto na modificação do comportamento de risco relacionado ao uso de droga (como compartilhamento de apetrechos) do que modificações no comportamento sexual de risco, o que aponta para um nicho a ser explorado na tentativa de se permitir redução de danos a esta população de forma mais ampliada.Porém, sabe-se que a questão comportamental é algo difícil de ser modificado, o que significa que a compreensão da influência do comportamento sexual ou de qualquer variável comportamental que incida sobre a saúde precisa de abordagem que não se restrinja aos aspectos biológicos e que inclua a forma como se produz a construção cultural e social de fatores correlatos (AZEVEDO, 2012).

E, complementando, surge a necessidade de apontar a autonomia dos sujeitos, a qual depende das condições externas destes, da cultura em que estão inseridos, do acesso à informação, e mais do que isso da capacidade de utilizar o conhecimento em exercício crítico de interpretação, ou seja, o sujeito da reflexão e ação (MENDES, 2012).

Essa autonomia, no sentido de mudar o comportamento em relação às drogas e ao HIV/AIDS, é subsidiada pela conscientização advinda do processo de educação em saúde e grupos terapêuticos, os quais surgem como uma estratégia voltada para a promoção da saúde, comprometida com o processo de transformação social efetiva das pessoas envolvidas.

Nesse sentido, apreende-se que a educação em saúde está relacionada à aprendizagem, desenhada para alcançar a saúde, tornando necessária que esta seja voltada a atender à população de acordo com sua realidade. Pois, a educação em saúde deve provocar conflito nos indivíduos, criando oportunidade da pessoa em pensar e repensar a sua cultura e transformar a sua realidade.

Contudo, visualiza-se a metodologia freireana por meio dos Círculos de Cultura, que favorece o trabalho em grupo, a integração dos sujeitos envolvidos no processo, a troca de experiências, informações e a conscientização, sensibilizando o sujeito à mudança de comportamento e, consequentemente, à melhoria da qualidade de vida, como instrumento de promoção do autocuidado apoiado (BRANDÃO, 2011). Este elemento visa preparar e empoderar os jovens usuários para que autogerenciem sua saúde, e não se trata de uma desresponsabilização dos profissionais de saúde na atenção, mas o apoio significativo para que os adolescentes usuários empoderem-se em relação à sua saúde.

O autocuidado não começa e termina com uma aula. Assenta-se na utilização de um enfoque de cooperação entre a equipe de saúde (enfermagem) e os jovens usuários para, conjuntamente, definir os problemas, estabelecer as prioridades, propor as metas, elaborar os planos de cuidado e monitorar os resultados (MENDES, 2012). Diante disso, o objetivo desse estudo foi promover o autocuidado apoiado com jovens usuários de cocaína/*crack* acerca da prevenção do HIV/AIDS por meio do Círculo de Cultura.

Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo, exploratório que utilizou a pesquisa-ação, apoiada no referencial teórico de Paulo Freire. Com a finalidade de consolidar a compreensão acerca de pesquisa-ação, encontra-se na definição de Thiollent (2011) respaldo teórico que a compreende como modalidade de pesquisa social com base empírica, formulada e realizada em estreita associação com ação ou resolução de problema coletivo, tomada de consciência e produção de novos conhecimentos, que envolve o pesquisador e os participantes do estudo de modo participativo e cooperativo.

O estudo foi desenvolvido de janeiro a setembro de 2012 no Desafio Jovem do Ceará, localizado em Fortaleza-CE, Instituição Evangélica, Filantrópica, sem fins lucrativos, que se dedica ao trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas e à recuperação física, psicológica e espiritual do dependente químico, bem como em sua reintegração social, sem distinção de raça, condição social, política ou denominação religiosa.

Os sujeitos do estudo foram dez jovens usuários de cocaína/*crack,* do sexo masculino, com idade entre 18 e 24 anos, acompanhados para tratamento de dependência na comunidade terapêutica anteriormente referida. A seleção dos sujeitos atendeu aos seguintes critérios de inclusão: sexo masculino; usuários das unidades de tratamento/ambulatório para dependentes químicos; e que referirem ter feito uso de cocaína injetável e/ou *crack*, visto que nas unidades escolhidas há homens que utilizaram álcool, cocaína/*crack* e outras drogas. Os critérios de exclusão foram: jovens que não participaram de todas as etapas do estudo, ou seja, que abandonaram o tratamento na instituição; e ofereceram risco à pesquisadora, ou seja, estavam sob efeitos de drogas e demonstraram comportamentos agressivos. Isso porque os círculos de cultura requerem que os aprendizes participem de todas as etapas.

Os procedimentos e técnicas utilizadas no Círculo de Cultura foram oficinas em dinâmica de grupo, observação-participante, registro fotográfico, gravação dos discursos e registro em diário de campo. As informações foram organizadas, mediante descrição dos resultados transcritos obtidos a partir das falas dos participantes na íntegra, ordenadas pela narração e discussão, seguindo a sequência do Círculo de Cultura, permitindo assim a análise e interpretação das informações, pelo grupo, do significado da experiência do pesquisador/facilitador. Os resultados obtidos por meio do processo dialógico e argumentativo do Círculo de Cultura foram interpretados à luz da proposta do autocuidado apoiado.

Aos integrantes foi elucidado o objetivo deste trabalho, de forma adequada à compreensão, a fim de convidá-los a participarem do estudo. Logo, foi garantido o sigilo e anonimato, no intuito de preservá-los em sua identidade e privacidade, considerando o que preconiza a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde, sobre diretrizes e normas regulamentadoras que tratam de pesquisas com seres humanos (BRASIL, 2012). Para preservar o anonimato dos jovens, utilizou-se a palavra usuário (U), precedida de número cardinal, para apresentação dos dados coletados no Círculo de Cultura.
Em seguida, foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aos participantes e aos responsáveis legais para que ambos pudessem assinar devidamente este documento, permitindo, assim, que o jovem participasse do estudo, e no qual foi dada a possibilidade deles desistirem do mesmo a qualquer momento, sem risco de sofrerem penalidades. Em relação a esse grupo específico dessa temática, a resolução assegura-lhes a inteira liberdade de participar ou não da pesquisa, sem quaisquer represálias. Acrescenta-se que o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Ceará, obtendo aprovação, conforme número: 303/11.

Resultados e Discussão

O primeiro momento teve o objetivo de conhecer o universo vocabular dos participantes, para tanto foram utilizadas as palavras geradoras relacionadas às drogas e à vulnerabilidade, as quais subsidiaram a programação futura das ações educativas de acordo com a realidade dos participantes deste estudo. Nesse momento, todos escreveram o motivo pelo qual começaram a usar drogas, e discutiram em seguida, que outros recursos poderiam ser utilizados por eles para atingirem os mesmos objetivos. No segundo momento, favoreceu-se uma reflexão sobre o HIV/AIDS, a partir do que eles conheciam sobre essa doença, e discutiu-se a vulnerabilidade deles enquanto usuários de cocaína/*crack*. No terceiro e último momento, de problematização, utilizou-se o processo de modelagem, para que os participantes fizessem esculturas baseadas no seguinte questionamento: o que você entende sobre o HIV/AIDS e sua relação com as drogas?
No Círculo de Cultura, os jovens discutiram e refletiram sobre: **a vulnerabilidade do usuário de cocaína/*crack* ao HIV/AIDS**: [...] eu não sei quase nada, somente que a aids é uma doença transmissível, que aí a pessoa faz a relação e pega essa doença, ou é consumindo droga também? (U7); [...] eu acho que não tem essa relação das drogas com o HIV, porque a pessoa drogada tem consciência do que faz (U8); [...] eu acho que tem, no caso da droga injetável (U10); [...] somos vulneráveis sim, porque existem mulheres que se prostituem para usarem droga, então ela acaba pegando várias pessoas e acaba se infectando sem saber, e a pessoa que não é infectada vai usar aquela mulher de programa, até às vezes também pela droga, ou por troca de droga e acaba se infectando também sem saber (U1); (U2) foi o único que revelou ter tido uma DST: [...] só uma vez aí que eu peguei uma DST, que o povo diz esquentamento, mas o médico só me deu uns remédios lá e uma injeção. O médico também não me disse o nome, só passou os remédios. [...] agora fiquei preocupado pensando que o cachimbo que eu fumava o *crack*, se eu compartilhei poderia ter pegue o HIV (U6); [...] quando eu usava cocaína eu me sentia o rei, nunca nem pensei que poderia pegar doença nenhuma, a gente se sente invulnerável (U3); [...] eu tive várias relações sexuais desprotegidas com homens e mulheres também, porque eu ganhava mais dinheiro ou mais droga, do que se fosse com preservativo (U9).
Os achados frutos desta discussão foram os seguintes: no início do círculo, os jovens demonstraram conhecimento sobre a AIDS bastante incipiente e desarticulado, com predominância de mitos; relataram nunca terem feito uso de drogas injetáveis, porém se consideravam vulneráveis ao HIV/AIDS visto que o compartilhamento de canudos e cachimbos para o uso da cocaína/*crack,* a perda da consciência durante o efeito da droga e a sensação de invulnerabilidade, favoreciam ao não uso do preservativo durante as relações sexuais e à multiplicidade de parceiros.
Luna (2011), em estudo com os meninos de rua, evidenciou que o fato de estar na rua significava vivenciar várias situações de medo constantemente, isto devido às várias formas de violência e à drogadição. Estas formas são acompanhadas pelas relações sexuais com múltiplos parceiros e desprotegidas, levando estes sujeitos a maior risco de infecção pelas DST/AIDS. Para eles, o HIV é somente mais um dos riscos que eles têm que enfrentar diariamente, e que a preocupação da doença ocorre quando conhecem que alguém do grupo está com a doença, chegando a excluir essa pessoa como medida de proteção. E que quando estavam sob o efeito de drogas, relataram ser incapazes de assumirem comportamento sexual responsável, assim como os jovens do nosso estudo.

Conclusão

Com a realização desse estudo, verificou-se que a metodologia freiriana, Círculo de Cultura, constitui estratégia para promoção do autocuidado apoiado, pois o espaço reflexivo, mediado pela ação dialógica, problematizadora e emancipatória proposta pelo referencial freireano, contribui para que os participantes reflitam sobre o compromisso e a responsabilização com sua saúde.
Percebeu-se que para promover o autocuidado apoiado, é necessário que o enfermeiro, enquanto facilitador do processo educativo respeite o saber prévio dos participantes e contribua para que os sujeitos reconheçam as situações de risco que se encontram expostos e apliquem o conhecimento adquirido para se proteger do HIV/AIDS, tornando-se agentes responsáveis pelo seu processo saúde-doença. Acrescenta-se ainda que, a estratégia educativa norteada pela metodologia do Círculo de Cultura permitiu aos jovens, a aquisição de novos conhecimentos sobre a problemática que envolve o HIV/AIDS e mesmo que não gerem imediata mudança de comportamento, favoreceram um repensar de suas práticas e atitudes frente à sexualidade.

Referências

AZEVEDO, R. C. S.; MORAES, M. J. HIV/aids e doenças sexualmente transmissíveis entre usuários de *crack*. In: RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. (Org.). **O tratamento do usuário de crack**. 2. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2012. Cap. 4, p. 57-73.

BRANDÃO, C. R. **O que é método Paulo Freire**. 32. ed. São Paulo: Brasiliense, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa CONEP. **Resolução nº466/12 sobre pesquisa em seres humanos**. 2. ed. Brasília, DF, 2012.

CARLINI, E. L. A. **VI levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras – 2010**. São Paulo: CEBRID, 2010.

CARVALHO, H. B.; SEIBEL, S. D. Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. **Clinics**, v. 64, n. 9, p. 857-866, 2009.

DIAS, A. C. *et al*.. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, n. 1, p. 273-278, 2011.

LUNA, I. T. **Educação em saúde com adolescentes em situação de rua visando à prevenção das DST/AIDS**. 2011. 136f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2011.

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.

PINTO, A. C. S. **Círculo de Cultura com jovens usuários de cocaína/*crack* visando à prevenção do HIV/AIDS**. 2013. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará. Fortaleza-CE, 2013.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

Agradecimentos

Ao Grupo de Pesquisa AIDS: educação e prevenção, por ser uma família nestes nove anos de convivência.
Às pessoas queridas que fazem a equipe do Desafio Jovem do Ceará, por terem dado a oportunidade de aprendermos e nos aprofundarmos nesta temática tão importante, e de terem acreditado no nosso trabalho.

CLASSIFICAÇÃOINTERNACIONALDAFUNCIONALIDADE: ATIVIDADEEPARTICIPAÇÃOEMINDIVÍDUOSCOMASÍNDROMEDA FIBROMIALGIASUBMETIDOSÀTERAPIAINTERDISCIPLINAR

Kamilla de Oliveira Carneiro – Universidade de Fortaleza - UNIFOR kamilla_oliver@hotmail.com
Liana Bezerra Góis – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Plínio de Oliveira Duarte – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
ElucieneMariaSantosCarvalho (Orientador) – Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Leila Maria Machado Bezerra (Orientador) – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Palavras-chave: Fisioterapia. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Fibromilagia
.

Resumo

Objetivo: Classificar os níveis de atividadeeparticipação de pacientes com a Síndrome de Fibromialgia, de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF). **Métodos**: Estudo observacional, descritivo e transversal com abordagem quantitativa, realizado no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), no município de Fortaleza - CE, no períododeoutubro e novembrode2013. Para coleta de dados utilizamos um formulário da CIF, sobre atividade e participação. **Resultados e Discussões**: A amostra foi de 11 pacientes, sendo 90,9% (n=10) eram do sexo feminino e 9,1% (n=1), do sexo masculino. A faixa etária de 40 a 50 anos foi de 36,4% (n=4), de 51 a 60 45,5% (n=5) e mais de 60 anos 18,2% (n=2). Na escala de dor 72,7% (n=8) classificou em níveis moderado à grave. Nos níveis de atividade, como tarefas múltiplas, a dificuldade moderada apareceu em 54,5% (n=6). Já nos níveis de participação, como recreação e lazer, 45,5% (n=5) relatou não ter dificuldades. Quanto às limitações estruturais, não houve predominância na classificação, porém nas limitações de desempenho funcional para as realizações das AVD's como, executar a rotina diária, 54,5% (n=6) respondeu ter dificuldade moderada. Sobre interações interpessoais, como relacionamentos familiares 63,6% (n=7) relataram nenhuma dificuldade, já nos relacionamentos íntimos, 36,4% (n=4) afirmaram ter dificuldade grave.**Conclusão:**Avaliar a atividade e participação através da CIF, buscar informações clínicas e objetivas que são úteis para direcionar um tratamento adequado que podem impedir ou retardar o processo de incapacidade das pacientes com FM.

Introdução

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) reflete a mudança de abordagem, priorizando a funcionalidade como componente da saúde, sendo enfocada a partir da limitação do paciente e de seu comprometimento em atividades (BRASILEIRO, 2009). A CIF se divide em duas partes: 1 – Funcionalidade e Incapacidade, 2 – Fatores contextuais, onde nos componentes de Funcionalidade e Incapacidade, o corpo inclui duas classificações, para sistema orgânico e estruturas do corpo. O componente Atividades e Participações cobre a faixa completa dos domínios que vão indicar os aspectos da funcionalidade, na perspectiva individual assim como social. Cada componente contém vários domínios e várias categorias em cada domínio (OMS, 2008).

De acordo com a CIF, atividade é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, representando a perspectiva individual da funcionalidade. A presença de limitação pode variar de um desvio leve a grave em termos da quantidade ou da qualidade na execução da atividade comparada com a maneira ou a extensão esperada em pessoas sem essa condição de saúde. Participação é definida como o envolvimento de um indivíduo em uma situação da vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade. A presença da restrição é determinada pela comparação entre a participação individual com aquela esperada de um indivíduo sem deficiência na cultura ou sociedade em que vive (OMS, 2008)..

Ainda segundo a OMS (2008), componentes Atividade e Participação, apresentam os qualificadores de Desempenho e Capacidade, onde o de Desempenho descreve o que o indivíduo faz em seu ambiente habitual, que pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “a experiência vivida” das pessoas no contexto real onde vivem. Já o componente de Capacidade descreve a capacidade do indivíduo de executar uma tarefa ou ação, sendo medida em um ambiente uniforme ou padrão, em que reflete a habilidade ajustada do indivíduo (2). Dessa forma, trazer a aplicabilidade da CIF para o campo da dor crônica parece uma consequência natural, na medida em que ampliar a funcionalidade de alguém com dor crônica é o objetivo central do tratamento.

A fibromialgia (FM) se caracteriza por dor crônica generalizada, com causa ainda desconhecida. A dor não tem origem inflamatória, sendo manifestada no sistema musculoesquelético, e pode apresentar sintomas em outros aparelhos e sistemas (PROVENZA, 2004; ANJOS; CASSAPIAN, 2011). Sendo caracterizada por dor musculoesquelética difusa e crônica e pela presença de sítios dolorosos à palpação (*tender points*), em regiões anatomicamente determinadas. Anjos e Cassapian (2011), complementam que existe outras manifestações que acompanha a doença como a fadiga crônica, distúrbios do sono, rigidez matinal de curta duração, sensação subjetiva de edema, parestesias, cefaléia, síndrome do cólon irritável, fenômeno de Raynaud, associados com depressão, síndrome do pânico e ansiedade. A população é composta, em sua maioria, de mulheres entre 30 e 60 anos, sendo acometidas 10 mulheres para cada homem (ROCHA; OLIVEIRA; OLIVEIRA, 2006)

A síndrome resulta em incapacidades funcionais e limitações do indivíduo para realizar suas atividades da vida diária (AVD’s) e tarefas do cotidiano, gerando um grande impacto na qualidade de vida (QV) e na participação no meio em que vive, influenciando no estado biopsicossocial do paciente(RIBERTO, 2007; SKRABEK; GALIMOVAL; ETHANS; PERRY, 2008). De acordo com Martinez, Atra e Ferraz (1992), alguns critérios são adotados para diagnosticar a doença, como dor generalizada em pelo menos três dos quatro quadrantes corporais nos últimos 3 meses e dor localizada a palpação em pelo menos 11 dos 18 *tender points*, que são locais dolorosos preestabelecidos

Dada à importância do assunto, o presente estudo torna-se relevante por se tratar de uma nova abordagem de avaliação e elaboração de estratégias adequadas para o tratamento mais completo para o paciente com FM, contribuindo para um melhor diagnóstico funcional valorizando os aspectos pertinentes à capacidade e desempenho desses pacientes e unificando a comunicação entre a equipe interdisciplinar, tornando assim referência para novos estudos, já que há carência de estudos que classificam a FM e demais doenças de acordo com a CIF.

Diante do exposto, este estudo teve como objetivos classificar os níveis de atividadeeparticipação de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF),emindivíduoscomasíndromedaFMsubmetidosaterapiainterdisciplinar, identificaras limitações estruturais e as limitações de desempenho funcional para as realizações das Atividades da Vida diária (AVD’s) e as dificuldades de interações e relacionamentos interpessoais entre os indivíduos com FM com outras pessoas, nos relacionamentos familiares e no relacionamento íntimo.

Metodologia

Trata-se de um estudo observacional, descritivo e transversal através da abordagem quantitativa, realizado com indivíduoscomaSíndromedeFibromialgia (FM) participantes do grupo “*SaberViver*”, no Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI), no município de Fortaleza - CE, no períododeoutubro e novembrode2013. Dos 28pacientes participantes do grupo, a pesquisa contemplou 11 pacientes, devido o grupo ser apenas as sextas-feiras e algumas não tiveram atendimentos devido eventos extras envolvendo os profissionais.

Adotou-se como critérios de inclusão, osindivíduoscomaSíndromedeFM participantes do grupo e como critério de exclusão, pacientes com problemas cognitivos ou problemas de comunicação. O instrumento utilizado para coleta de dados foi um formulário com questões da CIF – Atividades e Participação, onde o mesmo foi aplicado pelas pesquisadoras de forma individual, antes do atendimento no grupo. Dados sócio-demográficos como idade, sexo, estado civil e a Escala Analógica de Dor, foram analisados paracontextualizar os participantes no universo da pesquisa.

O questionário oferece uma estruturade dados sobre a dimensão da limitação do paciente e seucomprometimento em atividades e um sistema para a codificação deinformações sobre saúde e, em especial, sobre função mediante adeficiência, utilizando uma linguagem comum e padronizada. Nos componentes de Atividade e Participação da CIF foram utilizados os domínios de tarefas e exigências gerais (d220, d230, d240), mobilidade (d410, d415, d420, d435, d445, d455, d470, d475), autocuidados (d510, d540, d570), vida doméstica (d620, d640, d660), interações e relacionamentos interpessoais (d720, d760, d770) e vida comunitária, social e cívica (d910, d920).

Para análise das limitações de atividades e restrição à participação, foi aplicado o primeiro qualificador da CIF onde foram analisados itens de Capacidade e Desempenho para executar uma determinada função, tendo como base os itens 0, 1, 2, 3, 4, 8 e 9 onde 0 significa nenhuma deficiência, 1 deficiência leve (5-24%), 2 moderada (25- 49%), 3 grave (50-95%) e, 4 deficiência completa (96-100%), 8 não especificado e 9 não aplicável. Os dados foram agrupados pelo programa SPSS versão 19.0 com posterior análise e interpretação. A partir das informações coletadas, foram montados quadros e gráficos descritivos, discutidos com base na literatura.

Os aspectos éticos e legais foram respeitados, sendo assegurados aos entrevistados o anonimato e a livre escolha de decisão na participação da pesquisa, onde todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Obedecendo a Resolução 466/12 do Ministério da Saúde, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza - COÉTICA, sendo aprovado sob o parecer Nº 109/09.

Os participantes foram beneficiados com informações com base na classificação realizada pelo profissional fisioterapeuta antes da pesquisa, resultando no bom entendimento da síndrome e uma visão diferenciada da atividade e participação.

Resultados e Discussão

Em relação às características sociodemográfica, dos 11 pacientes, 90,9% (n=10) eram do sexo feminino e 9,1% (n=1), do sexo masculino. Em relação à faixa etária de 40 a 50 anos foi de 36,4% (n=4), de 51 a 60 45,5% (n=5) e mais de 60 anos 18,2% (n=2). Enquanto a Escala de dor, sendo considerado 0 a 2 dor leve, 3 a 4 dor moderada e 8 a 10 dor intensa, 27,3% (n=3), responderam dor moderada e 72,7% (n=8), dor intensa.

Resultados mostra os domínios de Tarefas e Exigências Gerais da CIF, sendo a maioria das limitações para realizar tarefas múltiplas, onde 54,5% (n=6) responderam ter dificuldade grave. Já quando foi argumentado sobre executar uma rotina diária, 54,5% (n=6) disseram ter dificuldade moderada, ou seja, nos dias em que acordavam com mais dor, ficavam limitados de administrar o tempo e suas atividades. Sobre a mobilidade, que foram abordados mudança de posição do corpo, manutenção da posição, levantar e transportar objetos, empurrar objetos com as pernas, utilização de mão e braço, deslocamento, utilização de transporte e condução de transporte. A dificuldade moderada foi relatada por 54,5% (n=6) dos pacientes, tanto em utilizar mão e braço para puxar, torcer ou empurrar, por exemplo, como também para deslocar-se. Foi identificado que 54,5%(n=6) dos pacientes sentem dificuldade grave em manter a posição do corpo, ou seja, manter a mesma posição do corpo durante o tempo necessário em pé, ou sentado. Apenas 9,1% (n=1) disse não ter dificuldade.
Nos autocuidados e vida doméstica (figura III), foram abordados os cuidados com a higiene e da própria saúde. A grande maioria disse não ter dificuldade para tomar banho 54,5 (n=6), porém quando questionados quanto à vestir-se, como exemplo colocar uma blusa ou abotoar o sutiã, 45,5% (n=5) disseram ter leve dificuldade, 27,3% (n=3) dificuldade moderada e 9,1% (n=1) disse ter dificuldade grave. Foi observada também a realização de tarefas domésticas, e que houve uma média de 27,3% (n=3) que responderam ter dificuldade leve, moderada e grave. Apenas 9,1% (n=1) não tem dificuldade.
Em relação as interações e relacionamentos pessoais, que vai desde relacionamentos complexos, até íntimos e familiares, 63,6% (n=7) responderam não ter nenhuma dificuldade com os relacionamentos familiares, que incluem pais, filhos; 36,4% (n=4) responderam que tem uma dificuldade moderada, principalmente quando estão em crise emocional. Nos relacionamentos íntimos 27,3% (n=3) disseram não ter nenhuma dificuldade e 18,2% (n=2) não souberam responder.
Nas atividades e participação abordando a vida comunitária e recreação e lazer, ou seja, as atividades e tarefas necessárias do indivíduo para participar da vida social fora do âmbito familiar. Destes, 36,4% (n=4) não tem dificuldade, uma média de 18,2% (n=2) responderam ter dificuldade de moderada a completa. Já quando argumentados sobre a recreação e lazer, 36,4% (n=4) disseram não ter dificuldade, mas não saem muitas vezes por falta de companhia. Apenas 9,1% (n=1) respondeu ter dificuldade completa .
Segundo Provenza (2004), o sexo feminino é o mais acometido, onde a proporção de mulheres para homens compreende a proporção de 6 a 10: 1. A maioria dos pacientes relataram dor intensa ao serem avaliados, autores afirmam que quadros dolorosos de evolução crônica, sem patologia estrutural demonstrável, a dor perde a função de alarme e passa a ser o núcleo fundamental do problema determinando importantes repercussões emocionais, cognitivas e trabalhistas que implicam uma serie de transtornos na vida pessoal e no convívio familiar e social do paciente (ARIAS, 2008).
Homann (2012), afirma que o comprometimento para a realização das tarefas cotidianas diferiu entre dois grupos, sendo um com a FM e o outro sem a FM, demonstrando condição de dificuldade moderada a incapacidade grave para o grupo FM. Observou-se também que, entre as pacientes, quanto maior a intensidade dolorosa relatada, maior a dificuldade para o desempenho das atividades da vida diária. A respeito das atividades e limitações de desempenho funcional, a maioria dos pacientes possui dificuldade moderada à grave.

As dificuldades de interações e relacionamentos interpessoais tanto com outras pessoas, como nos relacionamentos familiares e no relacionamento íntimo, tiveram dificuldade leve a moderada no presente estudo. Os paciente criam sentimentos de vulnerabilidade e desamparo, iniciando uma série de processos emocionais, afetando negativamente o contexto familiar, social e profissional a que o paciente esta inserido inserido (BERBER; KUPEK; BERBER, 2005; ASSUMPÇÃO, 2009). O estudo ainda contemplou os componentes de atividade e participação, traz uma nova forma de avaliação para pacientes com a Síndrome de Fibromialgia. Por meio deles são avaliados os aspectos pertinentes às atividades da vida diária (AVD's), relacionamentos e envolvimento em situações que não são o objetivo imediato do processo curativo, mas sim de reabilitação.

Conclusão

Com base nos resultados conclui-se que avaliar a atividade e participação através da CIF, buscar informações clínicas e objetivas que são úteis para direcionar um tratamento adequado, que pode impedir ou retardar o processo de incapacidade das pacientes com FM. Entretanto, a abordagem interdisciplinar é fundamental para compreender melhor e de forma global o paciente com FM.

Referências

ANJOS, Raquel; CASSAPIAN, Marina R. A intervenção terapêutica ocupacional junto a pacientes com fibromialgia. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar São Carlos**. v19, n.1, p. 71-80, 2011.
ARIAS M. Es la fi bromialgia una enfermidad neurologica? Neurologia. 2008; 23:593-601.
ASSUMPCAO *et al*. Prevalence of fi bromyalgia in a low socioeconomic status population. BMC Musculoskelet Disord , v.10, n.64, 2009.
BRASILEIRO, Ismênia de Carvalho et al. Atividades e participação de crianças com Paralisia Cerebral conforme a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 62, n. 4, p. 503-511, jul./ago. 2009.
BERBER J.S.S, KUPEK E, BERBER S.C. Prevalencia de depressao e sua relacao com a qualidade de vida de pacientes com sindrome da fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.45, n.2, p.47-5, 2005.
HOMANN D , et al. Percepção de estresse e sintomas depressivos: funcionalidade e impacto na qualidade de vida em mulheres com fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v.52, n.3,p.319-330, 2012.
ROBERTO, José, et al. Fibromialgia. **Revista Brasileira de Reumatogia,** v.44, n.6, p.:443-9, 2004.
MARTINEZ J.E, ATRA E, Ferraz M.B, et al. Fibromialgia: aspectos clínicos e socioeconômicos. **Revista Brasileira de Reumatogia**, v.32, n.5, p.225-30, 1992.
ORGANIZAÇÃOMUNDIALDESAÚDE.**CIF**:ClassificaçãoInternacionaldeFuncionalidade,IncapacidadeeSaúde.SãoPaulo:EditoradaUniversidadedeSãoPaulo,2008.
ROCHA, M. O.; OLIVEIRA, R. A.; OLIVEIRA, J.; MESQUITA, R. A. Hidroterapia, pompage e alongamento no tratamento da fibromialgia-relato de caso. **Fisioterapia em Movimento**. Curitiba, v 19, n. 2, p. 49-55 abr./jun. 2006.
RIBERTO, Marcelo. Classificação Internacional de Funcionalidade: uso em dor crônica. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO E ENCONTRO INTERNACIONAL SOBRE DOR, 8., 2007, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Office Editora, 2007, v. 8,. p. 125-127.

SKRABEK R.Q, GALIMOVAL L., ETHANS K, PERRY D. Nabilone for the treatment of pain in fibromyalgia. São Paulo: **The Journal of Pain**. v.9, n.2, p.164-173, 2008.

CO DEPENDÊNCIA: FATORES QUE INTERFEREM NA VIDA DO FAMILIAR DO DEPENDENTE QUÍMICO.

David Johnny Silva Aragão, Acadêmico do Curso de Educação Física da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Monitor Bolsista do PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial johnny.p.aragao@hotmail.com.
Lorenna Saraiva Viana, Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Monitora Bolsista do PET-Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial
Ananda Milena Martins Vasconcelos, Acadêmica do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA), Monitora Bolsista do PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial
Sérgio Rodrigues Duarte, Preceptor PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial, Graduado em Enfermagem, Especialista em Saúde Mental.
Eliany Nazaré Oliveira, Orientadora da Pesquisa, Coordenadora do projeto PET- Saúde Redes de Atenção/Rede Psicossocial, Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC), Docente do curso de Enfermagem pela Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).

Palavras-chave: Drogas. Dependência Química. Família. Uso e consequência das drogas.

Resumo

A codependência é compreendida atualmente como a tendência de viver focado no dependente químico, alienando-se de si mesmo, apresentando comportamentos como minimização de problemas, tentativas de controlar, proteger e assumir a responsabilidade e as consequências dos atos do dependente químico. Nesse sentido, o trabalho teve por objetivo descrever a experiência de uma roda de conversa vivenciada pelos monitores do Pet Redes/ Rede psicossocial durante a realização de grupos de familiares no CAPS AD no município de Sobral-Ceará. O presente estudo trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo com abordagem qualitativa, que buscou descrever os principais fatores relacionados com a codependencia química observado pelos monitores bolsistas do PET-Saúde Redes de Atenção/ Rede Psicossocial, durante a realização de grupo de familiares no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas. Através das discussões e ações realizadas no decorrer desta pesquisa foi perceptível o sofrimento do familiar do dependente químico, onde os mesmos relatavam as vivências dos usuários no âmbito familiar e social e suas atitudes e consequências. Conseguimos identificar sofrimentos, caracterizados de várias formas: físicas, psíquicas, emocional, perda da individualidade, entre outros. Por meio das intervenções realizadas no CAPS-AD, pode-se perceber que os grupos de familiares, utilizados nesses espaços, constitui-se como ferramenta de fundamental importância para identificação e amenização do sofrimento familiar decorrente da dependência química, como

espaços de escuta, troca de experiências entre os familiares, além de fazer com que os mesmos desenvolvam certa autonomia na resolução dos conflitos e sofrimento diante do uso abusivo de drogas.

Introdução

O uso de drogas lícitas e ilícitas vem sendo foco de grande preocupação mundial, constituindo-se atualmente como um grande problema de saúde pública, embora seja um fenômeno antigo na história da humanidade. Segundo dados do Relatório Mundial sobre Drogas da ONU (UNODC, 2012), o problema da droga atinge cerca de 27 milhões de pessoas, o que representa 0,6% da população mundial, e vem despertando uma forte preocupação social.

A Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD (2001) define o termo droga psicotrópica ou psicoativa como toda e qualquer substância capaz de modificar o funcionamento da atividade cerebral, podendo gerar distintas alterações no comportamento, no humor, na cognição e na percepção (Washton & Zweben, 2009). Quando há o consumo abusivo e repetitivo dessas substâncias, sem que haja um controle, frequentemente, instala-se a dependência (Crauss & Abaid, 2012).

Nesse sentido, a Classificação Internacional de Doenças (CID-10), caracteriza a dependência química pela presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar dos graves problemas relacionados a ela (Kaplan, Sadock & Grebb, 2007). Sendo assim, o indivíduo dependente de substâncias psicoativas acaba priorizando o uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, podendo prejudicar a saúde e causar destruição, tanto nos aspectos físicos quanto nos aspectos psicológicos e sociais da vida do indivíduo e de seus familiares, de forma direta ou indiretamente.

Diante da nova conjuntura de cuidado aos dependentes de substâncias psicoativas, proposta pela Reforma Psiquiátrica, entende-se a importância da inserção da família no contexto terapêutico dos usuários de drogas, uma vez que é no contexto familiar que se vivencia as consequências da dependência dessas substâncias. No entanto, observa-se que a unidade familiar, envolvida nesse processo de cuidar também sofre, fragiliza-se e se desestabiliza diante dos cuidados desenvolvidos ao longo desse processo de dependência e também são afetadas de diversas formas, seja pelo sentimento de impotência por não saber como auxiliar o dependente químico, seja ao perceber que o seu amor e cuidado não são suficientes para que este deixe de fazer uso da substância da qual é dependente (BIELEMANN, 2009).

Diante disso, desenvolvem a chamada codependência, compreendida atualmente como a tendência de viver focado no dependente químico, alienando-se de si mesmo, apresentando comportamentos como minimização de problemas, tentativas de controlar, proteger e assumir a responsabilidade e as consequências dos atos do dependente químico. (BEATTIE, 2001).

Nessa perspectiva, torna-se necessário oferecer cuidado a todos os familiares, por meio de estratégias que os insiram em espaços de cuidado e escuta para que os mesmos não se tornem codependente no processo de cuidado ao familiar dependente químico. Uma dessas estratégias são os grupos de familiares desenvolvidos nos serviços de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, como o CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas). O CAPS-AD é uma politica pública utilizada para o tratamento da dependência química, constituindo-se como ferramenta que auxilia de forma técnica/científica a população em geral que necessite deste tipo de atendimento. Dentro destas unidades existem momentos para o tratamento também dos familiares envolvidos com essas situações de dependência química como: grupo de familiares, consultas médicas, consultas de enfermagem, terapias alternativas, grupos de lazer e esportes entre outros (BRASIL, 2003). Assim, nesse novo modelo, há a interação da família aos profissionais de saúde para o enfrentamento e gerenciamento de possíveis conflitos ao longo do processo de cuidado do membro familiar com dependência química.

Nesse sentido, o trabalho teve por objetivo descrever a experiência de uma roda de conversa vivenciada pelos monitores do Pet Redes/ Rede psicossocial durante a realização de grupos de familiares no CAPS AD no município de Sobral-Ceará.

Metodologia

O presente estudo trata-se de um relato de experiência de caráter descritivo com abordagem qualitativa, que buscou descrever os principais fatores relacionados com a codependencia química observado pelos monitores bolsistas do PET-Saúde Redes de Atenção/ Rede Psicossocial, durante a realização de grupo de familiares no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas.

Os grupos de familiares aconteceram semanalmente no período de fevereiro a junho de 2014, no Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras drogas (CAPS-AD) da cidade de Sobral e contava com a supervisão do Enfermeiro do serviço e preceptor do PET-Saúde Redes de Atenção/ Rede Psicossocial.

Inicialmente, o grupo contava com poucos participantes, porém com o passar dos encontros esse número foi aumentando gradativamente, ficando numa média de 3 a 7 participantes nos grupos de familiares. Desses participantes, a maioria era do sexo feminino, mãe ou esposa de algum paciente em tratamento por dependência química no CAPS-AD.

No início de cada grupo havia sempre uma apresentação onde os monitores e os participantes se apresentavam, proporcionando uma maior interação entre todos. No segundo momento do grupo, era realizada sempre alguma dinâmica que buscava a exposição de opinião de todos os presentes sobre diversos assuntos.

Resultados e Discussão

Através das discussões e ações realizadas no decorrer desta pesquisa foi perceptível o sofrimento do familiar do dependente químico, onde os mesmos relatavam as vivências dos usuários no âmbito familiar e social e suas atitudes e consequências. Conseguimos identificar sofrimentos, caracterizados de várias formas: físicas, psíquicas, emocional, perda da individualidade, entre outros.

Ao analisar as falas, podemos identificar que o sofrimento dos familiares estavam voltados principalmente para a preocupação em manter seus filhos longe do vício; aos fatores relacionados à hábitos tais como a alimentação irregular e higiene inadequada; situações de risco, tais como a violência, ocasionados pelos locais onde é realizado o consumo; envolvimento dos filhos com o crime; prejuízo financeiro em casa ocasionado pelos roubos frequentes a fim de promover a manutenção do uso; desinformação quanto as formas de tratamento e adesão dos filhos à este tratamento bem como as comorbidades decorrentes do uso das drogas. Pode-se observar que muitos familiares relataram que se sentem tristes ao verem seus entes sendo destruídos pelas drogas e dominados pelo vício e dizem sentir-se cansados e angustiados diante de tanto sofrimento emocional e físico ocasionados pelos cuidados diários decorrentes da dependência.

Além desses aspectos, os familiares alencaram problemas de saúde como depressões, tensões musculares, nervosismos, estresses, hipertensão, diabetes, além de problemas sociais e familiares, como a falta de interesse em realizar as atividades da vida diária, lazer, decorrente da ocupação imposta pelo dependente químico e seus problemas. Nesse caso, os familiares acabam por desenvolver

distúrbios, acompanhado de ansiedade, angústia e compulsão obsessiva em relação à vida do dependente químico, apresentando, de certa forma, uma dependência, não de substâncias, mas sim do vínculo com o dependente químico.

Conclusão

Por meio das intervenções realizadas no CAPS-AD, pode-se perceber que os grupos de familiares, utilizados nesses espaços, constitui-se como ferramenta de fundamental importância para identificação e amenização do sofrimento familiar decorrente da dependência química, como espaços de escuta, troca de experiências entre os familiares, além de fazer com que os mesmos desenvolvam certa autonomia na resolução dos conflitos e sofrimento diante do uso abusivo de drogas. Além disso, pode-se identificar também a importância da atuação de uma equipe multiprofissional nesse processo de cuidado holístico dos familiares e dependentes químicos, tendo sempre em vista todos os aspectos que envolvem a codependência.

Referências

BEATTIE, M. Co-dependência nunca mais. Rio de Janeiro: Record, 2001. cap. 3, p. 44 - 53.

BRASIL, Ministério da Saúde. (2003). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília, DF: Autor.

CRAUSS, R. M. G., ABAID, J. L. W. (2012). A dependência química e o tratamento de desintoxicação hospitalar na fala dos usuários. Contextos Clínicos, 5(1), 62-72.

KAPLAN, H.; SADOCK, B., GREBB, J. (2007). Compêndio de Psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica (9ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

WASHTON, A. M., ZWEBEN, J. E. (2009). Prática Psicoterápica eficaz dos problemas com álcool e drogas. Porto Alegre: Artmed.

Agradecimentos

Agradecemos à colaboração do CAPS AD nas ações desenvolvidas, a participação e envolvimento dos familiares ao longo do desenvolvimento das atividades, além da oportunidade proporcionada pelo Pet Redes/Rede Psicossocial em participar desses momentos de cuidado aos familiares em sofrimento ocasionados pela dependência química.

COMORBIDADES EM SAÚDE MENTAL: A ACESSEBILIDADE COMO EXERCÍCIO DA CIDADANIA

Juliana Brito Cavalcante (Autora) Universidade de Fortaleza; juliana_brito_psicologia@hotmail.com
Cândida Mayara Rodrigues Carvalho,Universidade Santa Maria;
Rosendo Freitas de Amorim, Universidade de Fortaleza;
Maria Vieira Saintrain, Universidade de Fortaleza;
July Grassiely de Oliveira Branco, Universidade de Fortaleza;
Fátima Luna Pinheiro Landim(Orientadora),Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave:Transtorno de humor bipolar; drogas; acessibilidade; cidadania.

Resumo

Muito comumente os transtornos mentais apresentam-se associados a alguma outra patologia. O Transtorno de Humor Bipolar possui coexistência significativa com síndromes metabólicas e principalmente patologias psíquicas. Um estudo síntese aponta que a comorbidade em pacientes com Transtorno de Humor Bipolar é muito mais regra que exceção, e que se trata de um fenômeno clínico dos mais relevantes com implicações de diagnóstico, tratamento e prognóstico.
Esta pesquisa objetiva caracterizar o paciente com a comorbidade Transtorno de Humor Bipolar e Transtorno Relacionados ao uso Substâncias Psicoativas através das percepções dos usuários da rede de apoio.
Do exposto, questiona-se: quem são essas pessoas que sofrem com essa comorbidade, como se configuram atualmente sua rede social de apoio e ainda, qual o significado desse apoio recebido.
Decorreu-se a necessidade de investigar as redes sociais das pessoas acometidos pela comorbidade, diante do auxílio/proteção que esse suporte pode lhes conferir em momentos difíceis, constituindo assim fator *sine qua non* na reorganização de vida e inclusão social desse ser humano.

Introdução

O uso de substâncias psicoativas representa um problema de saúde pública, e, por si só, acarreta vários problemas para pessoas acometidas por este mal. Associado ao Transtorno de Humor Bipolar (THB) constatam-se maiores agravos/desordens decorrentes do difícil manejo clínico e da fragilização das redes sociais das pessoas acometidas por essas patologias. Corroborando, Ribeiro et al. (2005) descreve que o THB e o Transtorno Relacionados ao uso Substâncias Psicoativas (TUS) são doenças com alto potencial de limitação de autonomia, tornando-se ainda mais sérias quando associados.
O Transtorno de Humor Bipolar (THB) possui coexistência significativa com síndromes metabólicas e principalmente patologias psíquicas. De fato, muito comumente os transtornos mentais apresentam-se associados a alguma outra patologia. Ratificando essa inferência, um

estudo síntese aponta que a comorbidade em pacientes com THB é muito mais regra que exceção (SACHES;ASSUNÇÃO; HETEM, 2005).
Dentre as patologias associadas ao transtorno bipolar, Kessler et al. (1997) destacam o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS). Entre 50 e 60% dos pacientes com transtorno bipolar apresentam história de uso abusivo de substâncias psicoativas (BAETHGE et al., 2008). Nesse domínio, tanto estudos populacionais (LAGERBERG, 2010), quanto clínicos (KESSLER, 2004) inferem o uso de substâncias psicoativas pelos pacientes bipolares como algo bastante comum e mais frequente do que na população geral.
Corroborando, escrevem Ribeiro et al (2005) que o THB é a patologia mais associada ao uso indevido de substâncias psicoativas; tendo o álcool particular destaque devido a sua enorme prevalência nas diversas populações.. Ainda é inferência desses autores que a coexistência de THB e TUS configura uma comorbidade com repercussões importantes na vida do paciente.
Na atualidade, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) é o dispositivo dentro da Rede de Assistência em Saúde Mental que vem acolhendo a pessoa com THB e TUS, estimulando a integração com a família, comunidade, e procurando, assim, fortalecer sua autonomia e inserção social (BRASIL, 2008).
Nesse sentido objetivou-se conhecer a estória de pessoas com transtorno bipolar e sua relação com as drogas, através do Transtorno Relacionados ao uso Substâncias Psicoativas.
A alta prevalência, bem como os muitos questionamentos envolvendo a comorbidade THB e TUS, justifica o estudo do tema. O acesso a as pessoas pode ajudar a entender os mecanismos da pessoa com THB para o uso de drogas, bem como motivações para seguir fazendo uso.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, a coleta de dados aconteceu no espaço físico dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPSad) situados nas secretarias regionais da Cidade de Fortaleza-CE.
O estudo realizou-se em três CAPSad em Fortaleza- Ceará. Optou-se por desenvolvê-lo em três de um total de seis, pois se acreditou que os locais escolhidos trariam um panorama geral da realidade.
Formaram parte como sujeitos do estudo pacientes acompanhados nos CAPSad, identificados como portadores da comorbidade Transtorno de Humor Bipolar (THB) e Transtorno Relacionados ao uso Substâncias Psicoativas (TUS). Coletou-se dados das exatas seis (06) pessoas que no intervalo de tempo da pesquisa acessaram aos serviços com específico diagnóstico para a comorbidade objeto desse estudo.
A identificação dos informantes se deu por meio do médico psiquiatra que estavam cientes dos diagnósticos. Para acessar esses pacientes, contou-se com a ajuda do profissional retrocitado, bem como dos trabalhadores envolvidos nos agendamentos de consulta. Os colaboradores informavam a pesquisadora quando o possível informante compareceria ao CAPSad e a mesma ia ao seu encontro.
Aqueles pacientes que foram identificados e avaliados pela pesquisadora e/ou por alguém da equipe multiprofissional e que possuíam prejuízo de julgamento, não foram cogitados para se fazer entrevistas. Esse critério é decorrente da compreensão de que a capacidade de julgamento é necessária para todas as decisões diárias, a fim de se estabelecer prioridades e conjecturar consequências.
As técnicas para obtenção dos dados qualitativos foram a entrevista semi-estruturada e a observação, realizadas durante o mês de abril e maio de 2011, as ferramentas utilizadas para obtenção dos dados foram, respectivamente, as anotações do diário de campo e o gravador (mediante conhecimento e autorização dos informantes), como forma de registrar mais fielmente os depoimentos desencadeados pelas seguintes questões: 1) Qual o(s) motivo(s) que o fizeram iniciar o uso de drogas?; 2) ? O que o motivou a permanecer fazendo uso?.
Os dados foram analisados através da Análise Categorial, que, segundo Bardin (2002), trata-se do desmembramento do discurso em categorias, em que os critérios de escolha e de delimitação orientam-se pela dimensão da investigação dos temas relacionados ao objeto de pesquisa, identificados nos discursos dos sujeitos pesquisados.
Àqueles que aceitaram participar da pesquisa, preencheram o “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, manifestando sua anuência em participar do estudo. O sujeito foi previamente esclarecido quanto ao seu direito de abandonar a pesquisa em qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Defende-se que o pesquisador responsável é obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante do estudo (BRASIL, 1996). Essa pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza - COÉTICA sob parecer n. 147/2008.

Resultados e Discussão

A dinâmica/rotina dos CAPSad configuram fator barreira para acesso a esses usuários, pois constatou-se que os pacientes entrevistados frequentam o serviço, independente de estarem em crise ou não, apenas para as consultas psiquiátricas. Transparece não sofrerem estimulo suficiente para seguir em um acompanhamento multiterapêutico.
Quanto ao (sub)diagnóstico da comorbidade (THB – TUS), observou-se que o grande número de usuários com diversas patologias que acessam diariamente o serviço acaba sobrecarregando os profissionais dos CAPSad em estudo, tornando os atendimentos efêmeros e superficiais, o que dificulta o maior aprofundamento na história de vida do paciente.
Tal realidade do campo remete aos escritos de Ribeiro (2005), para quem essas comorbidades são bastante recorrentes, existindo, no entanto, uma grande quantidade de lacunas que prejudicam seu acompanhamento – tais como: a ausência de parâmetros diagnósticos confiáveis e a falta de metas terapêuticas apropriadas.
Os resultados são significativos para a realidade de nossa sociedade, em especial se considerarmos que os Transtornos decorrentes do Uso de Substâncias Psicoativas tem repercussão como sério problema de saúde pública/coletiva. Além de se tratar de uma das patologias que mais configuram a comorbidade com o THB (BAETHGE et al., 2008).
Identificou-se terem sido diversas as motivações que levaram os participantes do estudo a iniciar o uso de alguma droga ou a manter esse comportamento. Depoimento houve que infere o transtorno de humor como uma predisposição. Vejamos a resposta dada por uma paciente quando questionada acerca de motivações para iniciar o uso de drogas: “*Depressão, depressão... Falta de conhecimento, de sabedoria*”;
Dentre as suposições que esclarecem a comorbidade THB e o TUS, alguns autores defendem a presença da impulsividade. Já Swann et al. (2003) e Casas et al. (2008) defendem que a impulsividade apresenta-se em todos os períodos da enfermidade bipolar, e é fator de risco para transtornos mentais relacionados ao uso de substâncias psicoativas.
“*Quando eu tinha 13 e 14 anos eu tinha várias crises de humor. Queria mandar sabe no comércio do meu pai. Rasgava o livro chingava a professora. 14 anos eu já tinha depressão, lembro que ia pro psicólogo do colégio porque estava sozinho deprimido”*. Ressalta-se que essa fala é de um informante que relata ter iniciado o uso de drogas quando tinha 13 e 14 anos, na mesma época em que apresentou esses sintomas. Destarte, presume-se que o início do uso de drogas está intimamente ligado com a sintomatologia maníaco-depressiva do bipolar conforme descrito por autores.

Registraram-se também depoimentos em que a curiosidade por descobrir o "barato" que a droga pode proporcionar, foi preponderante na sedição de ingressar no consumo: "*Eu comecei com 13 anos... foi curiosidade, pura curiosidade*". Para alguns, à essa prática curiosa seguiu-se a compulsividade.
Assim, constata-se que o sujeito em sofrimento mental pelo transtorno afetivo bipolar, seja particularmente com apresentações de sintomas depressivos torna-se bastante vulnerável a iniciar o uso de drogas.
Desajustes familiares estão também na ordem de depoimentos como desencadeadores do uso de substâncias nocivas, associadas às crises de THB.

Tudo começou com minha família, né? É muito desajustada! Minha mãe, difícil, sabe? Pra ela saber que teve um filho homossexual... O primeiro filho, sabe? O filho mais velho, aquela coisa toda. Pra minha mãe engolir isso, conviver com isso foi tudo difícil. Foi na época também que eles (referindo-se aos seus pais) estavam se separando, sabe? Ai, foi quando eu tive mais liberdade de me expressar, né? Estavam separados, né? Não tinham domínio nenhum sobre mim, né?

O estudo de Bernady e Oliveira (2010) buscou, dentre outros objetivos, analisar o papel das relações familiares na iniciação ao uso e o abuso de drogas. Ao estudar onze famílias de jovens usuários, constataram que o grupo estudado apresentava vários fatores desfavoráveis no contexto familiar. Os autores descrevem as seguintes condições como sendo possíveis indutoras ao uso de drogas, bem como ao abuso ainda na juventude: perda de membro familiar na infância por falecimento; doenças na família, principalmente uso de álcool e drogas; brigas e separação dos pais; violência intrafamiliar física e psicológica; violência social e convivência do jovem com o crime.
Queremos complementar os autores retrocitados com Lima (2004), para quem a etiologia multifatorial para os transtornos bipolares e depressivos unipolares, ou seja, seus possíveis precipitadores, estão associados com problemas adversos de longa duração, problemas familiares e fatores de personalidade.
Enquanto Stroppa e Almeida (2009) escrevem serem muitas as causas envolvidas na maior recorrência do THB, em Lima (2004) ler-se que, associados a fatores genéticos e neurobiológicos, são desencadeadores do transtorno bipolar eventos adversos da vida tais como: divórcio, problemas a
Dentre as três participantes do estudo, duas não referiram durante a entrevista eventos em sua vida que caracterizassem um episódio maníaco. Obviamente que estas assim como os outros participantes, já vivenciaram algum episódio maníaco e/ou hipomaníaco durante suas vidas, o que lhes confere o diagnóstico, no entanto suponhamos que na nossa amostra os homens sofreram mais episódios maníacos/hipomaníacos do que as mulheres, corroborando com o autor do parágrafo anterior.
O quadro depressivo, contextualizado no início do uso de drogas, está intimamente ligado com os eventos em que o sujeito busca as substâncias. Ao contrário do quadro maníaco, que na droga efeitos que exacerbem as sensações de alegria patológica, no quadro depressivo o sujeito busca a droga como forma de "medicalização" dos seus sintomas, que frequentemente são de cunho negativo, pessimista e suicida.
Eu nunca fico normal, de boa. Eu sempre penso em suicídio. Quando eu tô assim, triste como eu to agora mesmo, ai eu fumo um baseadinho... Já pensando: - melhora cara, fica ai!

Bebo todo final de semana, sexta sábado e domingo. Pó, crack, uma vez perdida. Tem um mês que estou triste, deprimido. Eu sei que tem altos e baixo, mas, ultimamente, tô em uma tristeza grande, faz tempo que eu não sei o que é felicidade.
O Transtorno bipolar envolve elevadas taxas de mortalidade precoce. Esse fenômeno ocorre principalmente devido ao suicídio, acidentes, abuso de substâncias e condições médicas gerais (BALDESSARINI, TONDO &HENNEN 2003).

O risco de suicídio é consideravelmente maior em pacientes bipolares do que em unipolares. Abreu et al (2009) cita que o transtorno bipolar é fortemente associado com ideação suicida, tentativas de suicídio e suicídio completo. Esses achados da pesquisa vão ao encontro do que escrevem Moreno e Andrade (2005). Esses autores afirmam que o risco de suicídio é alto em episódios depressivos e mistos, e mais elevado ainda no THB tipo II e em quadros mistos predominantemente depressivos.
Conclusão
As pessoas em sofrimento psíquico decorrente do transtorno de humor bipolar, ou pelos transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas podem vivenciar diversas situações estressoras decorrentes dessas patologias. Quando associadas, estes transtornos configuram uma comorbidade de alta prevalência que é preditora de sofrimento intenso, já que implica em sérias conseqüências para o sujeito acometido com piora de prognóstico.

O início no uso de drogas se dá ainda na adolescência por influência de segundos e/ou desajustes familiares; coincidindo com a época em que surgiu os primeiros sintomas afetivos. Permaneceram fazendo uso pela "medicalização" dos sintomas depressivos e potencialização do quadro maníaco.

A rede de apoio social é considerada restrita, pessoas da família nuclear. Eles contam com poucos amigos, mas referidos como importantes na resolução de problemas. O fator religião é muito forte, o que leva a concluir por haver pessoas com esse perfil significativas que os pacientes vão acessar, em ambientes de igreja ou correlatos, para obter o apoio emocional.

Ressalte-se que se descreveu aqui a rede percebida e que esta não necessariamente vai coincidir com a rede real.

Entende-se, por fim, que os estabelecimentos de saúde necessitam insistir nas intervenções que põe foco abordagem multiprofissional à família.

Referências

BALDESSARINI.Jonh. Sequencing of substance use and affective morbidity in 166 first-episode bipolar I disorder patients. Bipolar Disorders. Vol10. Issue 6, pages 659-751. September 2008.
BAETHGE Christopher, John Hennen, Hari-Mandir Kaur Khalsa, Paola Salvatore, Mauricio Tohen, Ross J
LIMA, Denio. Depressão e doença bipolar na infância e adolescência. J. Pediatr. (Rio J.) [serial on the Internet]. 2004 Apr [cited 2011 May 18] ; 80(2): 11-20. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572004000300003&lng=en. doi: 10.1590/S0021-75572004000300003.
STROPPA André, Moreira-Almeida Alexander. Religiosidade e espiritualidade no transtorno bipolar do humor. Rev. psiquiatr. clín. [serial on the Internet]. 2009 [cited 2011 May 18] ; 36(5): 190-196. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832009000500003&lng=en. doi: 10.1590/S0101-60832009000500003.
KESSLER, Ronald. The epidemiology of dual diagnosis. Impact of Substance Abuse on the Diagnosis, Course, and Treatment of Mood Disorders. **Biological Psychiatry**, v. 6, n.10, p 738-748,out. 2004. Disponível em http://www.biologicalpsychiatryjournal.com/article/S0006-3223(04)00739-5/abstract. Acesso em 11 de dezembro de 2013.

RIBEIRO,Marcelo; LARANJEIRA, Ronaldo; CIVIDANES, Giuliana. Transtorno bipolar do humor e uso indevido de substâncias psicoativas. **Psiquiatria Clínica**, v.32, supl 1, p 78-88, 2005. Disponível em : http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32s1/24416.pdf. Acessos em 16 de outubro de 2013.
SANCHES, Rafael F; ASSUNÇÃO, Sheila; HETEM, Luiz Alberto B.. Impacto da comorbidade no diagnóstico e tratamento do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 32, n. , p.71-77, 2005.

Agradecimentos

Agradeço a todos que contribuíram para a elaboração desta pesquisa, principalmente aos participantes que aceitaram relatar suas experiências.

COMPLICAÇÕES INERENTES A ANEMIA FALCIFORME: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Ana Maria Machado Borges. Professora da Faculdade Leão Sampaio. Email: anaborges@leaosampaio.edu.br
Amanda Maria Ferreira Pereira. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio.
Samara Naiana Ferreira das Chagas. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio.
Rosany de Souza Brito. Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio.
Alessandra Bezerra de Brito. Professora da Faculdade Leão Sampaio.

Palavras-chave: Hematologia. Hemoglobinopatias. Anemia Falciforme.

Resumo

A Anemia Falciforme (AF) é uma doença crônica, caracterizada pela predominância da hemoglobina (Hb) S, que em condições de hipóxia os eritrócitos modificam-se morfologicamente assemelhando-se a foice, facilitando episódios vaso-oclusivos. Objetivou-se conhecer e refletir acerca das várias complicações advindas da anemia falciforme (AF), bem como sua implicação na qualidade de vida do portador dessa enfermidade. Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico de caráter exploratório, onde foi realizada uma revisão sistemática de artigos do período de 2009 a 2014 nas bases de dados científicas: SCIELO e LILACS e em outras fontes, usando os descritores anemia falciforme e hemoglobinopatias. Foi realizada uma busca de artigos sobre a temática da presente pesquisa. Após a seleção dos documentos foi realizada a pré análise, interpretação e análise textual, agrupados por similaridade temática, permitindo construir o esquema para elaboração do relato dos achados. Os principais achados permitiram refletir que tais complicações decorrentes da AF levam ao desequilíbrio de várias necessidades básicas do ser humano, gerando a necessidade de uma assistência sistematizada, a fim de tornar o portador independente dessa assistência, na medida do possível, pelo ensino do autocuidado, recuperação, manutenção e promoção da saúde. Ressaltando que a avaliação e acompanhamento de um paciente com embasamento científico e sua visualização sendo feita de forma holística beneficia paciente, família e equipe de saúde.

Introdução

A Anemia Falciforme (AF) é uma hemoglobinopatia. Doença hemolítica e hereditária tendo seu gene SS. Caracteriza-se por parte de suas hemácias, quando expostas a condições de oxigenação deficiente, assumirem forma semelhante à foice, facilitando a oclusão de capilares, o que vem a provocar lesões teciduais de caráter agudo e crônico nos órgãos, geralmente acompanhados de dor. Tudo isso favorece para que o portador de AF venha a ter crises dolorosas ocasionadas pela obstrução de pequenos vasos, já que os eritrócitos assumem formato anormal, e pelo consequente aporte de oxigênio diminuído, lesando alguns órgãos (FELIX; SOUZA; RIBEIRO, 2010; CIPRIANO; CERRI, 2013).
A escolha dessa temática se deu pelo fato desta patologia ser uma doença grave, que provoca dificuldades circulatórias, responsáveis por acarretar problemas crônicos de saúde, crises periódicas, complicações de longo prazo e morte prematura.

A partir da divulgação das informações nele contidas, o presente trabalho contribuirá para o meio acadêmico e profissional servindo-lhes como base de estudo e no desenvolvimento de ações assistenciais voltadas as necessidades do portador da enfermidade falcêmica, bem como para reflexão acerca da face abordada dentro do tema discutido.
Dessa forma, o estudo objetiva conhecer e refletir acerca das complicações advindas da AF, bem como sua implicação na qualidade de vida do portador dessa enfermidade.

Metodologia

Trata-se de um estudo do tipo bibliográfico de caráter exploratório. A pesquisa exploratória proporciona o aprimoramento das ideias, objetiva conhecer os fatos e fenômenos envoltos a temática, tornando este mais explícito. O estudo bibliográfico é o estudo desenvolvido com base em material já elaborado por vários autores sobre determinado assunto, onde através desses materiais, visa colocar o pesquisador em contato com o que já setem produzido sobre o tema pesquisado (MARCONI; LAKATOS, 2010).
Para o alcance do objetivo optou-se pelo método da revisão sistemática,onde essa modalidade possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas e obter conclusões a partir de um tema de interesse (MARCONI; LAKATOS, 2010). Inicialmente, houve um levantamento de artigos científicos, disponíveis nas bases de dados científicas: SCIELO (Scientific Eletronic Library Online) e LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde). Utilizou-se os descritores: anemia falciforme e hemoglobinopatias. Considerou-se artigos em português, publicados de 2009 a 2014. Não sendo descartadas outras fontes para pesquisa, como a utilização de manuais do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), por esses serem referências para o diagnóstico, tratamento de complicações e acompanhamento dos indivíduos acometidos pela doença falciforme no Brasil. Foram encontrados 12 artigos, destes foram selecionados oitopor se adequarem à temática estudada. O procedimento analítico iniciou-se com a pré-análise do material mediante pesquisa exploratória. Posteriormente fez-se a interpretação e análise textual. Para uma melhor visualização dos dados, os textos foram agrupados por similaridade temática, permitindo construir o esquema para elaboração do relato dos achados, sendo eles: complicações inerentes a anemia falciforme e implicações psicossociais.

Resultados e Discussão

Complicações inerentes a anemia falciforme

A anemia falciforme pertence a um grupo de alterações genéticas com predominância da hemoglobina (Hb) S. Acredita-se que mundialmente cerca de 270 milhões de pessoas carreguem genes que determinam as Hb anormais (RODRIGUES et al, 2010). Suas complicações são originadas, basicamente, da ocorrência de polimerização da Hb quando expostas a baixas pressões de oxigênio alterando morfologicamente o eritrócito dando formato de foice, provocando dificuldade circulatória, com consequentes fenômenos vaso-oclusivos e infarto na área afetada (GUIMARÃES; COELHO, 2010).
Verificou-se a ocorrência de eventos fatais, geralmente, em exacerbações de complicações agudas, havendo relação entre o número de episódios com a menor sobrevida. Um estudo de campo, retrospectivo e de delineamento transversal realizado pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro avaliando a morbimortalidade, mostrou um predomínio de pacientes na faixa etária de 0 a 29 anos (82,5%) ao comparar com os maiores de 40 anos (8,7%). Observando a inexistência de estudos sobre expectativa de vida em nosso meio, sugere-se que no Brasil o doente falciforme faleça precocemente. Por outro lado, o diagnóstico neonatal precoce e subsequentes medidas preventivas, trazem reflexos positivos sobre a morbimortalidade e o aumento da expectativa de vida (MARTINS; SOUZA; SILVEIRA, 2010). Tendo, no Brasil, a prevalência e morbimortalidade elevadas, considerando um problema de Saúde Pública (MENEZES et al, 2013).
Os processos infecciosos mostram-se como a principal causa de morbimortalidade em crianças, mais frequentemente grave nas menores de cinco anos de idade. Esses sendo extremamente sensíveis a adquirir infecções principalmente no trato respiratório. Nos adultos, 20 a 30% das complicações pulmonares são responsáveis pelas causas de morte (FERREIRA, 2012).
As crises álgicas são consideradas as mais comuns e mais frequentes na doença. Causada pela obstrução do fluxo sanguíneo pelos eritrócitos falcizados, ocasiona dano tissular isquêmico (OAKIS; BENTO; SILVA, 2013). Como a diminuição do fluxo sanguíneo causando hipóxia e acidose, exacerba-se a falcização aumentando o dano isquêmico. Em crianças observa-se a dactalite (ou síndrome mão e pé), geralmente como a primeira manifestação dolorosa. Manifestações músculo-esqueléticas acompanhado de sinais flogísticos e febre também ocorrem (BRASIL, 2006).
A Síndrome Torácica Aguda tem alto potencial de gravidade. É multifatorial, causada por infecções, edema pulmonar, embolia gasosa por medula necrosada, com hipoventilação decorrente de depressão respiratória pelo uso de analgésicos narcóticos usados nas crises álgicas. Caracteriza-se por dor torácica, tosse, dispneia, febre, podendo ocorrer hipercapnia e hipoxemia (BRASIL, 2006; OAKIS; BENTO; SILVA, 2013).
A Crise de sequestro esplênico é o repentino acúmulo intraesplênico de grandes volumes de sangue (BRASIL, 2006). Ocorre diminuição dos níveis de Hb (menor que 2mg/dl) em relação ao nível basal do indivíduo, aumento rápido do baço e com evidência de resposta compensatória da medula (eritroblastose ou reticulocitose persistente). Considerada a 2ª causa mais frequente de óbito nos indivíduos com AF, podendo evoluir para um quadro de choque hipovolêmico (FERREIRA, 2012; ANVISA, 2002).
A Crise aplásica não é tão frequente, ocorrendo geralmente após processos infecciosos, sendo mais severas quando causadas pelo Pavovírus B19 ou deficiência de folato secundário a episódios hemolíticos sucessivos ou após contato com doenças mielotóxicas. Geralmente é autolimitado. Com diferenciação laboratorial comparado ao seqüestro, exibindo esta reticulocitopenia, e no sequestro, reticulocitose (BRASIL, 2006).
O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das complicações mais graves na AF. Adultos são mais comumente afetados pelo AVC hemorrágico e apresenta maior morbimortalidade. É resultante da ruptura de pequenos vasos, a partir de aneurismas ou neoformações vasculares. O AVC isquêmico resulta de infartos em regiões irrigadas pelas artérias cerebrais do polígono de Willis (BRASIL, 2009a). A hemiplegia sendo a apresentação clínica mais frequente (FERREIRA, 2012).
O priapismo é uma falha na detumescência do pênis acompanhada de dor. Está relacionado a diversos fatores como o prolongado relaxamento do músculo liso, a liberação excessiva de neurotransmissores, vaso-oclusão no fluxo de saída do sangue, ou combinação desses fatores. Cerca de 7% dos portadores da doença são acometidos pelo priapismo, onde na ocorrência de longos episódios pode levar a impotência sexual (OAKIS; BENTO; SILVA, 2013).

A Anemia com níveis de Hb entre 6,0 e 11,0g/dl e hemácias com meia vida de 10-12 dias são evidenciados na maioria dos doentes falcêmicos (FERREIRA, 2012). O estado anêmico crônico promove o aumento da atividade simpática reflexa (inotropismo e cronotropismo positivo), e ativação do sistema humoral (retendo sal e água para expandir a volemia), como resposta compensatória (ANVISA, 2002), fazendo com que esses indivíduos sejam oligossintomáticos, mesmo a Hb estando em níveis como os supracitados. Porém, uma diminuição dos níveis basais de Hb, com exacerbação dos sintomas anêmicos pode indicar uma crise de seqüestro, aplásica, ou infecção (FERREIRA, 2012).

Portadores de AF são propensos a desenvolver alterações hepáticas, biliares e icterícia, como: litíases biliares, com possibilidade de desenvolver colangite e colecistite de forma assintomática, ou com episódios de dor abdominal, aumento da icterícia decorrente do aumento da Bilirrubina Indireta (BI) e obstrução de ductos. As dores também podem ser devido a crises vaso-oclusivas abdominais (BRASIL, 2009a). Em crianças e adultos o fígado pode ser sítio de sequestro nas crises vaso-oclusivas, hepatomegalia, icterícia, e redução de hemoglobina e hematócrito (BRASIL, 2006). Ha um aumento dos níveis séricos de BI devido à menor sobrevida do eritrócito, o que leva a icterícia, podendo ser exacerbada pelo aumento da taxa de hemólise, onde deve se atentar para deficiência de Glicose-6-fosfato desidrogenase (G6PD) comum nesses indivíduos ou por conta de infecções (BRASIL, 2006).

Implicações psicossociais

Faz-se necessária uma adaptação ao estilo de vida dos portadores de AF e seus familiares, que se mostra de impacto variável na qualidade de vida relacionado à saúde. Isso devido às mudanças que ocorrem na vida desses indivíduos sejam elas as frustrações com as limitações, perdas, uso de medicamentos, internações hospitalares e perda da capacidade laboral, o que leva a existir limitações nos diversos aspectos, destacando os físicos, sociais, e emocionais. Ao aspecto físico destaca-se a dor relacionada à doença, bem como a sobrecarga imposta pelo cuidado e atenção direcionada ao portador. A situação de uma doença crônica na infância envolve risco de problemas psicológicos e psicossociais para todos os envolvidos ao longo de anos. O bem-estar do próprio cuidador pode estar comprometido, especialmente no constructo mental. Logo, esses vivenciam comumente sentimentos de ansiedade, culpa e depressão, vinculados com a hereditariedade da doença (MENEZES et al, 2013). Ressalta-se também o aspecto socioeconômico que influencia na qualidade de vida, com consequente variação na qualidade alimentar, acesso a educação e assistência médica, condições de moradia e doenças infecciosas associadas (GUIMARÃES; COELHO, 2010).

É importante que os demais setores sociais entrem em contato com informações sobre a AF além do setor saúde para que ocorra o acolhimento das necessidades dessas pessoas. Logo, esse tipo de patologia tende a trazer uma invisibilidade permitindo que as leis já existentes não acolham tais indivíduos, fazendo com que a dor oriunda da doença torne-se mais intensificada provocada pelo abandono social (BRASIL, 2009b).

Conclusão

Com a análise das produções científicas estudadas observou-se em sua maioria duas perspectivas importantes: as complicações inerentes a anemia falciforme e implicações psicossociais. Diante disso, conclui-se que tais problemas decorrentes da AF levam ao desequilíbrio de várias necessidades básicas do ser humano, necessitando assim de uma assistência sistematizada, a fim de torná-lo independente dessa assistência, na medida do possível, pelo ensino do autocuidado, recuperação, manutenção e promoção da saúde em conjunto com outros profissionais.

Os cuidadores são os principais aliados dos profissionais de saúde no tratamento e acompanhamento desses indivíduos. Assim, é importante que a equipe multiprofissional garanta condições para que esses se reestruturem física e emocionalmente diante da nova condição de saúde do seu ente. Bem como a equipe deve muni-los de orientações para a busca de seus direitos sociais.

Focando as complicações que se associam a doença na vida dos portadores, faz com que seja necessário focar nas reais necessidades do paciente, o que permite intervir diretamente através do planejamento da assistência, sendo importante o direcionamento da mesma para a prevenção de complicações decorrentes da doença e para a promoção da melhoria de qualidade de vida.

Portanto, a avaliação e acompanhamento de um paciente com embasamento científico e sua visualização sendo feita de forma holística, favorece a execução de uma prática assistencial direcionada, proporcionando flexibilidade e trazendo benefícios para o indivíduo, família e equipe de saúde.

Referências

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Manual de diagnóstico e tratamento de doença falciforme**. Brasília, 2002. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anvisa/diagnostico.pdf. Acesso em: 05.03.2014.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. **Manual de condutas básicas na doença falciforme.** Brasília: editora do Ministério da saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. **Manual de eventos agudos em doença falciforme**. Brasilia: editora do Ministério da saúde, 2009a .

BRASIL, Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção especializada. **Manual de educação em saúde.** v 2, Brasilia: editora do Ministério da saúde, 2009b.

CIPRIANO C. CERRI, M.F. Anemia falciforme: importância da detecção da doença para saúde pública. **Revista esfera acadêmica.** v3, n 2, p:5-19,2013. Disponível em: http://vitoria.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2014/01/esfera_academica-n3.pdf. Acesso em: 05.03.2014.

FELIX, A.A; SOUZA, H.M; RIBEIRO, S.B.Aspectos epidemiológicos e sociais da doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**. V32, n3. p: 203-208 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbhh/2010nahead/aop72010.pdf. Acesso em: 05.03.2014.

FERREIRA, M.C.B. **Doença falciforme: um olhar sobre a assistência prestada na rede pública estadual- hemocentro regional de Juiz de fora. 2012**. 88f. Dissertação (mestrado em saúde coletiva). Universidade Federal de Juiz de fora, Juiz de fora, 2012.

GUIMARÃES, C.T; COELHO, G.O. A importância do aconselhamento genético na anemia falciforme. **Revista ciência e saúde coletiva**. v 15, n 1, p:1733-1740,2010. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700085. Acesso em: 05.03.2014.

MARCONI, M.A; LAKATOS, E.M. **Fundamentos de metodologia científica**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, P.RJ; SOUZA,H.M; SILVEIRA,T.B. Morbimortalidade em doença falciforme. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**.v32,n5.p:378-383, 2010. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v32n5/aop99010.pdf. Acesso em: 05.03.2014.

MENEZES, et al. Qualidade de vida em portadores de doença falciforme. **Revista paulista de pediatria.** V 31, n 1, p:24-9, 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000100005. Acesso em: 15.04.2014.

OAKIS, L.L; BENTO, A.C.G; SILVA, N.A. Anemia falciforme: os malefícios ocasionados pela anemia falciforme em indivíduos homozigóticos. **Revista Fiar: revista do núcleo de pesquisa e extensão.** v 2, n 1, p: 149-171,2013. Disponível em: http://www.revistafiar.com.br/index.php/revistafiar/article/view/26/12. Acesso em: 25.03.2014.

RODRIGUES et al. Diagnóstico histórico da triagem neonatal para doença falciforme. **Revista de atenção primária à saúde**. V13, n1, p.34-45, 2010. Disponível em: http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/433/295.Acesso em: 05.04.2014.

COMUNICAÇÃO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM COMO INSTRUMENTO BASILAR NA ASSISTENCIA QUALIFICADA AO IDOSO

Julianne Naziazeno de Lima - Universidade Federal de Campina Grande – juliannelima1@hotmail.com;
Suzana Pereira Cardoso da Silva - 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 – Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Idoso; Enfermagem; Humanização da Assistência; Comunicação

Resumo

Comunicação na Enfermagem pode ser entendida como um processo pelo qual a equipe de enfermagem oferece e recebe informações do indivíduo/cliente e sua família, para planejar, executar, avaliar e participar, juntamente com outros membros de outras equipes da assistência. Diante do exposto o presente estudo teve por objetivo analisar as publicações existentes acerca da comunicação de enfermagem como instrumento do cuidar direcionado ao paciente idoso. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura a partir da análise de artigos disponíveis na Biblioteca Virtual de Saúde. As temáticas debatidas na amostra versam sobre o desconforto vivenciado pelo idoso hospitalizado e a comunicação como instrumento do cuidado humanizado em enfermagem a pacientes internados em UTI's. Foi possível perceber, através das pesquisas, o desconforto vivenciado pelo idoso em função do barulho da própria equipe de enfermagem; destacou-se também a inferência da desatenção da equipe quanto aos cuidados salientando-se a negligência da privacidade do cliente. A população idosa se faz cada vez mais presente nos serviços de saúde, fazendo-se necessário que o cuidado integralizado seja uma realidade ao atendimento do idoso, considerando-o protagonista ativo no controle e no tratamento da sua saúde.

Introdução

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que ocorre de forma distinta entre os diferentes países do mundo. No Brasil, esse processo esta ocorrendo com grande rapidez modificando a pirâmide populacional, e com isso surgem preocupações. Atualmente, têm se observado, nas relações que a sociedade estabelece com o idoso, não apenas uma mudança de valores, mas um aumento da esperança de vida, passando o idoso a ser merecedor de cuidado e atenção especiais inexistentes nos últimos dois séculos (LIMA et al., 2010).

A hospitalização é uma situação delicada para o idoso e até mesmo seus familiares, porque envolve a mudança de suas rotinas pessoais a um ambiente estranho e estressante, podendo gerar ansiedade e desconforto para os envolvidos. Com isso, acredita-se que os profissionais de enfermagem podem dar o apoio necessário para que essas pessoas se sintam confortáveis, até mesmo para que sua estadia seja o mais breve possível.
O cuidado humanizado não é uma técnica ou artifício, mas uma vivência a perpassar toda atividade dos profissionais com propósitos de oferecer e realizar o melhor tratamento ao ser humano. Consiste na compreensão e na valorização da pessoa, considerando acima de tudo que haja sensibilização por parte da equipe com relação à problematização da realidade(BACKES; FILHO; LUNARDI, 2014). Humanizar a assistência em saúde implica dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade (OLIVEIRA; COLLET; VIERA 2014).
Quanto ao processo de comunicação, este é o elo entre os profissionais e o idoso, permitindo a compreensão das necessidades implícitas ou explícitas que permeiam a relação(ASSUNÇÃO; FERNANDES, 2010). Comunicação na Enfermagem pode ser entendida como um processo pelo qual a equipe de enfermagem oferece e recebe informações do indivíduo/cliente e sua família, para planejar, executar, avaliar e participar, juntamente com outros membros de outras equipes da assistência, necessárias para a reversão/melhoria/estabilização de suas condições de vida e saúde, incluindo as doenças ou mesmo manutenção/proteção/promoção de sua saúde(PROCHET; SILVA, 2008).
Diante do exposto o presente estudo teve por objetivo analisar as publicações existentes acerca da comunicação de enfermagem como instrumento do cuidar direcionado ao paciente idoso.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada em agosto de 2014, através de pesquisa on-line. A coleta de dados transcorreu a partir de triagem bibliográfica controlada na base de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), da Biblioteca Virtual em Saúde, para isto utilizaram-se como descritores em Ciências da Saúde os termos “Idoso”, “Enfermagem”, “Comunicação” interligados pelo operador booleano “and”.
A partir da pergunta “Qual o perfil das produções científicas existentes acerca da comunicação de enfermagem como instrumento do cuidar direcionado ao paciente idoso?”, foi criado um protocolo de busca para a revisão integrada dos documentos; protocolo este construído a partir de critérios de inclusão e variáveis pertinentes a discussão.
Definiram-se como critérios de inclusão: Texto completo em português ou inglês disponível online; ter sido publicado e indexado no qüinqüênio de 2008 a 2013 em Revista de enfermagem; apresentarem como assunto principal: Comunicação; Enfermagem Geriátrica; Relações Enfermeiro-Paciente; Idoso e estar diretamente relacionado ao objeto e objetivo do estudo.
A amostra da pesquisa foi formada por 84 documentos; destes 76 foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão propostos; assim, 08 foram catalogados constituindo a subamostra para análise do objeto de estudo.

Resultados e Discussão

Quanto à quantidade anual de publicações da amostra, foi divulgada nos anos de 2011 e 2012 o total de 37,5% em cada ano, em 2008 teve-se o percentual de pesquisa de 25%.
As Revistas que publicaram sobre o tema foram: Revista da Escola de Enfermagem da USP (Rev Esc Enferm USP) representando 37,5% das produções ; Escola Anna Nery Revista de Enfermagem (Esc. Anna Nery Rev.Enferm) obteve 25%; Revista de Enfermagem UERJ (Rev. enferm. UERJ) com 25% de pesquisa; Revista Brasileira de Enfermagem (Rev Bras Enferm) constituiu 12,5%.
As temáticas pesquisadas foram o desconforto vivenciado pelo idoso hospitalizado e a comunicação como instrumento do cuidado humanizado em enfermagem a pacientes internados em UTI’s.

Sobre o desconforto vivenciado pelo idoso hospitalizado o que se destaca como ponto discursivo é o desconforto inerente ao barulho provocado pela equipe de enfermagem e a desatenção por parte da mesma em relação aos cuidados prestados. Cita-se que houve negligencia quanto à privacidade dos pacientes. Além disto, destaque é concedido a informação de que houve desagrado quanto à manipulação da unidade do paciente, sem o entendimento da explicação e consentimento para a assistência, inferindo a prática realizada o desrespeito à intimidade com a banalização da exposição do corpo.
As ações de invasão ao território foi o mecanismo mais descrito, sendo um ato contra a preservação do espaço do idoso (SCHIMIDIT; SILVA, 2012).
Destarte, acredita-se que profissionais da equipe de enfermagem devem estar atentos às necessidades básicas do indivíduo, seus pontos fortes e suas limitações. Ser sensível possibilita ampliar o leque perceptivo e não se restringir às formas convencionais de usar os sentidos (PROCHET; SILVA, 2008). Dessa forma, pode-se facilitar a promoção da saúde do indivíduo e impedir que um agravo maior se instale.

No tocante à comunicação relacionada aos pacientes internados em UTI’s, em especial, salienta-se que é necessária a compreensão, por parte dos profissionais de enfermagem, que a internação neste setor desencadeia sentimentos de insegurança e sofrimento. Em função do descrito, torna-se mister o desenvolvimento de estratégias de comunicação, sejam estas verbais ou não verbais para lidar com os pacientes, mesmo quando sedados. Durante a realização de diferentes procedimentos e cuidados, a comunicação como um instrumento de cuidado estimula a reação do paciente; podendo ajudá-lo a superar problemas; a relacionar-se melhor com os demais e a ajustar-se as necessidades de assistência (BARLEM et al., 2008).
A priori, destaca-se também que nos artigos revisados, apesar de pontuais críticas relacionadas a equipe de enfermagem, os pacientes assistidos estavam satisfeitos com os cuidados prestados e reconheceram a preocupação dos profissionais com os aspecto da comunicação. Todavia desconfortos são gerados e decorrentes da rotina imposta pelas instituições hospitalares.
Há a necessidade do reconhecimento do paciente como sujeito do cuidado e não seu mero objeto, assegurando, sempre que possível, seu direito a escolhas, à decisão, a partir do que acredita, valoriza e deseja para si (BARLEM et al., 2008).

Conclusão

Denota-se, a partir da revisão da amostra considerada que ainda é escassa a publicação de documentos científicos que valorizem o ato comunicativo como elemento facilitador de relações, preventivo ou mesmo terapêutico, em se tratando de condições agressoras a saúde do individuo.
A comunicação é um instrumento valioso uma vez que auxilia na descrição e compreensão da experiência, principalmente para o idoso, que se encontra vulnerabilizado pela enfermidade e hospitalizado.

O estudo, ora realizado, denota como contribuição profissional e acadêmica a informação discutida sobre o tema e a possibilidade de sensibilização de leitores sobre a importância do ato comunicativo. É mister destacar que a população idosa se faz cada vez mais presente nos serviços de saúde, assim é possível pressupor que é necessária a apreensão das especificidades inerentes ao processo de cuidar; principalmente quando se exige a atenção a temas subjetivos, como a comunicação; que, por fazerem parte da rotina inter-relacional podem não ter sua devida importância valorizada.
Faz-se necessário que o cuidado integralizado seja uma realidade ao atendimento do idoso, portanto, respeitando-se o processo de envelhecimento do indivíduo e as necessiaddes especiais de assistência inerentes. Utilizar uma abordagem individual centrada na pessoa, e não na doença; considera o idoso como protagonista ativo no controle e no tratamento de sua saúde.

Referências

ASSUNÇÃO, Geórgia Pires; FERNANDES, Raquel Aline. Humanização no atendimento ao paciente idoso em unidade de terapia intensiva: análise da literatura sobre a atuação do profissional de saúde. **Serviço Social em Revista** [online] v. 12, n. 2, 2010.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; LUNARDI, Valéria Lerch. A construção de um processo interdisciplinar de humanização à luz de Freire. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 14, n. 3, Sept. 2005 .

BARLEM et al., Edison Luiz Devo. Comunicação como instrumento de humanização do cuidado de enfermagem: experiências em unidade de terapia intensiva. **Rev. Eletr. Enf.** [Online]. v. 10, n. 4, pp. 1041-1049, 2008.

LIMA, Thaís Jaqueline Vieira de et al . Humanização na Atenção à Saúde do Idoso. **Saude soc.**, São Paulo , v. 19, n. 4, Dec. 2010 .

OLIVEIRA, Beatriz Rosana Gonçalves de; COLLET, Neusa; VIERA, Cláudia Silveira. A humanização na assistência à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 14, n. 2, Apr. 2006 .

PROCHET, Teresa Cristina; SILVA, Maria Julia Paes da. Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 2, jun. 2008.

SCHIMIDIT, Teresa Cristina Gioia; SILVA, Maria Júlia Paes da. Proxêmica e cinésica como recursos comunicacionais entre o profissional de saúde e o idoso hospitalizado**. Rev. enferm. UERJ**; 20(3): 349-354, jul.-set. 2012.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: CONSTRUINDO NÚCLEOS DE VISIBILIDADE PÚBLICA

Cicero Charlison Renan Alves - Faculdade de Medicina do ABC Paulista-SP (FMABC). onciole_alves@hotmail.com.
Cicero Dias de Lima - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Mara Núbia Pinto Amâncio - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Luciana Barreto Araújo - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Maria da Conceição Moreira Medeiros - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Vania Barbosa do Nascimento (orientador/a)- Faculdade de Medicina do ABC Paulista- SP (FMABC). vaniabn@uol.com.br.

Palavras-chave: comunicação em saúde. Conselhos de saúde. Participação social.

Resumo

O seguinte trabalho visa analisar o impacto e a importância das técnicas de comunicação virtual em saúde, tendo como objeto de estudo a experiência desenvolvida pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU) junto aos Conselhos Municipais de Saúde (CNS) da 17ª Região de Saúde, a qual é composta pelos municípios de Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. Nota-se que a oficina tem um propósito pertinente de fortalecimento dos espaços de comunicação e participação ativa do controle social na promoção da saúde. Percebe-se que essa área temática perpassa por uma gama de desafios no que tange a sua efetividade.

Introdução

Grandes experiências sobre comunicação e saúde vêm sendo desdobradas, vários autores abordam essa questão e explicitam a importância e impacto da comunicação, uma vez que proporciona a ampliação do espaço de dialogo da política de saúde com a sociedade**.** Atualmente com o avanço das tecnologias a população interage de forma fácil e abrangente, tornando-se acessível à disponibilização das informações.
Com a ampliação e expansão das redes sociais têm-se possibilitado o acesso a esses espaços para exposição de ideias, discussões e debates. Na saúde, esse processo midiático tem impactado muito na dinâmica e desdobramento da política. Proporcionando a sociedade uma gama de conhecimentos e orientações a cerca da saúde e da sistematização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).
A partir desses processos criam-se ambientes para discussão e publicização da política de saúde, ampliando os canais de debate e visibilidade. Observa-se que também é uma grande estratégia de consenso e disputa, ou seja, de hegemonia e contra hegemonia, proporcionando um caráter mais democrático e social à política de saúde.Havendo a necessidade de explorar e dimensionar os estudos e trabalhos de comunicação e saúde, haja vista que esse direito de visibilidade pública é preconizado pela Política Nacional de Saúde (PNS).

Metodologia

Para concretização da pesquisa utiliza-se como aspecto metodológico a observação sensível, através de um relato de experiência exitosa correlacionando a uma revisão bibliográfica. Têm-se como foco textos, revistas, artigos e obras que discutem comunicação e saúde e controle social na saúde.

Resultados e Discussão

Nos últimos anos tem-se debatido muito sobre a relevância da comunicação na Saúde. Ver-se que esse processo proporciona o máximo de diálogo e interação social. Por meio da comunicação, é possível exercer o papel de "agentes da manutenção ou transformação da realidade" (SALADA, 2008, p. 01, *grifos nossos*), direcionando e orientado a construção da saúde pública.
No intuito de reforçar essa discussão ver-se que:
A comunicação é um tema estratégico quando se tratam de políticas públicas, em especial a saúde. Os meios de comunicação de massas, em particular a televisão, veiculam notícias de saúde com grande ênfase no discurso clínico e biomédico. Esses temas são, em geral, pautados por interesses das grandes empresas de equipamentos, medicamentos e serviços médicos chegando, por isso, a determinar as pautas das programações de instituições públicas de comunicação como as televisões educativas. Torna-se necessário, portanto, desenvolver pesquisas e trabalhos tendo em vista recolocar na esfera pública o conceito ampliado de saúde na ótica da promoção e como direito de todos os cidadãos. O direito à comunicação vem sendo vocalizado pelos setores populares e segmentos de profissionais de saúde comprometidos com a inclusão de discursos excluídos na mídia numa perspectiva de democratização da informação. (PITTA, 2002 p. 01).

Na 17ª Região de Saúde do Ceará, sediada no município de Icó, a qual tem uma população de 171, 012 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 11 a 12 de setembro de 2013 foi promovida pelo CESAU uma oficina intitulada: Rede de Comunicação do Controle Social, sendo essa uma ação inovadora para a efetivação do SUS, a qual tinha como propósito a implantação dos núcleos de assessoria de comunicação nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Além de representantes dos conselheiros municipais da região de Icó, obteve-se também a participação de membros de CMS da 18ª Região de Saúde de Iguatu Ceará.
O projeto impetrou como objetivo: capacitar os/as conselheiros/as para expandir trabalhos e técnicas de comunicação, no intuito de melhorar a interação dos CMS com a Sociedade. O Foco principal do programa é desenvolver e instigar a capacidade de comunicação fomentando a visibilidade e publicização dos serviços públicos de saúde. No entanto, o curso estava estruturado em dois momentos: teórico e prático.
O teórico teve o propósito de despertar a capacidade crítica dos/as conselheiros/as sobre a importância da comunicação no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os tipos e instrumentos de comunicação: Mailing (banco de dados ou lista com todos os contatos e e-mails pertinentes a área de trabalho), Release (Instrumento utilizado para assessoria de impressa e divulgação de trabalhos na mídia), Boletim Informativo, Matéria, Blogger e Facebooks, onde os conselheiros podem criar um banco de armazenagem de contatos relevantes ao CMS e socializar suas ações e informações.
A praticidade do curso desenvolveu-se a partir da criação dos Bloggers e Facebooks dos CMS, obtendo-se os seguintes resultados: Dos (07) sete conselhos da 17ª Região de Saúde inscritos e confirmado a participação na oficina do CESAU, compareceram (05) cinco. Sendo: Cedro, Icó, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. Entretanto, os membros conselheiros criaram suas *pages* eletrônicas, e iniciaram o processo de divulgação publicando a agenda e a composição dos CMS.
Essas estratégias para a Saúde tornam-se relevantes, uma vez que os conselhos poderão divulgar as reuniões, encontros, debates, pactuações, normas, novidades, dentre outras. A 17ª CRES e a mesa coordenadora do Fórum Regional de Conselheiros (FRC) acompanharão e estimularão o desenvolvimento das divulgações e socializações de informações inerentes aos Conselhos. No intuito de fomentar e contribuir com o processo democrático e participativo.

Conclusão

Observa-se que essas práticas e técnicas de comunicação perpassam por uma série de desafios. Sendo um deles o de expandir e sensibilizar a gestão sobre a adesão e criação desses ambientes midiáticos, isso se dá por vários fatores, como, precária infraestrutura dos conselhos, baixo financiamento, apoio e a compreensão da sociedade sobre as reais atribuições dos conselheiros de saúde, bem como a relevância dos mesmos.
Torna-se necessário investir na infraestrutura, nos recursos, no intuito de dimensionar a prática e o papel do conselho. Expandir a capacitação dos conselheiros acerca da comunicação, da informação, dos processos deliberativos e fiscalizatórios inerente ao desdobramento da política pública de saúde.

Referências

BRASIL. Constituição (1988), **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
Conselho Estadual de Saúde do Ceará. Rede de comunicação dos conselhos de saúde. www.cesauceara.com,https://www.facebook.com/pages/CESAU/109563925791896?fref=ts,https://www.facebook.com/conselho.e.desaude/media_set?set=a.522173787867069.1073741838.100002233570447&type=1. Acessado em 01 de Outubro de 2013.
http://consaudeico.blogspot.com.br. **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://cmscedro.blogspot.com.br **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://conselhomunicipaldesaudelavras.blogspot.com.br **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://cmsumari.blogspot.com.br **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://cmsoros.blogspot.com.br/ **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
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.**
PITTA, Aurea da Rocha. **Por uma política pública de comunicação em saúde.** *Saude soc.* [online]. 2002, vol.11, n.1, pp. 85-93. ISSN 0104-1290.
SADALA, Maria Lucia. **Comunicação e saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.5, pp. 1195-1197. ISSN 0102-311X.

Agradecimentos

Ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU) na pessoa Agnel e Waleska Thonpsom, pela inovação e crença nesse projeto e a espontaneidade da Dra. Sônia do Ministério da Saúde;

A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, ao núcleo gestor através da Dra. Luciana Barreto (Coordenadora desta instituição) pelo apoio e incentivo a pesquisa e as atividades;

Aos municípios (Secretarias Municipais de Saúde) por ter disponibilizado o apoio logístico aos conselheiros/as.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: construindo núcleos de visibilidade pública

Cicero Charlison Renan Alves - Faculdade de Medicina do ABC Paulista-SP (FMABC). onciole_alves@hotmail.com.
Cicero Dias de Lima - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Mara Núbia Pinto Amâncio - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Luciana Barreto Araújo - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Maria da Conceição Moreira Medeiros - 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, Icó Ceará.
Vania Barbosa do Nascimento (orientador/a)- Faculdade de Medicina do ABC Paulista- SP (FMABC). vaniabn@uol.com.br.

Palavras-chave: comunicação em saúde. Conselhos de saúde. Participação social.

Resumo

O seguinte trabalho visa analisar o impacto e a importância das técnicas de comunicação virtual em saúde, tendo como objeto de estudo a experiência desenvolvida pelo Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU) junto aos Conselhos Municipais de Saúde (CNS) da 17ª Região de Saúde, a qual é composta pelos municípios de Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. Nota-se que a oficina tem um propósito pertinente de fortalecimento dos espaços de comunicação e participação ativa do controle social na promoção da saúde. Percebe-se que essa área temática perpassa por uma gama de desafios no que tange a sua efetividade.

Introdução

Grandes experiências sobre comunicação e saúde vêm sendo desdobradas, vários autores abordam essa questão e explicitam a importância e impacto da comunicação, uma vez que proporciona a ampliação do espaço de dialogo da política de saúde com a sociedade**.** Atualmente com o avanço das tecnologias a população interage de forma fácil e abrangente, tornando-se acessível à disponibilização das informações.

Com a ampliação e expansão das redes sociais têm-se possibilitado o acesso a esses espaços para exposição de ideias, discussões e debates. Na saúde, esse processo midiático tem impactado muito na dinâmica e desdobramento da política. Proporcionando a sociedade uma gama de conhecimentos e orientações a cerca da saúde e da sistematização e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS).

A partir desses processos criam-se ambientes para discussão e publicização da política de saúde, ampliando os canais de debate e visibilidade. Observa-se que também é uma grande estratégia de consenso e disputa, ou seja, de hegemonia e contra hegemonia, proporcionando um caráter mais democrático e social à política de saúde.Havendo a necessidade de explorar e dimensionar os estudos e trabalhos de comunicação e saúde, haja vista que esse direito de visibilidade pública é preconizado pela Política Nacional de Saúde (PNS).

Metodologia

Para concretização da pesquisa utiliza-se como aspecto metodológico a observação sensível, através de um relato de experiência exitosa e revisão bibliográfica. Têm-se como foco textos, revistas, artigos e obras que discutem comunicação e saúde e controle social na saúde.

Resultados

Nos últimos anos tem-se debatido muito sobre a relevância da comunicação na Saúde. Ver-se que esse processo proporciona o máximo de diálogo e interação social. Por meio da comunicação, é possível exercer o papel de "agentes da manutenção ou transformação da realidade" (SALADA, 2008, p. 01, *grifos nossos*), direcionando e orientado a construção da saúde pública.
No intuito de reforçar essa discussão ver-se que:

A comunicação é um tema estratégico quando se tratam de políticas públicas, em especial a saúde. Os meios de comunicação de massas, em particular a televisão, veiculam notícias de saúde com grande ênfase no discurso clínico e biomédico. Esses temas são, em geral, pautados por interesses das grandes empresas de equipamentos, medicamentos e serviços médicos chegando, por isso, a determinar as pautas das programações de instituições públicas de comunicação como as televisões educativas. Torna-se necessário, portanto, desenvolver pesquisas e trabalhos tendo em vista recolocar na esfera pública o conceito ampliado de saúde na ótica da promoção e como direito de todos os cidadãos. O direito à comunicação vem sendo vocalizado pelos setores populares e segmentos de profissionais de saúde comprometidos com a inclusão de discursos excluídos na mídia numa perspectiva de democratização da informação. (PITTA, 2002 p. 01).

Na 17ª Região de Saúde do Ceará, sediada no município de Icó, a qual tem uma população de 168, 603 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no período de 11 a 12 de setembro de 2013 foi promovida pelo CESAU uma oficina intitulada: Rede de Comunicação do Controle Social, sendo essa uma ação inovadora para a efetivação do SUS, a qual tinha como propósito a implantação dos núcleos de assessoria de comunicação nos Conselhos Municipais de Saúde (CMS). Além de representantes dos conselheiros municipais da região de Icó, obteve-se também a participação de membros de CMS da 18ª Região de Saúde de Iguatu Ceará.
O projeto impetrou como objetivo: capacitar os/as conselheiros/as para expandir trabalhos e técnicas de comunicação, no intuito de melhorar a interação dos CMS com a Sociedade. O Foco principal do programa é desenvolver e instigar a capacidade de comunicação fomentando a visibilidade e publicização dos serviços públicos de saúde. No entanto, o curso estava estruturado em dois momentos: teórico e prático.
O teórico teve o propósito de despertar a capacidade crítica dos/as conselheiros/as sobre a importância da comunicação no Sistema Único de Saúde (SUS), bem como os tipos e instrumentos de comunicação: Mailing (banco de dados ou lista com todos os contatos e e-mails pertinentes a área de trabalho), Release (Instrumento utilizado para assessoria de impressa e divulgação de trabalhos na mídia), Boletim Informativo, Matéria, Blogger e Facebooks, onde os conselheiros podem criar um banco de armazenagem de contatos relevantes ao CMS e socializar suas ações e informações.
A praticidade do curso desenvolveu-se a partir da criação dos Bloggers e Facebooks dos CMS, obtendo-se os seguintes resultados: Dos (07) sete conselhos da 17ª Região de Saúde inscritos e confirmado a participação na oficina do CESAU, compareceram (05) cinco. Sendo: Cedro, Icó, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. Entretanto, os membros conselheiros criaram suas *pages* eletrônicas, e iniciaram o processo de divulgação publicando a agenda e a composição dos CMS.
Essas estratégias para a Saúde tornam-se relevantes, uma vez que os conselhos poderão divulgar as reuniões, encontros, debates, pactuações, normas, novidades, dentre outras. A 17ª CRES e a mesa coordenadora do Fórum Regional de Conselheiros (FRC) acompanharão e estimularão o desenvolvimento das divulgações e socializações de informações inerentes aos Conselhos. No intuito de fomentar e contribuir com o processo democrático e participativo.

Conclusão

Observa-se que essas práticas e técnicas de comunicação perpassam por uma série de desafios. Sendo um deles o de expandir e sensibilizar a gestão sobre a adesão e criação desses ambientes midiáticos, isso se dá por vários fatores, como, precária infraestrutura dos conselhos, baixo financiamento, apoio e a compreensão da sociedade sobre as reais atribuições dos conselheiros de saúde, bem como a relevância dos mesmos.
Torna-se necessário investir na infraestrutura, nos recursos, no intuito de dimensionar a prática e o papel do conselho. Expandir a capacitação dos conselheiros acerca da comunicação, da informação, dos processos deliberativos e fiscalizatórios inerente ao desdobramento da política pública de saúde.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Constituição (1988), **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.
Conselho Estadual de Saúde do Ceará. Rede de comunicação dos conselhos de saúde. www.cesauceara.com,https://www.facebook.com/pages/CESAU/109563925791896?fref=ts,https://www.facebook.com/conselho.e.desaude/media_set?set=a.522173787867069.1073741838.100002233570447&type=1. Acessado em 01 de Outubro de 2013.
http://consaudeico.blogspot.com.br. **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://cmscedro.blogspot.com.br **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://conselhomunicipaldesaudelavras.blogspot.com.br **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://cmsumari.blogspot.com.br **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
http://cmsoros.blogspot.com.br/ **Acessado em 01 de Outubro de 2013.**
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.**
PITTA, Aurea da Rocha. **Por uma política pública de comunicação em saúde.** *Saude soc.* [online]. 2002, vol.11, n.1, pp. 85-93. ISSN 0104-1290.
SADALA, Maria Lucia. **Comunicação e saúde**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2008, vol.24, n.5, pp. 1195-1197. ISSN 0102-311X.

Agradecimentos

Ao Conselho Estadual de Saúde do Ceará (CESAU) na pessoa Agnel e Waleska Thonpsom, pela inovação e crença nesse projeto e a espontaneidade da Dra. Sônia do Ministério da Saúde;

A 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, ao núcleo gestor através da Dra. Luciana Barreto (Coordenadora desta instituição) pelo apoio e incentivo a pesquisa e as atividades;
Aos municípios (Secretarias Municipais de Saúde) por ter disponibilizado o apoio logístico aos conselheiros/as.

CONCEITO DE INFANCIA E AS IMPLICAÇÕES ASPECTOS SOCIOCULTURAIS DA TERCEIRA INFÂNCIA

Erika Maria Rocha Leite.1* (PQ)

1. Faculdade Católica de Fortaleza: Especialização em Família: Interfaces Psicológicas e Teológicas.
erika_leite@yahoo.com.br

Palavras-chaves: Psicologia, criança, crescimento, ambiente, cultura.

Resumo

. Objetivou-se analisar a construção da infância a partir dos aspectos socioculturais. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados online Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online (SciELO),* no período de janeiro a julho de 2014. A amostra desta revisão constituiu-se de 05 artigos que, após analisados apontaram resultados acerca dos aspectos significativos dessa fase do desenvolvimento humano que tem emergido com significativa importância para a compreensão do comportamento e das relações humanas, sendo tema de estudos frequente. Os estudos apontaram que a família continua sendo o grande sustentáculo da criança em toda sua estrutura psíquica, física e afetiva, porém a escola também se destaca como uma experiência bastante relevante. Identificamos com o estudo que a construção deste período da vida: a infância e terceira infância, tem características próprias física, cognitiva com implicações a partir da interação sociocultural, incluindo algumas peculiaridades que são próprias da atualidade, porem pouco compreendidas e/ou interpretadas necessitando, portanto de mais estudos, pesquisas para uma melhor e maior compreensão a respeito. Conclui-se que a infância e a terceira infância tem seu conceito construído a partir das relações humanas sendo considerado com um importante objeto de pesquisa necessitando de especialização do estudo do ciclo da terceira infância como forma de contribuir para uma sadia integração das demais fases do crescimento humano.

Introdução

A emergência da noção de criança como um sujeito, com especificidades próprias, acarreta o surgimento de políticas sociais e educacionais que visam orientar a família sobre como criar filhos e corrigir os desvios. Segundo Lasch (1991), a infância torna-se um objeto de estudo dos especialistas.
As crianças de seis a onze anos de idade apresentam desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial que caracterizam a fase da terceira infância.
Alguns admitem que a terceira infância classifica-se entre os sete e os doze anos. Considerando esse intervalo, é visto hoje que a terceira infância também pode ser compreendida entre os seis e os doze anos de vida.
Nessa fase o desenvolvimento torna-se mais lento, mas por outro lado crescem a força física e as habilidades atléticas, de modo geral a saúde é melhor do que em qualquer outra fase do ciclo da vida. As crianças começam a desenvolver o pensamento lógico de maneira concreta, os talentos linguísticos aumentam, assim como as habilidades de memória. É constatado que algumas crianças apresentam necessidades educacionais próprias, assim como podem também apresentar talentos especiais. O egocentrismo diminui e os amigos começam a ter importância fundamental. O autoconhecimento torna-se mais complexo, afetando a uto estima.

O amadurecimento e a aprendizagem na terceira infância dependem da sintonia fina das conexões do cérebro, juntamente com uma seleção mais eficiente das regiões do cérebro, próprias para determinadas tarefas. Juntas, essas transformações aumentam a velocidade e a eficiência dos processos cerebrais e aumentam a capacidade de selecionar importantes informações.
Diante do exposto indaga-se como se constrói a infância e a terceira infância?
Acreditando que a partir do conceito de criança e
Objetivou-se conhecer a psicologia e aspectos socioculturais da terceira infância.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados online Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online (SciELO),* no período de janeiro a julho de 2014. A amostra desta revisão constituiu-se de 05 artigos que, após analisados apontaram resultados acerca dos aspectos significativos dessa fase do desenvolvimento humano que tem emergido com significativa importância
O presente estudo caracteriza-se como descritivo simples, trata de uma pesquisa bibliográfica sobre a construção psíquica e social do conceito de infância, mais especificamente a terceira infância. Buscou-se uma coleta de dados na bibliografia aqui citada e também uma busca nas bases de dados digitais: Scielo, Sciencedaily e Revues. O levantamento de informações aconteceu durante os meses de junho a agosto de 2014. Foram utilizados como descritores: “Psicologia”, “criança”, “crescimento”, “ambiente” e “cultura”. Como critério de refinamento foi considerado: (1) Inclusão de artigos publicados em português, inglês e francês que abordavam o tema da infância e que ajudaram a ter uma visão mais ampla dessa fase do ciclo da vida. (2) Exclusão de dois artigos dentre os sete artigos selecionados.
A análise dos dados foi realizada através de uma pesquisa qualitativa utilizando a abordagem descritiva/ exploratória. Os estudos foram lidos na íntegra, confrontando-os para deles extrair um conhecimento mais lapidado e aprofundado no que diz respeito à terceira infância, assim como novas perspectivas acerca da temática.

Resultados e Discussão

Desenvolvimento Físico

Os movimentos se tornam cada vez mais coordenados: manipulação coordenada de algumas ferramentas, domínio da coordenação escrita, execução rítmica de alguns movimentos de ginástica ou passos de dança.
O crescimento da força nessa época é bem considerável. Isso pode ser constatado através do interesse da criança pelos esportes mais dinâmicos.
Os jogos de competição são as provas do desenvolvimento de rapidez, precisão e resistência.
As crianças crescem de cinco a sete centímetros e meio por ano e adquirem o dobro do peso, aproximadamente. Particularmente as meninas apresentam maior quantidade de tecido adiposo do que os meninos, característica que perdurará até a fase adulta.
As necessidades da criança nesse período, que é também o período da idade escolar, são em média de 2.400 calorias diárias. Por isso aconselha-se nessa fase uma dieta variada que contenha grande quantidade de frutas, vegetais, grãos e elevados níveis de carboidratos complexos.
No que diz respeito ao desenvolvimento cerebral constata-se uma mudança importante: uma perda na densidade da substância cinzenta (corpos neuronais compactos) em certas regiões do córtex cerebral. Este processo reflete a poda de detritos não utilizados. Esta perda de densidade da substância cinzenta é equilibrada por um aumento regular na substância branca, axônios ou fibras nervosas que transmitem informação entre os neurônios para regiões distantes do cérebro. É observado espessamento cortical em regiões dos lobos temporal e frontal. Ao mesmo tempo, um afinamento ocorre na porção traseira do córtex frontal e parietal no hemisfério esquerdo do cérebro. Tal mudança correlaciona-se com melhorado desempenho na parte de vocabulário de um teste de inteligência.
Quanto às brincadeiras elas são espontâneas. Cerca de 10% dessas brincadeiras de crianças em idade escolar nas primeiras séries trata-se de brincadeiras impetuosas, ou seja, brincadeiras vigorosas que envolvem lutas, chutes, quedas e perseguições com frequência acompanhadas por risadas e gritos. Tais jogos podem parecer briga, mas é feito alegremente entre amigos. Tais brincadeiras têm relevantes benefícios adaptativos: afiam o desenvolvimento esquelético e muscular, proporcionam uma prática segura para as habilidades de perseguição e luta, e canalizam a agressividade e competitividade.
Em relação à saúde e condição física pode-se dizer que o desenvolvimento de vacinas para as principais doenças da infância tornou a terceira infância um tempo de vida relativamente seguro na maior parte do mundo. No entanto, a obesidade infantil é uma séria preocupação, a incidência da asma está aumentando no mundo inteiro, e o diabetes requer um olhar atento, pois é uma das doenças mais comum em crianças de idade escolar.

Desenvolvimento Cognitivo

Nessa etapa da vida o pensamento começa a se destacar da percepção simplesmente momentânea, a criança corrige e aperfeiçoa as intuições perceptíveis e estabelece relações objetivas que permitem a aparição das noções de conservação e estabilidade. A cultura dá os referenciais linguísticos, os signos e as maneiras de manifestação da subjetividade. Mudanças na cultura têm implicações na forma como a subjetividade é construída. Há um processo de apropriação da realidade pelo indivíduo. O psiquismo se constrói com as experiências, os conhecimentos, os valores e as informações transmitidos pela tradição, pela comunicação, pela mídia, pela educação e pela ciência (Leontiev, 1978; Vygotsky, 1993).
Segundo Piaget, na terceira infância, as crianças podem pensar logicamente porque conseguem levar em conta os vários aspectos de uma situação, elas atingem o estágio operatório-concreto, durante o qual as crianças desenvolvem pensamentos lógicos, mas não abstrato, elas se utilizam de operações mentais para resolver problemas reais, no entanto, suas maneiras de pensar limitam-se ainda no aqui e agora. Elas têm um melhor entendimento dos conceitos espaciais, causalidade, raciocínio indutivo e dedutivo, categorização, conservação e números.
Piaget afirma que a mudança do pensamento rígido e ilógico das crianças menores para o pensamento flexível e lógico das crianças mais velhas depende ao mesmo tempo do desenvolvimento neurológico e das experiências de adaptação do ambiente.
Quanto ao comportamento moral, Piaget, conclui que na terceira infância a partir dos sete anos os julgamentos consideram a intenção, o que significa o amadurecimento em relação às crianças com menos de sete anos que julgam baseando-se apenas no grau da transgressão.
Nessa etapa do estágio operatório-concreto observa-se uma crescente flexibilidade. À medida que as crianças interagem com mais pessoas e entram em contato com uma variedade mais ampla opiniões, elas começam a descartar o pensamento de que só existe um

único padrão de certo e de errado, e começam a desenvolver seu próprio critério de justiça embasado no tratamento justo para todos. Já que elas conseguem considerar mais de um aspecto de uma situação, podem realizar julgamentos morais mais sutis.
Na terceira infância as crianças fazem um progresso regular nas capacidades de regular e manter a atenção, processar e reter informação, planejar e monitorar seus componentes. E tudo isso inter-relacionados contribuem para a função executiva, o controle consciente de pensamentos, emoções e ações para alcançar objetivos ou solucionar problemas. À medida que seu conhecimento progride, elas conscientizam-se cada vez mais dos tipos de informações relevantes a que elas devem ficar mais atentas e lembrar. Elas também entendem mais sobre o funcionamento da memória, conhecimento tal que lhes permite planejar e usar estratégias, ou técnicas deliberadas que as auxiliem lembrar.
Segundo uma abordagem psicométrica, tanto a hereditariedade como o meio ambiente influenciam a inteligência. Os seguintes tópicos devem ser levados em consideração: desenvolvimento cerebral, influência da escolaridade sobre o QI, influência de raça ou etnia e nível socioeconômico sobre o QI, influência da cultura sobre o QI.
As habilidades linguísticas continuam a se desenvolver durante essa etapa. As crianças são mais capazes de compreender e interpretar comunicações verbais e escritas e conseguem fazer-se entender melhor. A área que mais se desenvolve é a pragmática: o uso prático da linguagem para comunicar que compreende os dons de conversação e de narração.
Além das características próprias de cada criança, cada nível do contexto de suas vidas, a família, a sala de aula, as mensagens recebidas dos amigos, ou a cultura em geral, influencia o desempenho escolar. Alguns dos aspectos que exercem essa influência são: crenças de autoconhecimento, gênero, estilos de parentalidade, nível social, aceitação pelos pares, métodos educativos, tamanho da classe, inovações educacionais e o uso da mídia. Nesse contexto educativo é necessário um olhar especial e atento para a educação das crianças com necessidades especiais, assim como para as crianças superdotadas.

Desenvolvimento Psicossocial

A criança ao se desenvolver passa dos estágios mais simples aos mais complexos, chegando à idade adulta. As teorias na área apontam que o desenvolvimento é ordenado para uma complexidade mais crescente. O desenvolvimento é definido como sequenciado e vai do pré-social ao social, ou do social ao individual, e do pré-lógico ao lógico. O vir a ser está ordenado, hierarquizado e previsto (Wallon, 1968; Piaget, 1976; Vigotsky, 1993).
O crescimento cognitivo que ocorre durante a terceira infância permite à criança desenvolver conceitos mais complexos e ganhar compreensão e controle emocional. Erikson afirma que a visão que a criança tem de sua capacidade para o trabalho produtivo é um relevante conceito para a sua autoestima. É durante a terceira infância que as crianças devem aprender as habilidades que sua sociedade estima, por exemplo, as crianças de países industrializados aprendem a ler, a escrever, a fazer contas e usar computador, enquanto que crianças em países de cultura agrária aprendem a plantar, a colher, a caçar, a pescar. Nesse estágio o desenvolvimento psicossocial tem seu foco na produtividade versus inferioridade. A criança deve ser socializada, o que assegura a transmissão da cultura e garante a continuidade da sociedade. Junto com a família, a escola se estabelece como uma agência socializadora de transmissão de significado e cultura, ficando também a seu encargo os processos disciplinadores, educativos e de guarda das crianças (Lasch, 1991).
A virtude que acompanha a resolução bem-sucedida dessa etapa é a competência, uma visão de si mesmo como capaz de dominar certas aptidões e realizar tarefas. Caso as crianças se sintam inadequadas comparadas com seus pares, elas podem retrair-se para o seio protetor da família. Porém, se de outra forma, elas se tornam diligentes demais, elas podem negligenciar as relações sociais e transformar-se em viciadas em trabalho. Nesse estágio os pais exercem uma significativa influência nas crenças de uma criança sobre competência.
Na terceira infância, as crianças têm conhecimento das regras de sua cultura para expressão emocional estável. À medida que vão crescendo, as crianças tornam-se mais conscientes de sues próprios sentimentos e dos sentimentos das outras pessoas. Elas conseguem controlar melhor suas emoções e responder ao sofrimento dos outros. Elas aprendem o que as deixa com raiva ou tristes e como as outras pessoas reagem à expressão dessas emoções, e aprendem a comportar-se de acordo com a situação.
A autorregulação emocional envolve controle por esforço voluntário das emoções, da atenção e do comportamento. A autorregulação, especificamente a autodisciplina, prediz mais o desempenho acadêmico do que o QI. O controle voluntário ou por esforço pode ser baseado no temperamento, mas geralmente aumenta com a idade. Baixo controle voluntário pode prever problemas de comportamentos futuros.
Nessa etapa do desenvolvimento da vida as crianças tendem a tornarem-se mais empáticas e mais inclinadas a comportamento pró-sociais. Crianças com autoestima alta tendem a estar mais disposta a oferecer-se para ajudar os que são menos privilegiados que elas, e, o altruísmo, por sua vez ajuda a elevar a autoestima. Crianças pró-sociais tendem a agir adequadamente em situações sociais, a serem relativamente livres de emoção negativa, e a lidar com os problemas de forma construtiva. Pais que reconhecem os sentimentos de dor de sues filhos e os ajudam a focar-se na solução do problema estimulam a empatia, o desenvolvimento pró-social e as habilidades sociais.

Conclusão

A terceira infância, também conhecida como a etapa dos anos escolares, é uma etapa bastante significativa na vida da criança, é a preparação para uma sadia adolescência.
É um período importante para o desenvolvimento físico e motor, da personalidade e da autoestima, da linguagem, do pensamento cognitivo e do processo de sociabilização das habilidades. É na terceira infância que acontece um significativo desenvolvimento das habilidades e funções psicológicas contínuas, com um aprimoramento em relação à segunda infância. Há um salto qualitativo em desenvolvimento.
Sendo a terceira infância bem desenvolvida, com certeza a criança estará pronta e almejará desenvolver-se como adolescente e jovem. Mas, por outro lado, se esse ciclo não for bem maturado, a criança corre o risco de querer permanecer nele prolongando esses anos que já não mais correspondem nem ao seu corpo, nem ao seu intelecto, tornando-se infantis quando não mais o são socialmente considerados com tais. Ou pode acontecer também que adolesçam, ou tornem-se jovens apenas cronologicamente falando, com uma estrutura interior carente dos valores afetivos e morais que geram a verdadeira vida interior do ser humano, em outras palavras, adolescentes e jovens que podem tender para a agressividade ou para a apatia.
Por tais razões é tão importante da parte dos pais, professores, educadores e demais orientadores infantis estabelecerem não somente um suporte afetivo, mas também que junto a esse suporte afetivo venha também um conhecimento especializado e aprofundado do mundo interior e exterior à criança, especificamente nessa fase. Pois para que a criança seja verdadeiramente orientada, é preciso, também, que ela seja bem entendida em todos os aspectos, sejam eles físicos, psíquicos, afetivos, sociais, espirituais e morais. E não podemos esquecer que além dos traços gerais da terceira infância, existem também aspectos peculiares, pessoais e únicos de cada um

desses pequenos seres (mas grande em potencial) que precisam ser observados, compreendidos e orientados para o bom desenvolvimento de suas vidas, de suas famílias e da sociedade em que vivem.
Certamente o bom acolhimento a essas crianças no sentido amplo, afetivo, físico, cognitivo e social, assim como um olhar atento, terno e amoroso principalmente para aqueles que mais sofrem seja por negligência da família, ou da sociedade, será já uma imensa contribuição para um mundo que tanto carece de valores humanos e solidários.

Referências

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família.** Rio de Janeiro: Zahar 1978.

COLE, M & COLE S. **O Desenvolvimento da Criança e do Adolescente.** 4ª edição. Porto Alegre, 2004.

PAPALIA, D. E & FELDMAN, R.D. **Desenvolvimento Humano.** 12ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2013.

ECCLES. J. S. The development of children ages 6 to 14. **The Future of Children,** Priceton vol. 9 nº 2, 1999.
Disponível: http://www.princeton.edu.

FENOUILLET, F. La psychologie de l'enfant. **Revue française de pédagogie,** Paris 155, abril-junho 2006.
Disponível : http://rfp.revues.org/308.

INDIANA UNIVERSITY. Social class makes a difference in how children tackle classroom problems. **ScienceDaily**, 27 de Agosto de 2014.
Disponível: http://www.sciencedaily.

SALLES, L. M. F. Infância e adolescência na sociedade contemporânea: alguns apontamentos. **Estudos de Psicologia,** Campinas vol. 22 nº 1, Jan./mar. 2005.
Disponível: http://www.scielo.br.

UNIVERSITY OF CALIFORNIA. In our digital world, are Young people losing the ability to read emotions? **ScienceDaily,** 22 de Agosto de 2014.
Disponível: http://www.sciencedaily.

Agradecimentos

Agradeço a Deus, criador e mantenedor da existência, aos meus pais, a quem Deus confiou meu desenvolvimento humano, de forma especial a minha mãe, Maria do Socorro Rocha Leite (In Memoriam), a meus sobrinhos Camila, Yuri, Ana Clara e Ana Beatriz, crianças que despertam meu amor e admiração por esse ciclo da vida.

CONCEPÇÕES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E DOS ACOMPANHANTES ACERCA DA HUMANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA NAS UNIDADES NEONATAIS

Grazielle Mara da Mata Freire – Universidade de Fortaleza; graziellemaraenf@gmail.com
Duan da Silva Machado – Universidade de Fortaleza
Deisianne Silva Saraiva – Universidade de Fortaleza
Katarina de Holanda Almeida – Universidade de Fortaleza
Livia Silva de Almeida Fontenele – Universidade de Fortaleza
Camila Santos do Couto – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Equipe de Enfermagem. Humanização da Assistência. Unidades de Terapia Intensiva Neonatal.

Resumo

Objetivou-se analisar a produção científica acerca das concepções da equipe de enfermagem e dos acompanhantes acerca da humanização da assistência nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais (UTIN). Realizou-se uma revisão integrativa de literatura, cuja questão norteadora foi: *Qual a produção científica acerca das concepções de humanização nas unidades de terapia intensiva neonatais da equipe de enfermagem e dos acompanhantes?* Utilizaram-se as bases de dados: Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Para a busca dos artigos nas bases selecionadas, os descritores selecionados foram: “Humanização da Assistência”, “Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”, “Equipe de Enfermagem”, “Família”. O levantamento das pesquisas foi realizado em junho e julho de 2014. A amostra da pesquisa foi composta por 6 artigos. Após a leitura e análise de todos os artigos selecionados eles foram categorizados em dois temas principais: “Concepção materna acerca da Humanização dentro de uma UTIN” e “Concepção da equipe de saúde acerca da Humanização dentro de uma UTIN”. Dessa forma, por meio da pesquisa foi possível visualizar a relevância de um atendimento humanizado para a família de um recém-nascido internado na UTIN, acarretando em mudanças na forma destas famílias lidarem psicologicamente com a situação em questão e melhorando o cuidado que a mãe prestará ao seu filho.

Introdução

A hospitalização em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) traz inúmeras implicações para os envolvidos no processo de hospitalização nessa unidade, ou seja, o recém-nascido, os pais e a equipe de multiprofissionais e interdisciplinares fazem parte desse momento crítico. Diante disso, é de suma importância que os profissionais de saúde, em particular o enfermeiro acolha esse recém-nascido juntamente com os pais oferecendo apoio, esclarecendo dúvidas pertinentes sobre a situação clínica do neonato e explicando o motivo do seu internamento e dos procedimentos invasivos que venham a ser realizados (COSTA; KLOCK e LOCKS, 2012).

Partindo desse contexto, criou-se a Política Nacional de Humanização (PNH) lançada em 2004, como uma política que visa à necessidade do estabelecimento do vínculo profissional com os usuários envolvendo atitudes mais humanistas, em busca de instituir uma melhoria na qualidade da assistência (SPIR *et al*, 2011; COSTA; KLOCK e LOCKS, 2012). Desta forma, a equipe de enfermagem atua como mediadora do estabelecimento da interação afetiva entre pais/recém-nascido, no qual devemos inseri-los no cuidar deste neonato, buscando orientar, demonstrar e estimular o contato pele a pele com o recém-nascido (FRAGA et al, 2009).

Entretanto para Reis *et al* (2013), a busca de um serviço humanizado requer um trabalho árduo e contínuo. Considerando que muitos desses profissionais sofrem de estresse ocupacional, sendo estes fatores que dificultam no desenvolvimento de práticas mais humanizadas. Certamente, o desgaste profissional se instala devido vários fatores que são promovidos através de uma sobrecarga da

jornada de trabalho, espaço físico inadequado, níveis excessivos de ruídos, rotatividade são alguns dos motivos identificados na causalidade do esgotamento profissional.

Com base nestes fatores, surge a necessidade da valorização da política de saúde inserida num contexto de humanizar a pratica profissional. Partindo-se, de uma mudança nos modelos de atenção e gestão de processos de trabalho nas instituições de saúde. Facilitando assim, a promoção de práticas acolhedora e mais humanizada (REIS et al, 2013).

Diante disso, essa temática despertou um interesse na construção dessa revisão integrativa, por ser um assunto com relevância que promove o aprofundamento do conhecimento sobre a humanização na UTIN, a conscientização dos enfermeiros na graduação quanto a importância do humanizar na assistência e presta um cuidado centralizado na família, fortalecendo o vínculo e a promoção de um cuidado e assistência de mais qualidade.

Portanto, espera-se que esta revisão possa contribuir para compreender o contexto e a aplicabilidade das dificuldades e facilidades em promover praticas humanizadoras dentro das unidades neonatais, tornando o enfermeiro um agente promotor e mediador do vínculo pais/filho. A partir do exposto, objetivou-se analisar a produção científica acerca das concepções da equipe de enfermagem e dos acompanhantes acerca da humanização da assistência nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatais.

Metodologia

A fim de responder o objetivo proposto, realizou-se uma revisão integrativa de literatura tendo em vista que é uma pesquisa fundamentada em evidências formando um saber crítico, reflexivo, confiável e aprofundado acerca da temática estudada (COSCATRO, PINA e MELLO, 2010).

A questão norteadora desta revisão integrativa foi: *Qual a produção científica acerca das concepções de humanização nas unidades de terapia intensiva neonatais da equipe de enfermagem e dos acompanhantes?* Para realizar a seleção dos estudos, utilizaram-se os sistemas de base de dados: Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil (BDENF) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Para a busca dos artigos nas bases selecionadas, os Descritores de Ciências da Saúde (DeCS) selecionados foram: “Humanização da Assistência”, “Unidades de Terapia Intensiva Neonatal”, “Equipe de Enfermagem”, “Família”. A fim de estabelecer a amostra dos estudos selecionados para a presente revisão integrativa foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra, no idioma português, com publicação no período de 2003 a 2013, que tenha pelo menos um enfermeiro como autor e aborde a temática relativa à humanização de enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal. Serão excluídos os estudos em formatos de editoriais e de cartas ao editor.

O levantamento das pesquisas foi realizado em junho e julho de 2014. A partir dos resultados encontrados após a busca dos estudos e obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão apresentados, realizou-se a leitura exaustiva da produção científica com elaboração de síntese da análise descritiva dos mesmos.

Resultados e Discussão

Em relação a caracterização dos 6 artigos selecionados, estes foram entre os anos de 2009 a 2013. Desses seis artigos selecionados, 4 deles abordavam uma visão de humanização de acordo com a percepção da equipe de saúde, podendo ser médicos, enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem. Todos os estudos com enfoque qualitativo, sendo usado em um deles uma abordagem histórico-social e os demais uma pesquisa exploratória, descritiva.

Em um dos artigos do presente estudo o objetivo era obter a percepção desses profissionais a respeito do significado do acolhimento recebido pelos pais dentro da unidade; já em outro o enfoque era captar desses profissionais a visão que eles têm a respeito de humanização dentro de uma UTIN; no terceiro artigo o objetivo foi a percepção desses profissionais a respeito de práticas que se davam no passado dentro desse tipo de unidade e que continua nos dias atuais, seja de uma forma diferente ou não, contemplando melhorias nos dias de hoje; no último desses quatro artigos o objetivo das entrevistas foi captar o conhecimento dos profissionais a respeito da dor no recém-nascido.

Já nos outros dois artigos selecionados o enfoque foi a percepção das mães a respeito da humanização dentro de uma UTIN, os dois estudos se deram por uma pesquisa exploratória, descritiva com abordagem qualitativa.

Em um dos artigos as mães foram abordadas em relação a visão delas acerca da comunicação na unidade, entre elas e os profissionais de saúde que ali atuavam; porem no outro artigo o enfoque foi captar dessas mães a visão delas a respeito da humanização da assistência realizada pelos profissionais de saúde dentro daquela unidade, de uma forma geral.

Nesse contexto foi percebido quão rico é a área abordada e quão recentes são os estudos envolvidos, se trata de uma preocupação nova na área da saúde e extremamente importante, visto que faz toda diferença no atendimento, tanto na visão profissional-cliente, quanto na visão oposta.

Após a leitura e análise de todos os artigos selecionados eles foram categorizados em dois temas principais: “Concepção materna acerca da Humanização dentro de uma UTIN” e “Concepção da equipe de saúde acerca da Humanização dentro de uma UTIN”.

Concepção materna acerca da Humanização dentro de uma UTI neonatal

De acordo com Reis (2013) os profissionais entrevistados compreendem como humanização uma assistência voltada para o cliente de forma holística baseada num processo que resulta de conhecimento e pratica nas mais diversas categorias profissionais da área da saúde, cuidando do paciente além de procedimentos técnicos. Já as mães relataram que um atendimento humanizado é aquele onde o lado do paciente é levado em consideração, o simples fato de explicar para as mães de forma clara o que acontecia na vida de seus filhos fez a diferença na percepção delas para com a equipe de enfermagem. (Spir, 2011).

Em um dos estudos abordados foi identificado aspectos negativos na infraestrutura da unidade que deixavam a desejar nesse aspecto. De acordo com Reis (2013) a equipe de enfermagem se sentia desmotivada a praticar um atendimento humanizado pois de acordo com eles o ambiente de trabalho não era humanizado, faltava uma estrutura física adequada para realização de um bom trabalho.

O atendimento humanizado à família foi contemplado em cinco dos seis artigos escolhidos, já um dos artigos focou na humanização para com o próprio recém-nascido, desvendando através da visão dos profissionais de enfermagem a percepção da dor no paciente. De acordo com Veronez (2010) o choro, expressão facial, resposta motora, irritabilidade, alterações vitais são sinais que o recém-nascido sente dor, se baseando nisso a equipe de enfermagem atua para combater isso seja por métodos farmacológicos ou por medidas não-farmacológicas. Veronez et al (2010) explica medidas para amenizar esses procedimentos dolorosos, uma das medidas é agrupar esse tipo de procedimento antes de uma situação agradável, como amamentar, acalentar, envolve-lo em fralda durante o procedimento e promover sucção não nutritiva, o carinho e todas as medidas não farmacológicas fazem parte de um atendimento humanizado e devem fazer parte da rotina de uma UTIN. Usar a glicose também é uma medida usada de acordo com a equipe de enfermagem entrevistada,

de acordo com eles pingar duas gotinhas de glicose antes de um procedimento doloroso ajuda na amenização da dor, Veronez et al explica que a glicose ajuda na sensação de bem-estar, pois a mesma libera a endorfina substancia produzida pelo corpo que causa essa sensação.

Em busca de uma transformação dos cuidados atuais em prol de uma melhora a preocupação mundial é aliar uma assistência individualizada e sensível aos avanços tecnológicos e com a implementação de leis e programas governamentais as práticas no cuidado vêm se modificando e assegurando uma boa assistência prestada dentro das unidades. (Costa, 2011)

A educação continuada dentro das unidades é uma prática vista como fundamental e que através dela se pode unificar pensamentos e conhecimentos entre a equipe de saúde a respeito de novas técnicas de cuidado ao paciente. (Costa,2012)

Concepção da equipe de saúde acerca da Humanização dentro de uma UTI neonatal

Foi evidenciado pelas mães que um acolhimento solidário de alguns profissionais favorecem a construção de um confiança entre ambas as partes facilitando a aprendizagem de como viver naquele ambiente e liberando os sentimentos de desconfiança, uma conversa adequada explicando as informações necessárias, o sentimento de terem sido atendidas com carinho e paciência durante a internação de seu filho fazem com que elas sintam um atendimento humanizado, para muitas delas que estão longe de casa e de sua família esse apoio emocional faz toda diferença (Fraga, 2009). Dando ênfase ao Fraga, Costa et al (2012) cita que a construção do vínculo mãe e recém-nascido pode ser prejudicado se a mesma sentir medo, sentimento esse que pode ser amenizado com um bom acolhimento inicial feito pela equipe de enfermagem, atendimento esse que pode acabar com fantasias e aflições da família.

Já Spir (2011) colocou que as mães sentiam que faltava área de lazer para elas, tendo em vista as longas horas que elas passavam com seus filhos na unidade sem distração. Spir et al (2011) relatou também um estudo realizado em Recife onde foi demostrado formas de amenizar o estresse envolvido no processo de internação dos filhos através de atividades de recreação para as mães fazendo parte do processo de assistência integral e humanizada tendo como foco a família e seu bem-estar.

Conclusão

O tema em questão foi escolhido por se tratar de um assunto que está em bastante evidencia. Dessa forma, por meio da pesquisa foi possível visualizar a relevância de um atendimento humanizado para a família de um recém-nascido internado na UTIN, acarretando em mudanças na forma destas famílias lidarem psicologicamente com a situação em questão e melhorando o cuidado que a mãe prestará ao seu filho.

Nos artigos, identificou-se também a relevância da educação continuada voltada para a equipe de saúde inserida na UTIN, haja vista a constante busca por novos saberes e conhecimentos, com a finalidade de decorrer em melhorias para a qualidade do atendimento prestado. Neste contexto espera-se aguçar o interesse de estudantes, profissionais e pesquisadores da área da saúde a refletir acerca das práticas prestadas na UTIN, para que os mesmos se certifiquem quanto ao atendimento prestado, no sentido de contribuir para a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares.

Referências

COSCRATO, G.; PINA, J.C.; MELLO, D.F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta paul. enferm.,** São Paulo, v.23, n.2, 2010.

COSTA, R.; PADILHA, M.I. Percepção da equipe de saúde sobre a familia na UTI neonatal: resistência aos novos saberes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.19, n.2, p.231-235, 2011.

COSTA, R.; KLOCK, P.; LOCKS, M.O.H. Acolhimento na unidade neonatal: percepção da equipe de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.349-353, 2012.

FRAGA, T.F. et al. Percepção das mães sobre o processo comunicacional na unidade de terapia intensiva neonatal. **Rev. Eletr. Enf. [Internet].**, v.11, n.3, p.612-619, 2009.

REIS, L.S. et al. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. **Rev. Gaúcha Enferm. [online]**, v.34, n.2, p.118-124, 2013.

SPIR, E.G. et al. A percepção do acompanhante sobre a humanização da assistência em uma unidade neonatal. **Rev. esc. enferm. USP [online]**, v.45, n.5, p. 1048-1054, 2011.

VERONEZ, M.; CORRÊA, D.A.M. A dor e o recém-nascido de risco: percepção dos profissionais de enfermagem. **Cogitare Enferm.,** v.15, n.2, p.263-270, 2010.

Agradecimentos

Agradeço a nossa orientadora professora Camila Couto, por todas as oportunidades e conhecimento compartilhado, e sempre esta disponível nas construções dos trabalhos científicos. As minhas colegas, que contribuíram na elaboração deste trabalho e a Universidade de Fortaleza pelo o incentivo a pesquisa que nos fornece.

CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM E DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES: revisão integrativa

Isabelle Christine Marinho de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte(UFRN). Email: Isabelle_1807@hotmail.com
Klebia Karoline dos Santos Neco - UFRN
Ysabelly Cristina Araújo Fonseca - UFRN
Mayara Mirna do Nascimento Costa - UFRN
Rhuama Karenina Costa e Silva - UFRN
Alexsandra Rodrigues Feijão - UFRN

Palavras-chave:Transtornos traumáticos cumulativos; Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho;Riscos ocupacionais; Condições de trabalho; Enfermagem.

Resumo

O estudo objetiva verificar a relação entre os distúrbios osteomusculares e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem na literatura científica. Trata-se de uma revisão integrativa realizada nas bases de dados: LILACS, BDENF E SCIELO, utilizando os seguintes critérios de inclusão: Artigos em texto completo, de acesso livre, sem restrições de idioma, no período entre 2008 e 2013 e que estivesse relacionado aos distúrbios osteomusculares em trabalhadores de enfermagem e as condições de trabalho. Totalizando assim uma amostra de 10 artigos. Na maioria dos estudos, as condições inapropriadas de trabalho foram identificadas como fatores de risco para o desenvolvimento de distúrbios músculoesqueléticos, destacando-se organização do trabalho, fatores ambientais e ergonômicos inadequados. Apenas dois estudos evidenciaram os aspectos psicossociais do processo de trabalho como fator de risco. As principais consequências dos DORT para os trabalhadores são: dor sintoma mais frequente relatado, irreversibilidade da doença e incapacitação permanente para o trabalho, consequências psicossociais, mudanças de setor, gastos com consulta médica, o absenteísmo, e afastamento/abandono da profissão. Entende-se que ampliar estudos sobre a ocorrência de problemas musculoesqueléticos é fundamental para buscar medidas que visem a melhoria das condições de trabalho e a qualidade de vida desses trabalhadores.

Introdução

Os Distúrbios Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT) são danos decorrentes da utilização excessiva do sistema músculoesquelético e inadequada recuperação. Caracterizam-se pela ocorrência de vários sintomas frequentes, concomitantes ou não,tais como: dor, desconforto, parestesia, sensação de peso, fadiga e limitação do movimento pelo enrijecimento articular (BRASIL, 2012)

Geralmente são de evolução insidiosa, e parte significativa dos profissionais não se dão conta, até que os primeiros sintomas sejam claramente percebidos (BRASIL, 2012). Com frequência, são desencadeados ou agravados por longas jornadas de trabalho, em que o trabalhador busca formas de manter o desenvolvimento de seu trabalho, mesmo que às custas de dor, o que diminui sua capacidade física, que passa a ser percebida também nas atividades cotidianas (MAGNAGO et al., 2012).

Os DORT, como processo crônico-degenerativo e multifatorial, englobam um grupo heterogêneo de situações clinicas, cuja etiologia se encontra associada à exposição a fatores de risco no local de trabalho. Dentre as causas podemos citar os fatores físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, assim como,os fatores de risco psicossociais e organizacionais (BRASIL, 2012).

Dentre as diversas categorias profissionais da área da saúde afetadas pelos DORT, estão os da enfermagem com alto risco para desgaste e adoecimento (CORTEZ; RAFAEL, 2011). Sobretudo aqueles atuantes em ambiente hospitalar, tendo em vista as inúmeras circunstâncias desgastantes presentes em seu cotidiano laboral, que afeta a qualidade de vida dos trabalhadores e que contribui para reduzir a capacidade para o trabalho (MAGNAGO et al., 2012).

No processo de trabalho, verifica-se que as condições laborais contribuem para determinar a relação de saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem (MAURO et al., 2010). Logo condições inadequadas de trabalho e o limitado poder de decisão, com jornada de trabalho

intensa, turnos prolongados, esforço físico, posições inadequadas, movimentos repetitivos, levantamento de peso, ambiente insalubre,predispõem ao risco de adoecimento pelo trabalho podendo provocar lesões físicas irreversíveis (ROSA et al., 2008).
Devido a sua grande prevalência no país, são considerados um grave problema de saúde pública e um dos mais graves no campo da saúde do trabalhador. A crescente a discussão em torno das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, principalmente devido ao aumento desta patologia nas mais diversas ocupações. Isso ocorre devido aos inúmeros afastamentos do trabalho, que na quase totalidade evolui para incapacidade parcial e, em muitos casos, para a incapacidade permanente, com aposentadoria por invalidez (MAGNAGO et al., 2012).
Nesse sentido, este estudo se justifica pela importância da pesquisa acerca da temática em virtude da necessidade de aprofundamento sobre os fatores que potencializam o comprometimento músculo-esquelético, para que, a partir disso, torne-se possível a adoção de medidas promoção a saúde, tendo em vista o adoecimento do profissional de enfermagem relacionado à sua atividade laboral.
Diante do exposto, o presente artigo tem como objetivo verificar estudos relacionados aos distúrbios osteomusculares e as condições de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, do tipo descritiva, realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados da Enfermagem (BDENF), e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), no período de agosto a setembro de 2013, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS): “Transtornos traumáticos cumulativos”, “Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho, “Riscos ocupacionais”, “Condições de trabalho” e “Enfermagem”. A integração desses descritores nas bases citadas se deu através do operador booleano *AND.*
Para a seleção adequada dos estudos, tomaram-se como referência os seguintes critérios de inclusão: artigos em texto completo, de acesso livre, sem restrições de idioma, no período entre 2008 e 2013, com publicações cujo objeto de estudo estivesse relacionado aos distúrbios osteomusculares em trabalhadores de enfermagem e as condições de trabalho. A opção por este recorte cronológico, de 2008-2013, justifica-se pelo aumento de doenças relacionadas ao trabalho nos últimos anos, sendo verificada na área da enfermagem do trabalho, de modo a assegurar a atualidade dos dados, enfocando as tendências das investigações analisadas.
Por meio deste processo de busca, foram encontrados 239 trabalhos completos. Com a leitura dos títulos e resumos, foram identificados 30 trabalhos potencialmente relevantes, sendo avaliada a presença dos DORT e as condições de trabalho. Destes, 16 artigos foram encontrados na LILACS, 10 na BDENF, 4 na SCIELO. Dos artigos selecionados, 20 estudos foram excluídos, pois não se adequaram ao objetivo do estudo ou se apresentavam cadastrados em mais de uma base de dados, o que resultou um total de 10 estudos.
Após a leitura e análise dos artigos na íntegra, os dados foram categorizados em planilhas eletrônicas no programa *Microsoft Office Excel* 2010 e analisados por meio de estatística descritiva. Sendo apresentado sob a forma de quadro possibilitando ao leitor a avaliação da aplicabilidade da revisão integrativa elaborada.

Resultados e Discussão

Dos 10 estudos que constituíram a amostra, todos são transversais. Destes, sete (70%) são quantitativos, um (10%) é qualitativo e dois (20%) quanti-qualitativos.
A análise dos estudos mostrou uma elevada ocorrência de DORT em trabalhadores de enfermagem, sendo os auxiliares e técnicos de enfermagem os mais acometidos por esses distúrbios, quando comparados aos enfermeiros. Dentre as características laborais, as que tiveram maior influência nos DORT foram a categoria de técnicos/auxiliares de enfermagem, com maior tempo na função e a carga horária acima de 30 horas semanais, que trabalhavam no turno diurno.
Tal fato, possivelmente, esta relacionado ao tipo de atividade desenvolvida por esses profissionais, aliado à falta de controle sobre o processo de trabalho, assim como a maior representatividade desses profissionais nos estabelecimentos de saúde (FREITAS, 2009).
A área do corpo com maior número de queixas de dores nos profissionais foi a lombar. Esse agravante também é verificado em Leite, Silva e Merighi (2007) em que os profissionais ao realizam atividades multivariadas, fragmentadas, com sobrecarga e ritmo de trabalho acelerado, submetem-se à alta exigência no ambiente laboral apresentando chances de desenvolver a dor musculoesquelética em algumas regiões do corpo, com destaque para região lombar e toráxica (MAGNAGO et al., 2010a).
Os principais fatores de risco discutidos pelos autores se relacionam a organização do trabalho, aos fatores ambientais e ergonômicos inadequados. Dos estudos revisados, apenas dois estudos evidenciaram os aspectos psicossociais do processo de trabalho como fator de risco.
Apesar dos aspectos físicos da doença serem os mais abordados nos estudos, os aspectos psicossociais ou os traumas psicológicos são os que mais aparecem como consequência dos resultados das dores e das limitações provocadas pelo DORT. As consequências psicossociais são as que mais interferem na vida desses trabalhadores, ocasionando desde o afastamento do trabalho até a instalação de quadros de frustação e depressão, além de medo de perder o emprego (RODRIGUES et al., 2013).
Logo, verifica-se que os DORT não são causados por um esforço repetitivo qualquer, as causas vão além dos sintomas físicos, passam aspectos psicossociais, pela organização do trabalho e fatores ergonômicos. Nesse aspecto, as trabalhadoras de enfermagem submetem-se constantemente a condições de trabalho inadequadas presentes na rotina de trabalho assistencial,extrapolando as inúmeras habilidades exigidas no desempenho das suas funções (LEITE; SILVA; MERIGHI, 2007).
No que refere as consequências do DORT sobre a vida dos trabalhadores de enfermagem, observou-se uma grande diversidade, repercutindo em vários segmentos da vida dos indivíduos afetados. As principais consequências para os trabalhadores dos DORT,são: dor como sintoma mais frequente relatado, irreversibilidade da doença com a consequente incapacitação permanente para o trabalho,consequências psicossociais, mudanças de setor, gastos com consulta médica, o absenteísmo,e por fim afastamento/abandono da profissão.
Em resumo, as condições do trabalho da enfermagem convergem para a afirmativa de que o ambiente hospitalar impõe desgaste nocivo com consequências à saúde osteomuscular do trabalhador (MAGNAGO et al., 2010a).
Nesta perspectiva, proposição de estratégias de prevenção de agravos e promoção da saúde dos trabalhadores, como o maior aproveitamento de tecnologias para o desenvolvimento de trabalhos que exijam menor força física, pausas esporádicas durante a jornada, administração de conflitos, e que reúnam aspectos organizacionais do trabalho, adequações no ambiente físico e características das tarefas são importantes métodos para melhorar a condição de vida desses trabalhadores (FONSECA; FERNANDES, 2010; MAGNAGO et al., 2010a; RODRIGUES et al., 2013).

Conclusão

Nos estudos analizados, as condições inapropriadas de trabalho foram identificadas pelos autores como fatores de risco para o desenvolvimento dos DORT. Principalmente nos hospitais, devido às demandas físicas e psicossociais a que profissionais de enfermagem estão expostos, em especial auxiliares e técnicos de enfermagem, com maior tempo na função, carga horária acima de 30 horas semanais, e turno diurno. Sendo a área do corpo com maior número de queixas a região lombar.

Em relação as condições de trabalho evidenciou-se principalmente a falta de organização do trabalho, aos fatores ambientais e ergonômicos inadequados. As consequências dos problemas relacionados ao sistema musculoesquelético consistiram na dor como sintoma mais frequente relatado, irreversibilidade da doença com a consequente incapacitação permanente para o trabalho, além de consequências psicossociais, mudanças de setor, procura por consulta médica, absenteísmo e abandono da profissão por decorrência destas.

Nesse sentido, os autores discutem não só a necessidade de aprofundar os métodos de investigação dos distúrbios músculo esqueléticos relacionados ao trabalho da enfermagem, como a de repensar a organização desse trabalho. E sugerem a realização de novos estudos sobre o tema, pois com o aumento dos quadros do DORT e a possibilidade de surgimento de novos casos, ressalta a necessidade da aplicação do conhecimento produzido com medidas estratégicas capazes de subsidiar uma atuação mais consistente da enfermagem para a melhoria das condições de trabalho e a qualidade de vida desses profissionais.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador.**Dor relacionada ao trabalho : lesões por esforços repetitivos (LER)/ distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 68 p. 2012.

CORTEZ, L.S.; RAFAEL, R.M.R. Prevalência de sintomas osteomusculares e fatores associados em trabalhadores de enfermagem. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**, v.3, n.2, p.1806- 10, 2011. Disponível em: http://seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewArticle/925. Acessado em 10 de setembro de 2013.

FONSECA, N.R.; FERNANDES, R.C.P. Fatores associados aos distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadoras de enfermagem.**Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.6, 2010.

FREITAS, J.R.S. Distúrbios osteomusculares relacionadosao trabalho em profissionais de enfermagem de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v.11, n.4, p.904-11, 2009. . Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n4/v11n4a16.htm. Acessado em 10 de setembro de 2013.

LEITE, P.C.; SILVA, A.; MERIGHI, M.A.B.A mulher trabalhadora de enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v.41, n.2, p.287-91, 2007.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbio musculoesquelético em trabalhadores de enfermagem.**Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.18, n.3, 2010.

MAGNAGO, T.S.B.S. et al.Intensidade da dor musculoesquelética e a (in)capacidade para o trabalho na enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.20,n.6, 2012.

MAURO, M.Y.C. et al. Trabalho da Enfermagem nas Enfermarias de umHospital Universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, v.14, n.1, p.13-18, 2010.

RODRIGUES, B.C. et al. Limitações e consequências na vida do trabalhador ocasionadas por doenças relacionadas ao trabalho. **Rev Rene**, v. 14, n.2, p.448-57, 2013.

ROSA, A.F.G. et al. Incidência de LER/DORT em trabalhadores de enfermagem.**Acta Sci. Health Sci**., v. 30, n. 1, p. 19-25, 2008.

CONHECENDO A SAÚDE DO ADOLESCENTE ATRAVÉS DO PROCESSO DE TERRITORIALIZAÇÃO: RELATO DE EXPERIÊNCIA PET-SAÚDE PSE

Carlos Romualdo de Carvalho e Araújo – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA – romualdocrca@hotmail.com
Iara Martins Melo – Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA
Francisco Gilmário Rebouças Júnior Secretaria de Saúde de Sobral - CE
Francisca Dulcinalda de Paulo Braga – Secretaria de Saúde de Sobral - CE
Maria Socorro de Araújo Dias - Universidade Estadual Vale do Acaraú – UVA

Palavras-chave:Território, Saúde do Adolescente, Estratégia de Saúde da Família.

Resumo

O presente artigo relata a experiência do grupo do PET-SAÚDE PSE com a territorialização de Saúde de Adolescente no município Sobral-CE. A partir de atividades desenvolvidas nas escolas dentro do Programa Saúde na Escola – PSE, este grupo decidiu conhecer mais o contexto de saúde dos adolescentes nos territórios dos Centros de Saúde da Família. Com base em um roteiro elaborado, contendo três ponto principais (dados epidemiológicos, dados de serviço de saúde e dados comunitários) os monitores foram aos territórios buscando as informações, com o objetivo de melhorar a atuação das Equipes de Estratégias de Saúde da Família junto aos adolescentes. Com as informações obtidas, refletimos sobre ações de saúde construídas mais condizentes com a realidade observada no contexto dos adolescentes. É necessário um maior diálogo, dos profissionais de saúde com esse público, percebendo os potenciais existentes dentro do próprio território, bem como trabalhar continuamente com a territorialização como estratégia para o planejamento e avaliação em saúde.

Introdução

A atenção primária é o primeiro nível de atenção do SUS, a porta de entrada e o contato preferencial do usuário com o sistema e as redes de atenção (MENDES, 2009). O Ministério da Saúde utiliza o termo “atenção básica” referindo-se a um conjunto de serviços de elevada complexidade e baixa densidade tecnológica, Nesse contexto as ações são organizadas sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012). No Brasil a atenção primária ou básica é feita em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e tem como estratégia prioritária o Programa Saúde da Família (PSF). O PSF foi criado em 1994 no sentido de reorientar o modelo assistencial, baseado no trabalho de equipes multiprofissionais em UBS. Para tanto essas equipes devem ser responsáveis pelo acompanhamento de uma população adscrita, localizada em uma área delimitada, através de ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes. (BRASIL, 2012). Hoje o PSF não é mais entendido como um programa, mas como uma Estratégia de consolidação do SUS em todo o país Através da a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006, o governo estabeleceu que o PSF é a estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus fundamentos *possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade*, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários, a partir de então, passou a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF). Com a implantação da ESF permitiu-se a elaboração de projetos que promovam o desenvolvimento local, a utilização de conceitos e ferramentas inerentes à geografia no sentido de planejar a territorialidade de políticas públicas, de equipamentos e ações. É nesse contexto, e também influenciado por propostas teóricas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que surge a política da territorialização da atenção primária à saúde no Brasil. É uma proposta do Estado para a organização desse nível de atenção em todo o país, mas é também uma técnica de planejamento utilizada para se delimitar as áreas de atuação das unidades de atenção primária à saúde, notadamente das UBS e Equipes Saúde da Família, conforme determina a Política Nacional de Atenção Básica, PNAB, (BRASIL, 2012). Dessa forma, cada UBS, com ou sem Equipe Saúde da Família, deve se organizar para atender a um público-alvo, representado, em síntese, por um conjunto de famílias agregadas geograficamente. Compreendemos que, a territorialização é um dos pressupostos básicos do trabalho da ESF. No entanto, há pelo menos três sentidos diferentes e complementares: demarcação de limites das áreas de atuação dos serviços; reconhecimento do ambiente, população e dinâmica social existente nessas áreas; estabelecimento de relações

horizontais com outros serviços adjacentes e verticais com centros de referência. Na ESF, portanto, os conceitos de “território” e de “comunidade” tornam-se centrais, pois vem demarcar os espaços onde se produz social, histórico e culturalmente os processos de saúde, de adoecimento e de cuidado no cotidiano. O conceito de território não é exclusivo da Geografia, sendo utilizado por diversos campos do conhecimento, como a Antropologia e a Sociologia. A territorialização pode ser entendida como o processo de apropriação do espaço pelos serviços de atenção primária à saúde e não deve ser entendida como uma prática limitada temporalmente, pois, como proposta, ela deveria fazer parte do dia-a-dia do trabalho das equipes de saúde, portanto a territorialização não se limita à definição do limite da equipe de saúde, pois ela será a base para este relacionamento, essa responsabilização entre profissionais de saúde e a comunidade. É a partir dessa perspectiva que Monken (2008) propõe que “[...] uma territorialização ampla em que este processo seja o método de obtenção e de análise de informações sobre as condições de vida e saúde de populações; um instrumento para se entender os contextos de uso do território em todos os níveis das atividades humanas [...]” (MONKEN, 2008, p. 143). Um dos princípios da Estratégia de Saúde da Família é o vínculo e a responsabilização que a equipe de saúde da família necessita ter por sua população adscrita, atuando no território, onde o cadastramento das famílias e o diagnóstico situacional são ferramentas utilizadas para o (re)conhecimento das necessidades de saúde da população (BRASIL, 2006). Para que a equipe de saúde da família tenha essa apropriação de sua área, o primeiro passo é conhecer seu território de atuação. Isso envolve entender a dinâmica da comunidade, as relações interpessoais, seus valores, crenças culturas, condições socioeconômicas e ambientais. Partindo desse pressuposto, concluímos que a atenção primária em saúde é um elemento fundamental para estabelecer um sistema de saúde eficaz fundamentados em ações promoção, prevenção e reabilitação em saúde. Nesse contexto a educação em saúde é adotada como um importante instrumento de promoção e prevenção de saúde. Dentro desse cenário destacamos o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde - Pet-Saúde do Ministério da Saúde, onde há inserção de acadêmicos de vários cursos universitários nas vivências nos diversos cenários de prática de saúde no contexto do SUS. O - PET-Saúde é regulamentado pela Portaria Interministerial nº 421, de 03 de março de 2010, inspirado no Programa de Educação Tutorial - PET, do Ministério da Educação, tem como objetivo qualificar a formação acadêmica e a ação profissional dos alunos da área da saúde a partir de ações desenvolvidas junto aos serviços municipais de saúde. Como uma das ações intersetoriais direcionadas para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do Sistema Único de Saúde - SUS, o Programa tem como pressuposto a educação pelo trabalho e disponibiliza bolsas para tutores, preceptores (profissionais dos serviços) e estudantes de graduação da área da saúde, sendo uma das estratégias do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde, o PRÓ-SAÚDE, em implementação no país desde 2005. O PET-Saúde tem como fio condutor a integração ensino-serviço-comunidade, e é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – SGTES, Secretaria de Atenção à Saúde – SAS e Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS, do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior – SESU, do Ministério da Educação. Houve, então, a integração com o Programa Saúde na Escola (PSE) que proporcionou descrever o processo de Territorialização dos CSF, do município de Sobral-CE. O PSE, política Intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286. As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral. O PSE vem contribuir para o fortalecimento de ações na perspectiva do desenvolvimento integral e proporcionar à comunidade escolar a participação em programas e projetos que articulem saúde e educação, para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens. Essa iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos. A articulação entre escola e unidade de saúde é, portanto, uma importante demanda do PSE, pois a escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças do público adolescente. A articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e das demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território, pois deve propiciar a sustentabilidade das ações a partir da conformação de redes de corresponsabilidade. O PSE é composto por três componentes: Componente I: tem como objetivo avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ser encaminhados para atendimento e acompanhamento; Componente II: que visa garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde; Componente III: que objetiva aperfeiçoar o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde.O PET-Saúde PSE da Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA realiza principalmente as atividades dos Componentes I e II, já o Componente III é realizado em oficinas e outros momentos de educação em saúde. A partir do Componente III decidimos como e onde vamos transmitir os assuntos escolhidos. O grupo PET-Saúde PSE é formado por um Tutor acadêmico, seis preceptores e doze monitores. A equipe foi dividida em três territórios do município de Sobral: Alto da Brasília, Vila União, Tamarindo; para cada território estão dois preceptores e quatro monitores, sob a supervisão tutorial. Assim sendo, os monitores buscaram compreender, analisar, e avaliar a situação da saúde do adolescente nos referidos territórios, para prosseguir e melhorar os trabalhos já existentes e construir outros aonde vimos necessidade.

Descrição da Experiência e Resultados

Como citado antes, o nosso grupo tutorial do PET tem como foco de atuação principalmente o componente no que diz respeito a Educação em Saúde, com o objetivo de contribuir ainda mais com a formação dos acadêmicos e com as transformações em saúde nos territórios onde atuamos. O grupo iniciou suas atividades de ida aos territórios durante o mês de setembro de 2012, onde as equipes de PET conheceram os Centros de Saúde da Família e as equipes com quem iriam trabalhar no PSE. Nesse momento os acadêmicos foram logo inseridos nas atividades do programa que já estavam acontecendo, principalmente as relacionadas ao componente I. Foi um momento delicado, apesar da boa acolhida nos territórios, pois nós percebíamos uma tentativa de encontro entre as agendas do setor educação e do setor saúde. Foi momento de afinar um pouco essa prática em conjunto, onde nós, petianos, buscamos entrar nesse encontro. Compreendemos que as dificuldades apontadas nesse momento também eram resultados das inúmeras responsabilidades que os dois setores possuem. Em um dos momentos de encontro formativo o grupo percebeu que apesar de estarmos dentro do espaço da escola realizando o PSE sentíamos falta de mais contato com o público adolescente e notamos a necessidade de compreender mais como se organizava a atenção à saúde do adolescente no município de Sobral. Percebemos que apesar de estarmos na realidade da ESF seria interessante conhecer um pouco mais desse contexto. Compreendemos que a escola não era o único espaço onde os adolescentes convivem e manifestam as suas formas de viver, desta forma decidimos buscar informações em outros espaços como a comunidade. O grupo de preceptores elaborou com um roteiro de territorialização para conhecermos a situação de saúde do adolescente no município de Sobral, e que a partir desses dados tivéssemos mais informações para trabalhar com esse público, dentro do contexto do ESF, incluindo o espaço da escola. Vale salientar que após elaborado, o roteiro foi socializado com o grupo todo incluindo a tutora, onde discutimos o instrumento antes de utilizá-lo na prática. O grupo delimitou que o campo de pesquisa seria os territórios dos 17 Centros de Saúde da Família de Sobral. A realização dessa atividade foi comunicada a Coordenação da Atenção Primária em Saúde de Sobral, que prontamente apoiou a realização da mesma. Os responsáveis por este setor reconheceram a importância da ação, sinalizando a

necessidade de socializar os dados para o fortalecimento da Atenção Integral à Saúde do Adolescente no município. O roteiro de territorialização foi dividido em três partes: a primeira era os Dados Epidemiológicos, a segunda: do Serviço de Saúde, e a terceira parte: O Diagnóstico Comunitário. Os monitores se dividiram em duplas e iam aos territórios duas vezes por semana, onde tiveram oportunidade de conversar com atores diferentes do processo de saúde-doença nos territórios, como profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde, Enfermeiros, profissionais do NASF, pessoas de outros setores que realizavam ações juntos dos desse público, bem como tiveram oportunidade de conversar com os próprios adolescentes. Os grupos também tiveram acesso aos dados de Vigilância em Saúde, no que diz respeito ao público adolescente, bem como acessou o Sistema de Informação do Ministério da Saúde, o DATASUS. Compreendendo saúde como um conceito complexo, entendemos a importância da busca de informações em diversos espaços, seja em banco de dados de vigilância, conversando com as pessoas, observando como se dão os processos e estilos de vida nos território, percurso esse feito pelos monitores do nosso grupo. Essas informações permitem uma elaboração de cuidados em saúde mais condizentes com a realidade das pessoas. (DIAS e DIAS, 2010). Observamos diversos dados como gravidez na adolescência, o numero de mortes dentro dessa faixa etária, as causas dessas mortes, os numero de consultas de adolescentes realizadas, mas apesar de todos os dados observados/coletados algo que mais chamou atenção do nosso grupo foi a não existência de uma Rede de Saúde do Adolescente de fato. Percebemos ações voltadas ao público adolescente em sua maioria, desarticuladas, ou realizando ações pontuais. Conseguimos observar ações desarticuladas e bem peculiares de cada território. As ações de cada território devem sem pensadas de acordo com sua realidade, porém o que percebemos são ações ainda pouco efetivas. Vários motivos foram levantados pelos adolescentes, por exemplo, como um despreparo de alguns profissionais para acolher esse público, a falta de respeito com o público jovem, ou em alguns casos a falta de planejamento das equipes de saúde para atraí-los as CSF. Apesar das limitações observadas, muitas potencialidades também foram destacadas. Nos territórios observamos ações não necessariamente dentro da área da saúde mas que contribuem bastante para a mesma. Grupos de danças, times de futebol de adolescentes, tanto femininos como masculinos, grupos de igrejas, são alguns dos espaços destacados nesse processo de territorialização. Esses espaços são potenciais para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde, a partir da educação em saúde dentro da perspectiva de ações intersetoriais. Percebemos que alguns destes, profissionais de saúde já realizam atividades, como educação em saúde, pois consideram ter mais fácil o acesso ao jovem do que eles irem até ao CSF. Outros espaços identificados foram os grupos realizados dentro dos Centros de Referencia em Assistência Social, ou Pastorais. Rocha et all (2012) destaca como uma das principais estratégias para o planejamento de ações em saúde para os adolescentes é ouvir o que eles tem a dizer sobre o serviço de saúde e o que esperam. Essa ação também foi realizada dentro da territorialização, o que exige ainda mais o compromisso do nosso grupo em socializar com a gestão do município as informações encontradas. Percebemos que existem muitos fatores no que diz respeito ao público adolescente. Cuidar da saúde do adolescente não é somente disponibilizar atendimento a eles nos CSF, mas trabalhar com políticas públicas intersetoriais que nos permitam uma atenção mais integral a eles. Ações ligadas a esporte, lazer, protagonismo juvenil, empreendedorismo, medidas sócio-educativas contribuiriam ainda mais para essa perspectiva.Vale destacar que no município de Sobral , atualmente existe a Coordenadoria de Juventude, a qual vem articulando estratégias intersetoriais para uma maior atenção a este público. É importante perceber que o contexto da adolescência vai além das temáticas que de costumamos trabalhar na adolescência como sexualidade, métodos contraceptivos, ou drogas. Perceber a adolescência como uma fase com suas particularidades naturais como qualquer outra na fase da vida é importante, porém essas características também serão construídas socialmente também no contexto onde as pessoas vivem, na forma como elas se relacionam (OZELLA, 2007).

Reflexão e Discussão sobre a experiência

Através desse processo é possível que os profissionais aproximem-se da realidade que atuarão, podendo executar ações mais voltadas às necessidades do território e, como consequência, das necessidades do usuário. Então, o processo de territorialização identifica a população de um território adscrito, suas condições de vida, infraestrutura, problemas existentes e fatores condicionantes. É a partir da análise e discussão sobre os dados obtidos com a territorialização que refletimos sobre a importância da interação entre os profissionais e as unidades de saúde, afinal os bairros por nós, monitores e preceptores do PET-Saúde PSE, analisados abrangiam grandes áreas da cidade de Sobral-Ce e uma significativa população a ser assistida. É inegável a importância da territorialização, mas infelizmente alguns CSF's, Centro de Saúde da Família, não armazenam e organizam adequadamente os dados obtidos e em outras eles nem se quer existem, principalmente os relacionados à saúde do adolescente, como o não preenchimento adequado da caderneta do adolescente, que era um dos dados importantes a serem obversados. Por conta disso tivemos dificuldade em finalizar da nossa pesquisa. Além do fato de esses dados estarem distribuídos nas mais diversas áreas como Saúde, Educação e Ação Social, e estarem submetidos a sigilo por parte de alguns CSF's. A experiência de realizar uma territorialização nos proporcionou observar, como já foi mencionado anteriormente, a importância desse processo e de como ele precisa ser melhorado no município de Sobral-Ce. Muitos profissionais associam a territorialização como o delineamento do mapa, divisão de áreas de abrangências, contagem do número de famílias e dos indivíduos que frequentam o CSF, desconsiderando ou não tendo conhecimento dos dados referentes ao contexto social, econômico, cultural e epidemiológico local. Consideram a territorialização como um processo pontual, não percebendo o potencial de analise e planejamento das ações de saúde. As demandas excessivas dos profissionais de saúde também é um dos fatores para a não intensificação desse processo. Outro ponto importante é que dificultou um pouco nosso processo foi o fato de que o foco da maioria dos CSF's é a demanda espontânea, ou seja, não há uma certa intimidade dos profissionais com os usuários, que pudessem nos auxiliar na obtenção de alguns dados, como os relacionados ao contexto social (nomes dos líderes juvenis, por exemplo). Através do desenvolvimento desse estudo foi possível atingir os objetivos propostos, mesmo com um pouco de dificuldade, pois a coleta de dados e a observação estruturada nos permitiu investigar e compreender o processo de territorialização. Portanto percebemos que o processo de territorialização nos Centros de Saúde ainda tem dificuldades e afeta diretamente as ações a serem realizadas pelos profissionais de saúde, e para tal precisamos de muitas investigações, que como esta nos façam refletir sobre as mais diversas realidades de saúde e as ações que os serviços estão desenvolvendo.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 648, de 28 de março de 2006.** Disponível em: http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm. Acesso em: 20 Set. 2013.

DIAS, F. A. C.; DIAS, M. S. A. (orgs.). **Território, Cultura e Identidade**, Rio de Janeiro – RJ: Editora ABRASCO, 2010.

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;**HYGEIA, Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde:** 131 - 147, Jun/2013.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde.** Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

MONKEN, M.; GONDIN, G. M. de M. Territorialização em saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (org.). **Dicionário de educação profissional em saúde.** 2. ed. Rio de Janeiro: EPSVJ, 2008, p. 392-399.

MONKEN, M.. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C. **Território, ambiente e saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OZELLA, S. Adolescência: uma perspectiva crítica. In: CONTINI, M.L.J. (Coordenação); KOLLER, S. H. (Organização). **Adolescência e psicologia: concepções, práticas e reflexões críticas**. Rio de janeiro. Conselho Federal de Psicologia, 2007.

Rocha, F. A. A., Silva, M. A. M., Moreira, A. C. A., Tajra, F. S**. Organização do serviço de um centro de saúde da família de sobral-ce com foco na atenção integral a saúde do adolescente. In:** SANARE - Revista de Políticas Públicas**. v. 11, n. 1, 2012. P 32-37**

CONHECIMENTO ACERCA DA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Marinna Maria de Andrade Costa (apresentador) – Universidade Federal do Ceará. Email: marinnamariaac@yahoo.com.br
Altamira Mendonça Félix Gomes – Universidade Federal do Ceará
Angélica Isabely de Morais Almeida – Universidade Federal do Ceará
Jordana Prado Benevides – Universidade Federal do Ceará
Ana Fátima Carvalho Fernandes – Universidade Federal do Ceará
Miria Conceição Lavinas Santos (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave:Câncer de mama. Detecção precoce. Enfermagem..

Resumo

Tendo em vista que os profissionais da saúde, em destaque os enfermeiros, são responsáveis pela educação da população para prevenção e detecção precoce de doenças, se faz necessário que estes tenham um conhecimento adequado para que possam realizar uma educação eficaz ao paciente. O presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento acerca da detecção precoce do câncer de mama por acadêmicos de enfermagem. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 12 acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública na cidade de Fortaleza, Ceará, no mês de agosto de 2014. O instrumento de coleta de dados consistiu de um questionário contendo cinco questões do tipo verdadeiro ou falso referentes aos métodos de detecção precoce do câncer de mama, elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama. O item que obteve pior índice de acerto foi em relação ao auto-exame das mamas que foi analisado corretamente(falso) por apenas 16,7% dos participantes, indicando que apesar desse método não ser mais considerado uma forma de detecção precoce, os acadêmicos ainda não se apropriaram dessa informação. Com o presente estudo podemos perceber que existem lacunas de conhecimento por parte dos estudantes acerca dos métodos de detecção precoce do câncer de mama, bem como dos tratamentos referentes a este, levando-nos a concluir que ações emergenciais de repasse de informações a estes estudantes acerca do assunto são indispensáveis, a fim de habilitar estudantes, e, consequentemente, futuros enfermeiros, a exercerem seu papel de educador da maneira mais eficiente possível e com maior segurança.

Introdução

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético. Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. (INCA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos Registros de Câncer de Base Populacional de diversos continentes. Sendo na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. (INCA, 2014).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2014 foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos por 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,88 óbitos/100.000 mulheres em 2011. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 13,67 e 13,18 óbitos/100.000 mulheres em 2011, respectivamente.(BRASIL, 2014)

Entre 5% a 10% das neoplasias são resultados diretos da herança de genes relacionados ao câncer, mas grande parte envolve danos ao material genético, de origem física, química ou biológica, que se acumulam ao longo da vida. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. (INCA, 2014).

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. (INCA, 2014). A sua incidência cresce progressivamente e muitos óbitos poderiam ser evitados com ações de prevenção secundária, como a detecção precoce e o tratamento imediato (TAVARES; PRADO, 2006).

As formas mais eficazes para a detecção precoce do câncer de mama são a mamografia e o exame clínico das mamas (ECM). Quando realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. (BRASIL, 2014).

A mamografia (radiografia da mama) permite a detecção precoce do câncer, ao mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (medindo milímetros). Ela deve ser realizada a cada dois anos por mulheres entre 50 e 69 anos, ou segundo recomendação médica. (INCA, 2014). A sensibilidade varia de 46% a 88% e depende de fatores tais como: tamanho e localização da lesão, densidade do tecido mamário (mulheres mais jovens apresentam mamas mais densas), qualidade dos recursos técnicos e habilidade de interpretação do radiologista. A especificidade varia entre 82%, e 99% e é igualmente dependente da qualidade do exame. Ações mais amplas, como os mutirões para realização de mamografia, são variantes dessa mesma política de rastreamento. (MARCHI; GURGEL, 2010).

O Exame Clínico das Mamas deve ser realizado anualmente, para todas as mulheres com 35 anos ou mais. É parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer da mama e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, constituindo a base para a solicitação dos exames complementares. (INCA,2014). O processo de formação de um enfermeiro deve conter, obrigatoriamente, atividades de ensino teórico e de ensino das habilidades práticas necessárias à sua formação. Contudo, observa-se que a prática não está interligada à teoria de forma que as alunas apliquem os conhecimentos obtidos em sala de aula junto à população no ensino dos métodos de detecção precoce do câncer de mama, havendo divergências entre os profissionais já formados e os acadêmicos. (FERNANDES, et al, 2007).

Tendo em vista que os profissionais da saúde, em destaque os enfermeiros, são responsáveis pela educação da população para prevenção e detecção precoce de doenças, se faz necessário que eles tenham um conhecimento adequado para que possam realizar uma educação eficaz ao paciente. Além disso, desde a graduação, o enfermeiro já assume um forte papel como educador em saúde. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento acerca da detecção precoce do câncer de mama por acadêmicos de enfermagem. A utilização de atividades educativas com o objetivo de desenvolver ou reforçar capacidades favorece a promoção da saúde e torna os participantes multiplicadores de ações. Daí a necessidade da criação e da adoção de estratégias informativas e educativas com a finalidade de disseminar e ampliar o conhecimento, conferindo base para o exercício do autocuidado.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 12 acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública na cidade de Fortaleza-Ce, que participam de um grupo de pesquisa sobre cancerologia e estavam presentes no dia da coleta. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras no mês de agosto de 2014 durante uma reunião do grupo de pesquisa. Foi aplicado um questionário contendo cinco questões do tipo verdadeiro ou falso, referentes aos métodos de detecção precoce do câncer de mama, elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama. Os objetivos do estudo foram expostos aos participantes, garantindo a participação voluntária. Ao final os dados foram analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 12 acadêmicos de Enfermagem, que cursavam do segundo ao nono semestre do curso de graduação. O primeiro item avaliado foi: o câncer de mama quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que 2 centímetros de diâmetro) apresenta diagnóstico favorável. Nesse item, 91,67% dos participantes responderam corretamente (verdadeiro). Conforme Brasil (2010), o câncer de mama quando diagnosticado na fase inicial apresenta até 95% de cura, representando um ótimo prognóstico para o paciente.

O segundo item avaliado foi: O auto-exame das mamas é um importante método de detecção precoce do câncer de mama. Esse item foi analisado corretamente (falso) por 16,7% dos participantes. Tal fato indica que apesar desse método não ser mais considerado uma forma de detecção precoce, os acadêmicos ainda não se apropriaram dessa informação. O INCA (2014) não estimula o autoexame das mamas como método isolado de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. Conforme o INCA (2014), as evidências científicas sugerem que o autoexame das mamas não é eficiente para a detecção precoce e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, traz consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e o impacto psicológico negativo nos exames falsamente positivos. Portanto, o exame das mamas feito pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade.

O terceiro item avaliado foi: O exame clínico das mamas é realizado pelo profissional de saúde e este deve incluir a inspeção estática, dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supra claviculares. Quanto a esse item, 100% da amostra responderam corretamente (verdadeiro). Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (2010), no Exame Clínico das mamas deve ser avaliado todo o tecido mamário e gânglios linfáticos por meio da inspeção e palpação.

O quarto item avaliado foi: A mamografia é o método utilizado no rastreamento e detecção precoce do câncer de mama em estágio bem precoce. Nesse item, 75% dos participantes avaliaram corretamente (verdadeiro) Conforme o INCA (2014), a mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros).

O quinto item avaliado foi: a ultrassonagrafia das mamas e ressonância magnética são exames complementares no diagnóstico do câncer de mama. Esse item foi avaliado corretamente(verdadeiro) por 53,7% dos participantes. Conforme afirma Fernandes et al (2013), esses demais exames são utilizados para auxiliar o diagnóstico do câncer de mama.

Conclusão

Com o presente estudo podemos perceber que existem lacunas de conhecimento por parte dos estudantes acerca dos métodos de detecção precoce do câncer de mama, bem como dos tratamentos referentes a este, levando-nos a concluir que ações emergenciais de repasse de informações a estes estudantes acerca do assunto são indispensáveis. Ações de educação em saúde envolvendo temáticas frequentemente observadas em várias facetas do trabalho de enfermagem são de extrema importância a fim de habilitar estudantes, futuros enfermeiros, a exercer seu papel de educador da maneira mais eficiente possível e com maior segurança.

O número baixo de alunos e a utilização de estudantes de diferentes semestres do curso de graduação constituem fatores limitantes do estudo. Porém este se fez relevante por mostrar que existem realmente pontos chave que devem ser enfocados na implementação do repasse de informações acerca do assunto. Outros estudos que reproduzam a abordagem utilizada neste, poderiam ser de grande ajuda na detecção de falta de conhecimento em temáticas semelhantes a esta.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil: estimativa/2014** Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf. Ministério da Saúde. Acesso em 10 jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica . **Rastreamento**. CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2010. 97p.

Câncer de mama, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336>. Acesso em 10 jul. 2014.

FERNANDES, A.F.C.; VIANA, C.D.M.R.; MELO, E.M.; SILVA, A.P.S. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Ciência, cuidado e saúde**, v. 6, n. 2, p. 215-222, 2008.

FERNADES, A.F.C.; OLIVEIRA, M.S.; MOREIRA, C.B.; SANTOS, M.C.L. **Manual de orientação a mulheres mastectomizadas**. Fortaleza: Edições UFC, 2013. 57 p.

MARCHI, A.A, GURGEL, M.S.C, FONSECHI-CARVASAN, G. Rastreamento mamográfico do câncer de mama em serviços de saúde públicos e privados. **Rev Bras Ginecol Obstet.**, v.28, n.4, p. 214-219, 2010.

TAVARES, C.M.A.; PRADO, M.L. Pesquisando a prevenção do câncer ginecológico em Santa Catarina. **Texto Contexto Enferm**., v.14, n.4, p. 578-586 , 2006.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os participantes do estudo, bem como aos professores coordenadores do grupo de pesquisa que possibilitaram a realização do estudo.

CONHECIMENTO ACERCA DO TRATAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA POR ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Marinna Maria de Andrade Costa (apresentador) – Universidade Federal do Ceará. Email: marinnamariaac@yahoo.com.br
Altamira Mendonça Félix Gomes – Universidade Federal do Ceará
Angélica Isabely de Morais Almeida – Universidade Federal do Ceará
Jordana Prado Benevides – Universidade Federal do Ceará
Ana Fátima Carvalho Fernandes – Universidade Federal do Ceará
Miria Conceição Lavinas Santos (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave:Câncer de mama. Tratamento. Enfermagem..

Resumo

Tendo em vista que, desde a graduação, o enfermeiro já assume um forte papel como educador em saúde, se faz necessário que eles tenham um conhecimento adequado para que possam realizar uma educação eficaz ao paciente. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento acerca do tratamento para câncer de mama por acadêmicos de enfermagem. Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 12 acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública na cidade de Fortaleza – Ce, que participam de um grupo de pesquisa sobre cancerologia. Foi aplicado um questionário contendo três questões do tipo verdadeiro ou falso. O primeiro item avaliado foi: a quimioterapia e a radioterapia são sempre indicados nos tratamentos para o câncer de mama. Nesse item, 58,34% dos participantes responderam corretamente. O segundo item avaliado foi: a mastectomia radical é a única modalidade de tratamento cirúrgico existente para o tratamento do câncer de mama. Esse item foi analisado corretamente(falso) por 83,34% dos participantes. O terceiro item avaliado foi: É aplicado o mesmo tratamento para o câncer de mama para todas as mulheres e homens que tem a doença. Quanto a esse item, 83,34% da amostra responderam corretamente. Com o presente estudo podemos perceber que existem lacunas de conhecimento por parte dos acadêmicos de enfermagem dos tratamentos referentes a este e de suas indicações, levando-nos a concluir que ações emergenciais de repasse de informações a estes estudantes acerca do assunto são indispensáveis.

Introdução

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético. Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. (INCA, 2014).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2014 foram estimados 57.120 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 56,1 casos por 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,88 óbitos/100.000 mulheres em 2011. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 13,67 e 13,18 óbitos/100.000 mulheres em 2011, respectivamente.(BRASIL, 2014)

Entre 5% a 10% das neoplasias são resultados diretos da herança de genes relacionados ao câncer, mas grande parte envolve danos ao material genético, de origem física, química ou biológica, que se acumulam ao longo da vida. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. (INCA, 2014).

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (INCA, 2014).

De acordo com o INCA (2014), podemos considerar alguns fatores que predispõe ao aparecimento de neoplasia da mama, como: história familiar, especialmente da mãe e irmã acometidas antes da pré-menopausa, idade, menarca precoce, menopausa tardia, a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos, a nuliparidade, ingestão regular de álcool, exposição à radiação ionizante e dieta hipercalórica. Embora a hereditariedade seja responsável por apenas 10% do total de casos, mulheres com história familiar de câncer de

mama, especialmente se uma ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmãs) foram acometidas antes dos 50 anos, apresentam maior risco de desenvolver a doença.

Segundo Tavares e Prado (2006), a sua incidência cresce progressivamente e muitos óbitos poderiam ser evitados com ações de prevenção secundária, como a detecção precoce e o tratamento imediato. Os tratamentos convencionais para o câncer de mama são: a cirurgia, a quimioterapia, a radioterapia e o tratamento hormonal. Segundo Cruz, Barros e Hoehne (2009) “esses são os únicos métodos comprovados eficazes para o combate ao câncer de mama”. Conforme Freire e Massoli (2006), esses tratamentos tem como principais objetivos “aumentar a sobrevida e, se possível, promover a cura, aumentar o intervalo livre da doença e melhorar a qualidade de vida da mulher com um mínimo de perda de estética”.

A quimioterapia é uma das modalidades de tratamento oncológico escolhidas para promover a cura, o controle e a paliação. Esse tratamento se dá pelo uso de drogas citotóxicas, administradas principalmente por via sistêmica (endovenosa) e pode ser classificado de acordo com a sua finalidade: quimioterapia adjuvante, quimioterapia neoadjuvante, quimioterapia primária, quimioterapia paliativa, monoquimioterapia e poliquimioterapia (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

A radioterapia é um método capaz de destruir células tumorais, empregando feixe de radiações ionizantes. Uma dose pré-calculada de radiação é aplicada, em um determinado tempo, a um volume de tecido que engloba o tumor, buscando erradicar todas as células tumorais, com o menor dano possível às células normais circunvizinhas, à custa das quais se fará a regeneração da área irradiada. As radiações ionizantes são eletromagnéticas ou corpusculares e carregam energia. Ao interagirem com os tecidos, dão origem a elétrons rápidos que ionizam o meio e criam efeitos químicos como a hidrólise da água e a ruptura das cadeias de ADN. A morte celular pode ocorrer então por variados mecanismos, desde a inativação de sistemas vitais para a célula até sua incapacidade de reprodução. (INCA,2014).

Conforme o INCA(2014), mastectomia é o nome dado à cirurgia de remoção completa da mama e consiste um dos tratamentos cirúrgicos para o câncer de mama. A mastectomia radical também chamada de Halsted, consiste na retirada da glândula mamária, associada à retirada dos músculos peitorais e à linfadenectomia axilar completa. Atualmente é um procedimento incomum, devido à alta morbidade a ela associada e a resultados bastante satisfatórios de técnicas menos invasivas. A mastectomia radical modificada consiste na retirada da glândula mamária e na linfadenectomia axilar, com preservação de um ou de ambos os músculos peitorais. A mastectomia total simples consiste na retirada da glândula mamaria, incluindo o complexo areolar e aponeurose do músculo peitoral, preservando os linfonodos axilares. A mastectomia subcutânea Consiste na retirada da glândula mamária, conservando os músculos peitorais e suas aponeuroses, pele e complexo aréolo-papilar.

Tendo em vista que os profissionais da saúde, em destaque os enfermeiros, são responsáveis pela educação da população para prevenção e detecção precoce de doenças, se faz necessário que eles tenham um conhecimento adequado para que possam realizar uma educação eficaz ao paciente. Além disso, desde a graduação, o enfermeiro já assume um forte papel como educador em saúde. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo avaliar o conhecimento acerca do tratamento para câncer de mama por acadêmicos de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, descritivo e quantitativo, realizado com 12 acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública na cidade de Fortaleza-Ce, que participam de um grupo de pesquisa sobre cancerologia e estavam presentes no dia da coleta. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras no mês de agosto de 2014 durante uma reunião do grupo de pesquisa. Foi aplicado um questionário contendo três questões do tipo verdadeiro ou falso, referentes aos tipos de tratamento para câncer de mama, elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o rastreamento do câncer de mama. Os objetivos do estudo foram expostos aos participantes, garantindo a participação voluntária. Ao final os dados foram analisados com base na literatura pertinente ao tema.

Resultados e Discussão

A amostra foi composta por 12 acadêmicos de Enfermagem, que cursavam do segundo ao nono semestre do curso de graduação. O primeiro item avaliado foi: a quimioterapia e a radioterapia são sempre indicados nos tratamentos para o câncer de mama. Nesse item, 58,34% dos participantes responderam corretamente (falso). O tratamento do câncer é complexo e inclui várias modalidades terapêuticas. Segundo Herr et al (2012), a quimioterapia é a forma de tratamento mais prevalente. Em estudo realizados por eles com uma amostra de pacientes com diversos diagnósticos em diferentes estágios da doença mostrou que 95% fazem tratamento quimioterápico. A QT é o tratamento mais utilizado e se constitui de um conjunto de drogas que atua em várias fases do metabolismo celular, atingindo, além de células malignas, as células sadias do organismo, sendo responsáveis por diversas reações/sintomas.(Pedro; Funghetto, 2005).

O segundo item avaliado foi: a mastectomia radical é a única modalidade de tratamento cirúrgico existente para o tratamento do câncer de mama. Esse item foi analisado corretamente(falso) por 83,34% dos participantes. Segundo o INCA (2014), a mastectomia é uma cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar). Os tipos de cirurgias são geralmente agrupados em três categorias: A mastectomia total (simples) remove todo o tecido mamário, porém todos ou muitos dos linfáticos e músculos torácicos são mantidos intactos. A mastectomia radical modificada (cirúrgica mais comum) remove toda a mama, algum ou muitos nódulos linfáticos ,e algumas vezes os músculos peitorais menores torácicos. A mastectomia radical é um procedimento realizado raramente porque requer a remoção de toda a mama, pele, músculo peitorais maior e menor, nódulos linfáticos axilares, e algumas vezes as nódulos linfáticos mamários internos ou os supra-claviculares.

O terceiro item avaliado foi: É aplicado o mesmo tratamento para o câncer de mama para todas as mulheres e homens que tem a doença. Quanto a esse item, 83,34% da amostra responderam corretamente (falso). Conforme o INCA (2014), o tipo de tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas, bem como das condições da paciente (idade, status menopausal, comorbidades e preferências).

Conclusão

Com o presente estudo podemos perceber que existem lacunas de conhecimento por parte dos acadêmicos de enfermagem dos tratamentos referentes a este e de suas indicações, levando-nos a concluir que ações emergenciais de repasse de informações a estes estudantes acerca do assunto são indispensáveis. Ações de educação em saúde envolvendo temáticas frequentemente observadas em várias facetas do trabalho de enfermagem são de extrema importância a fim de habilitar estudantes, futuros enfermeiros, a exercer seu papel de educador da maneira mais eficiente possível e com maior segurança. Além disso, desde a graduação, o enfermeiro já assume um forte papel como educador em saúde, capacitando e tornando os participantes multiplicadores de ações. Daí a necessidade da criação e da adoção de estratégias informativas e educativas com a finalidade de disseminar e ampliar o conhecimento desses futuros

profissionais, conferindo base para o exercício da profissão. Este estudo também nos permite concluir que existem pontos chave que devem ser enfocados na implementação do repasse de informações acerca do assunto e que é de grande relevância a reprodutibilidade da abordagem utilizada neste, pois podem guiar na detecção de falta de conhecimento em temáticas semelhantes a esta.

Referências

ANJOS, A.C.Y; ZAGO, M.M.F. A experiência terapêutica quimioterápica oncológica na visão do paciente. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v.14, p.33-40, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer**. Incidência de câncer no Brasil: estimativa/2014** Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf. Ministério da Saúde. Acesso em 10 jul. 2014.

Câncer de mama, 2014. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336>. Acesso em 10 jul. 2014.

HERR, G.E.; KOLANKIEWICZ, A.C.B.; BERLEZI, E.M.; GOMES, J.S.; MAGNAGO, T.S.B.S.; ROSANELLI, C.P.; LORO, M.M. Avaliação de Conhecimentos acerca da Doença Oncológica e Práticas de Cuidado com a Saúde. **Rev Bras Cancerol**., v.59, n.1, p.33-41, 2013.

PEDRO, E.N.R.; FUNGHETTO, S.S. Concepções de cuidado para os cuidadores: um estudo com criança hospitalizada com câncer. **Rev gaúch enferm**, v.26, n.2, p.210-219, 2005.

SPENCE, R.A.J.; JOHNSTON, P.G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 416 p.

Agradecimentos

Agradecemos a todos os participantes do estudo, bem como aos professores coordenadores do grupo de pesquisa que possibilitaram a realização do estudo.

CONHECIMENTO DAS GESTANTES SOBRE O PRÉ-NATAL

Autor 1 - Maria Michelle Bispo Cavalcante – Prefeitura Municipal de Sobral//FaculdadesINTA-michellebispoc@yahoo.com.br
Autor 2 - Danielle d'Ávila Siqueira (orientadora) - Faculdades INTA - danielleavila@hotmail.com
Autor 3Antonia Nayara Ribeiro Ferreira
Autor 4 - Rosalice Araújo de Sousa - Faculdades INTA
Autor 5 – Aldecira Uchôa Monteiro Rangel
Autor 6 – Maria de Lourdes dos Santos

Palavras-chave: Gravidez; Pré-natal; Conhecimento

Resumo

A atenção pré-natal tem como foco o acolhimento da mulher desde o início da gravidez, buscando assegurar, ao seu término, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Este estudo de natureza exploratória-descritiva, com abordagem qualitativa, realizado na UBS do Junco em Sobral (CE), em agosto de 2013 com adolescentes grávidas objetivou averiguar o conhecimento das grávidas sobre o pré-natal, traçar o perfil sócio-econômico-cultural das gestantes conhecer medidas de auto-cuidado adotadas pelas gestantes; além de descrever os benefícios e importância do pré-natal. Teve como critérios de inclusão a participação voluntária das gestantes com idade gestacional de 35 semanas que realizaram consulta pré-natal na UBS. Os de exclusão eram: gestantes de alto risco e que não manifestaram interesse de participar. As informações obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas foram analisadas por categorização, o saturamento das respostas delimitou o quantitativo de seleção da amostra. O perfil das mulheres mostrou que idade entre 19 a 24 anos, casadas, com profissões diversificadas, ensino fundamental, renda familiar de 1 a 2 salários mínimos vigentes. Verificou-se que o conhecimento da importância do pré-natal é singularizado pelas grávidas. Contudo, reconhecem as orientações recebidas como benefícios e tem assiduidade no pré-natal, como medidas de auto-cuidado fazem uso dos medicamentos que são pré-estabelecidos e realizam exames solicitados. Não observou-se uso de drogas ilícitas entre a amostra, tampouco gestantes inseridas nos grupos de gestantes. Concluiu-se que o conhecimento das gestantes acerca da importância do pré-natal é diretamente associado com os momentos educativos coletivos.

Introdução

O pré-natal é a assistência prestada à mulher a partir do diagnóstico de gravidez, no qual o profissional de saúde procura diagnosticar doenças pré-existentes, dar os devidos encaminhamentos para definir diagnósticos e orientar condutas, bem como, elaborar programa de acompanhamento de prevenção das possíveis complicações que possam advir no transcorrer da gravidez. Portanto, qualquer alteração que porventura venha acometer o binômio mãe/feto, deverá receber soluções ou orientações com a maior brevidade possível.
Entre os relevantes objetivos da assistência pré-natal está o acolhimento da mulher e, se possível, desde o início da gravidez. Período de vida da mulher recheado de mudanças bioquímico-emocionais e físicas quando cada gestante vivencia a sua forma pessoal. Estas transformações podem gerar medo, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo (SHIRMER *et al.*, 2010).É fundamental que dentro da assistência pré-natal se possa, também, orientá-la e ajudá-la a se situar de maneira equilibrada e tranqüila e, até mesmo, se fazer um despertar simplesmente voltado para as sensações novas e boas que nela começam a brotar. Através de um bom acompanhamento pré-natal será possível assegurar-se maior equilíbrio bio-psiquico-físico para toda gestante. A assistência integral à gestante no pré-natal constitui, hoje, sobretudo na Estratégia de Assistência à Saúde da Família, fator relevante para os profissionais de saúde, uma vez que, a mulher assistida e cuidada neste período assegurar-se-á a possibilidade de uma gestação tranquila e um neonato saudável.
A história que cada gestante carrega em seu corpo deve ser contada durante o pré-natal. Para isto se faz necessário o melhor entrosamento possível entre a equipe de saúde e a cliente, bem como, deve-se levar em conta as diferenças, tais como, as faixas etárias: mulheres adolescentes, mulheres jovens e mulheres maduras. Portanto, deve-se levantar uma estrutura de assistência pré-natal que não seja linear, mas sim, um processo que se alinhe a cada faixa etária e social, que se enquadre cada gestante onde se possa esclarecer suas fantasias e suas mudanças que ocorrem durante o período gestacional, de tal modo que, se possa promover o desmonte de medos, as alterações morfofuncionais do seu organismo, os tipos adequados de alimentação, de vestuário, atividades laborais, lúdicas e, inclusive, das impossibilidades do fazer ações ou atos de quando necessário for, tais como a proibição relacionada à sua sexualidade (SHIRMER, 2010).

Há mais de duas décadas percebeu-se a extrema relevância do pré-natal para saúde materna infantil, o que se constata em publicação do Ministério da Saúde do Brasil desde o ano de 2000, com o Manual Técnico direcionado ao pré-natal que já foi reformulado em 2012. Aprende-se nas disciplinas do Curso de Enfermagem da importância do pré-natal tanto para a mãe quanto para o bebê, mas durante as aulas práticas é possível observar que é necessário cada vez mais orientar estas mulheres para procurarem as Unidades Básicas de Saúde e que durante os nove meses da gravidez ela precisa ir, pelo menos, seis vezes para as consultas de acompanhamento e realização de exames tanto para se saber como o organismo dela está como o da criança.

Diante do exposto, algumas perguntas sobrevêm a fim de analisar o conhecimento que as gestantes possuem sobre o pré-natal, tais como: Qual a importância do pré-natal para estas grávidas? Quais os benefícios que elas podem registrar por realizar o pré-natal? Quais medidas de auto-cuidado são adotadas pelas gestantes? Qual o conhecimento das grávidas sobre as complicações que possam ocorrer durante a gravidez? Encontrando as respostas, busca-se cumprir os objetivos propostos nesta pesquisa. Assim, este estudo objetivou averiguar o conhecimento que as gestantes possuem sobre o pré-natal, traçar o perfil sócio-econômico-cultural das gestantes; além de descrever os benefícios e a importância do pré-natal para elas; conhecer quais medidas de auto-cuidado são adotadas pelas gestantes.

Acredita-se que a relevância deste estudo é a contribuição com a saúde do município, através deste, como parâmetro para a importância do pré-natal. Como também pode ser um documento que registre as ações desenvolvidas na UBS do para a adesão ao pré-natal.

Metodologia

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, foi desenvolvido um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa.De acordo com Minayo (2008), a fase exploratória compreende a escolha do tema, delimitação do problema, assim como as características do objeto e dos objetivos, os quais são de extrema importância. Contandriopoulos *et al*., (2009) enfocam que a pesquisa qualitativa consiste na utilização de métodos científicos para formular um julgamento sobre uma intervenção e avaliar sua pertinência, seus efeitos e também compreender as relações entre seus componentes e os efeitos produzidos.

O local da pesquisa foi uma UBS do município de Sobral (CE). Esta unidade de saúde faz parte da Estratégia Saúde da Família e está situado na Avenida John Sanford 349, no bairro do Junco no município de Sobral - CE, abrangendo uma população de 23.727 habitantes, correspondendo a 6.218 famílias. A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2013, após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). A escolha deste local de pesquisa deu-se pelo fato de o bairro mesclar características sócio-econômicas variadas, compreendendo desde o conjunto Grajau, Renato Parente, Nossa Senhora de Fátima, Junco, até localidades como: Bouqueirão, Cachoeiro e Rua do Açude, compondo um misto diversificado de condições sócio-econômicas.

Como sujeitos do estudo tivemos gestantes que realizavam pré natal na UBS escolhida no mês de abril de 2013, com idade gestacional igual ou superior a 35s que se dispuseram voluntariamente a contribuir com a pesquisa, sendo excluídas as diagnosticadas com alto risco gestacional; salienta-se ainda que o número real de participantes foi definido pelo critério de saturação de respostas durante o período da pesquisa, totalizando nove participantes. A saturação é entendido por Minayo (2008), como o conhecimento formado pelo investigador, no campo, de que conseguiu compreender a lógica interna do grupo ou da coletividade em estudo. Para assegurar o anonimato requerido em pesquisas que envolvem seres humanos, as gestantes foram identificadas por G1, G2, G3... G9.

No que se refere ao instrumento de coleta de informações, utilizou-se uma entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas, visando obter o conhecimento da entrevistada em relação aos objetivos propostos. A abordagem foi realizada, antes da consulta do pré-natal, na sala de espera, mas prezando pela privacidade das mesmas. As grávidas foram informadas do motivo, dos objetivos e propostas da pesquisa e, as que aceitarem participar, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pós-informado). A pesquisadora permaneceu com a pesquisada enquanto estava sendo realizada a pesquisa permeada pelo formulário orientador.

Leopardi (2002), esclarece que entrevista é a técnica em que o investigador está presente junto ao informante e formula questões relativas ao seu problema. A entrevista na investigação qualitativa é um recurso importante e pode ser constituída de diferentes maneiras, porém é sempre vista como um encontro social. Desse modo, entendeu-se que esta era a técnica de coleta de dados mais apropriada à obtenção das informações que buscávamos junto às gestantes.

Intentando iniciar a pesquisa, preparou-se e qualificou-se o projeto de pesquisa; que, após ter sido aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) com CAAE nº 420.436 permitiu a aproximação com as pesquisadas, que foi realizada dentro da Unidade Básica de Saúde, quando as gestantes se dirigiam para a consulta de Pré-Natal. As mesmas foram informadas dos objetivos da pesquisa e após aceitarem participar, mediante o TCLE, foi realizada a aplicação do formulário individualmente. Os dados foram categorizados em falas, transcritos, analisados, apresentados e discutidos à luz da literatura.

Para análise dos dados obtidos no campo foram construídos quadros para a descrição das participantes; foi utilizada a categorização das informações, onde Gil (2010) relata que favorece a uma organização das respostas fornecidas pelos elementos pesquisados, o que proporciona uma análise coerente e adequada, onde o saturamento de respostas das gestantes delimitou o quantitativo de seleção da amostra. Bardin (2012), esclarece que a técnica da análise categorial ou temática é baseada em operações de desmembramento do texto em unidades, ou seja, descobrir os diferentes núcleos de sentido que constituem a comunicação, e depois, realizar o seu reagrupamento em classes ou categorias. Na fase da categorização, a autora ressalta que os requisitos para uma boa categoria são a exclusão mútua, pertinência, homogeneidade, objetividade, fidelidade e produtividade. A última fase, do tratamento e inferência para a interpretação dos dados, permite que os conteúdos recolhidos se constituam em dados quantitativos e/ou análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas. Neste estudo, as falas das entrevistadas serviram de norte para esta última fase.

Considerando a orientação dos princípios éticos que resguardam seres humanos, foram tomadas as providências necessárias para um enquadramento ético da pesquisa. O projeto foi enviado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) mediante CAAE nº 420.436, conforme explanado anteriormente, a partir daí foram aguardadas a aprovação e a permissão para que a pesquisa em campo fosse iniciada. Assim, lançou-se mão da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos, onde foram atendidos os princípios éticos do respeito à autonomia individual, do direito à informação, do consentimento esclarecido, da privacidade, da confidencialidade das informações e da ponderação entre riscos e benefícios, com predomínio dos benefícios esperados sobre os riscos previsíveis (FORTES, 2012). Ressalta-se ainda o consentimento por escrito, previamente esclarecido obedecendo ao Art. II, parágrafo 11 da Resolução n° 466/12 sobre pesquisas envolvendo seres humanos. Esta Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, os quatros referenciais básicos da Bioética: autonomia, não-maleficência, beneficência e justiça, entre outras, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

A população do estudo foi constituída de 09 mulheres, com a faixa etária variando entre 16 e mais de 25 anos, houve predomínio de 4 (44,4%) das mulheres entre 19 a 24 anos. Com relação ao estado civil, o mesmo número de 4 gestantes (44,4%) eram casadas, seguidas

por 2 (22,2%) de união estável , 2 (22,2%) solteiras e 1 (11,1%) separada. A maioria (55,5%) era estudante e apresentou o ensino fundamental completo, com renda entre 1 e 2 salários mínimos. Considera-se fator importante a escolarização materna para contribuir para o cuidado com ela própria e, especialmente, com o bebe durante a gestação.

Quando indagadas se já tiveram complicações em gestações passadas, apenas uma grávida mencionou que teve *"dores fortes, não sei porque, mas já tive um aborto*" (G3). Duas grávidas eram primíparas e por isso não referiram nenhuma complicação e as outras seis mulheres afirmaram que não houve nenhuma complicação em gravidezes anteriores.

Sobre os sinais de perigoem uma gravidez

Sangramento, perda de líquidos, susto (G3)
Sangramento, infecção urinária, queda (G5)
Edema, pico hipertensivo, vômito, sangramento (G7)
Sangramento, perda de líquidos, inflamação (G6)
Sangramento, leucorreia, infecção urinária (G1)
Perda de líquido, sangramento (G2)
Sangramento (G4)

Cada mulher citou mais de um sinal, sendo que o sangramento foi o mais mencionado por elas (sete vezes), perda de líquidos (três vezes) e infecção do trato urinário (duas vezes). Foram mencionados também: edemas, susto, queda, picos hipertensivo, leucorreia, inflamação, vômito e Infecção urinária. Fato que demonstra que a maioria reconhecia aquilo que o MS (2010) classifica como risco gestacional, como se vê:

[…] os fatores de risco na gravidez estão insertos em grupos de características que devem ser cuidadosamente sobrepesados, como, por exemplo, características individuais e condições sócio demográficas desfavoráveis (idade menor que 15 e maior que 35 anos, situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, situação conjugal insegura, dependência de drogas lícitas ou ilícitas, etc.), histórico reprodutivo anterior (abortamento habitual, síndromes hemorrágicas, cirurgia uterina anterior, pré-eclâmpsia/ eclampsia, etc.), doença obstétrica na gravidez atual (ganho ponderal inadequado, isoimunização, hemorragias na gestação, etc.) e intercorrências clínicas (cardiopatias, nefropatias, hemopatias, epilepsia, pneumopatias, etc.) (BRASIL, 2010, p. 22-24).

Embora o profissional da enfermagem possua o embasamento teórico-científico e o amparo da Lei para prestar apenas a assistência pré-natal de baixo risco, ao identificar um ou mais dos fatores ressaltados, deve realizar o encaminhamento da grávida, seja para tratamento na própria Unidade Básica de Saúde ou na atenção especializada. Após a avaliação desta atenção, a gestante será orientada a retornar à atenção básica, trazendo com ela as recomendações para seguimento da gravidez ou a assistência pré-natal será mantida nos serviços de referencia se for constatado a gestação de alto risco.

Sobre a importância do pré-natal para a gestante, os discursos saturaram em *"saber como estava a saúde da criança*" ou a dela própria. Apenas uma grávida mencionou que utiliza este momento para "*tirar as dúvidas*" sobre a saúde da criança e dela mesma, como se observa, nos discursos a seguir:

Para saber como está a minha saúde e a do meu filho (G1), (G7), (G8)
Tirar as dúvidas, saúde do bebe e minha (G6)

De acordo com Souza e Bernardo (2013) a importância do pré-natal encontra-se em suas ações educativas, que é uma atribuição do enfermeiro, e estas contribuem para que as gestantes, concomitante com familiares, reconheçam a importância do pré-natal na diminuição da morbi-mortalidade materno-fetal, conscientizem-se das rotinas que são necessárias para um pré-natal de qualidade e das mudanças físicas e psíquicas. Como também, as ações precisam estimular o aleitamento materno, orientar sobre exercícios posturais, recomendar sobre as consequências e os danos que são causados do uso abusivo de drogas como também da automedicação, destituir os medos e as fantasias que são concernentes à gestação e ao parto, entre outros.

Sobre os benefícios que a gestante observa em realizar o pré-natal, uma participante da pesquisa não respondeu. E as demais grávidas relataram que os benefícios estão nas orientações recebidas (G1), em ouvir o coração da criança (G5 e G6), ou seja, compreende-se que neste momento a mãe tem a certeza da mãe que o filho está vivo, que a nova vida está se fazendo.

Outra (G2) ressalta que o benefício é que "*não perder o bebe*". Sabe-se que durante o acompanhamento do pré-natal os profissionais (enfermeiro e médico) assistem e avaliam em cada consulta as condições de saúde da mãe e da criança, como também, ao detectar alguma intercorrência realizam os procedimentos para que não aconteça a morte da criança nem da mãe.Estão coerentes as afirmações das entrevistadas (G3, G5 e G7) quando se referem ao acompanhamento da enfermeira e do médico, como também dos exames gratuitos, que são realizados, pelo menos, duas vezes durante o período: no primeiro e terceiro trimestres.

Saber os possíveis riscos, acompanhamento detalhado, poder saber o tipo de parto (G3)
Ouvir o coração do bebe, ter acompanhamento médico e realizar exames gratuitos (G5)
Ter acompanhamento da enfermeira e do médico, exames gratuitos (G7)

Calderon *et al*. (2010) afirmam que não é possível prevenir as principais complicações do parto através da assistência pré-natal, que acontece com boa parte das mulheres, do tipo: hemorragias, septicemias, obstruções do trabalho de parto. Porém, certas intervenções no período da gravidez poderão, com certeza, favorecer e alterar o prognóstico materno. As estratégias mais importantes instituem um tripé com as intervenções especiais que estão relacionadas à promoção da saúde materna, à prevenção dos riscos e à garantia de suporte nutricional durante a gestação.

No que se refere as medidas de auto cuidado citadas pelas gestantes, a totalidade das mulheres participantes afirmou que tem assiduidade no pré-natal, faz uso dos medicamentos que são pré-estabelecidos e realizam os exames que são solicitados. Uma delas faz caminhada e 1/3 afirmam ter cuidados com a alimentação. Dado importante foi que nenhuma delas faz parte de grupo de gestantes e uma faz uso de drogas lícitas.Considera-se o acompanhamento pré-natal ser referenciado como um cuidado, uma vez que estão intrinsecamente ligados. Relaciona-se a descoberta da gravidez com a importância de iniciar o pré-natal precocemente e compreende-se esse atendimento como auxílio na prevenção ou no tratamento de complicações gestacionais. Os relatos expressam a preocupação com a formação do feto que está sendo gerado, a busca pela minimização de problemas e junto ao serviço encontrar alternativas para as demandas de cada gestante.

Conclusão

O estudo destacou que o conhecimento que as gestantes têm da importância do pré-natal é o de associação deste como momento educativo. Reconhecem os sinais de perigo em uma gravidez, sendo que o sangramento foi o mais mencionado por elas, perda de líquidos e infecção do trato urinárioNo entanto, o conhecimento da importância do pré-natal ainda é muito singularizada pelas grávidas, ou seja, os discursos saturaram em "*saber como estava a saúde da criança*" ou a dela própria. Apenas uma grávida mencionou que utiliza este momento para "*tirar as dúvidas*" sobre a saúde da criança e dela mesma.

Apesar das gestantes reconhecerem as orientações recebidas como benefícios, serem assíduas no pré-natal, questiona-se a ausência destas em grupos de gestantes, onde se oportuniza inúmeros ensinamentos permeados por metodologias ativas e rodas de conversas. Já quanto às medidas de auto-cuidado, consideram que usar as medicações prescritas e realizar exames que solicitados é suficiente.
O que nos faz entender que maior atenção e orientação deva ser ofertada pelos profissionais de saúde das Unidades Básicas de Saúde no que diz respeito aos cuidados que as próprias gestantes devam ter em casa (cuidado com o peso, hidratação, sinais de risco....dentre outros).
O estudo reforçou a necessidade da atenção pré-natal envolver a família da gestante e seu grupo social, uma vez que a gestação é entendida como um evento biológico e social, uma experiência familiar, portanto. Sugere-se que haja uma compreensão por parte de gestores e profissionais da área da saúde que atuam neste serviço a respeito da importância da integração ensino/serviço como forma de qualificar a assistência em qualquer nível de atenção à saúde.
Sem dúvida, novos elementos podem ser pontuados futuramente, possibilitando melhor adequação às necessidades da gestante, ao mesmo tempo em que proporcionarão visibilidade ao trabalho do enfermeiro no cenário da saúde pública, no nível da atenção básica.

Referências

ÁVILA, M. B. *PAISM*: um programa de saúde para o bem estar de gênero. 2ª ed. Recife: SOS CORPO; 2009.

BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo***.** Lisboa: Edições 70, 2012.

BARRETO, Camila Nunes; RESSEL, Lúcia Beatriz; WILHELM, Laís Antunes; BORGES, Larissa; SANTOS, Carolina Carbonell; CRUZ, Silvana; ALVES, Camila Neumaier; STUMM, Karine Eliel. Atenção pré-natal: cuidados na gestação. *Rev. Esc. Enferm. Anna Nery.*2011, 11 (1): 105 - 11.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Assistência integral à saúde da mulher*: bases de ação programática. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Resolução CNS 196/96*. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS/CNS, 1996.

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, 2010.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber preparar uma pesquisa*. Rio de Janeiro: Abrasco, 2009.

FORTES, P. A. de C. *Ética e saúde*. São Paulo: EPU, 2012.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa.* 3. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

LOPES, G. T.; PORTELLA, V. B.; LIMA, M. L.; PENNA, L. H. G. Construindo uma proposta terapêutica de enfermagem no pré-natal de baixo risco. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 2010 abr; 4(1): 115-28.

LEOPARDI, M. T. *Metodologia da pesquisa na saúde.* Florianópolis: Palloti, 2002.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento*: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2008.

SHIRMER, J. et al. Assistência pré-natal.In.*Manual técnico*.3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS/Ministério da Saúde, 2010.

SOUZA, Brígida Cabral; BERNARDO, Amanda Rafaela Cruz. O Papel do Enfermeiro no Pré-Natal Realizado no Programa de Saúde da Família – PSF Interfaces Científicas - Saúde e Ambiente • Aracaju • V.2 • N.1 • p. 83-94 • out. 2013

SOUZA, K. V. *Saúde da mulher e os direitos sexuais e reprodutivos*: uma experiência em um "*círculo de cidadania*". Rio de Janeiro: UFRJ, 2010.

STARFIELD, B. *Atenção Primária*: equilíbrio entre necessidades de saúde e tecnologia. Brasília: UNESCO/MS, 2006.

TRIVINOS, A. N. S. *Introdução à pesquisa em ciências sociais:*a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2007.

ZIEGEL, E. E. GRANLEY, M. S.*Enfermagem obstétrica*. Rio de Janeiro: 8. ed. Guanabara, 2008.

Agradecimentos

Às grávidas, sujeitos deste estudo, por colaborarem com esta pesquisa, os mais sinceros agradecimentos.
Aos meus mestres, pelos conhecimentos e experiências partilhadas.
Às Faculdades INTA pelo incentivo à pesquisa.

CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM ACERCA DOS FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA.

Altamira Mendonça Félix Gomes- Universidade Federal do Ceará- mirasul18@hotmail.com
Marinna Maria de Andrade Costa- Universidade Federal do Ceará
Angélica Isabely de Morais Almeida– Universidade Federal do Ceará
Jordana Prado Benevides – Universidade Federal do Ceará
Ana Fátima Carvalho Fernandes – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Câncer de mama. Fatores de risco. Conhecimento. Enfermagem. Educação em saúde.

Resumo

O câncer de mama responde por 22% dos novos casos de câncer em todo o mundo a cada ano. Visto estar este ligado a vários fatores de risco que não são passíveis de modificação, a prevenção deste se faz no âmbito da detecção precoce, que possibilita maiores chances de cura e melhor prognóstico. O enfermeiro como multiplicador de conhecimentos se insere como um importante aliado nas ações de detecção precoce e tal preparação para isso se inicia no ambiente acadêmico. Objetivou-se com este estudo identificar o conhecimento de alunos do curso de graduação em enfermagem acerca da conceituação do câncer de mama e dos possíveis fatores de risco relacionados à doença. Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa realizado com doze acadêmicos de enfermagem de uma universidade pública na cidade de Fortaleza, Ceará. Os participantes responderam a um questionário com assertivas que abordavam aspectos relacionados aos principais fatores de risco da doença, onde tinham a opção de resposta os itens verdadeiro ou falso. O conjunto das respostas analisadas nos indica que apesar de estes já terem um certo conhecimento, um maior foco de atenção das estratégias educativas deve ser direcionado aos fatores de risco para o câncer de mama visto que grande parte dos estudantes parece estar com dúvidas a respeito do assunto. Estudos que objetivam conhecer o grau de conhecimento de estudantes acerca de alguma temática relacionada ao câncer de mama proporcionam benefícios pois este aparato propicia subsídios para uma melhor abordagem ante os alunos e otimiza o aprendizado.

Introdução

O câncer de mama, assim como outros tipos de neoplasias, está inserido em um grupo de patologias denominado doenças crônicas não-transmissíveis, que tem como características comuns o crescimento acelerado e desordenado de células anormais com potencial invasivo, causas multifatoriais e desenvolvimento lento que pode estender por vários anos (BRASIL, 2012d). Sendo uma neoplasia maligna de grande magnitude e frequência o câncer de mama responde por 22% dos novos casos da doença em todo o mundo a cada ano. No ano de 2010 o número de mortes foi de 12. 852, homens e mulheres, e a estimativa para novos casos no ano de 2012 totalizou 52.680 segundo o Instituto Nacional do Câncer, tendo um aumento da incidência tanto em países desenvolvidos quanto nos menos favorecidos. Em virtude dos grandes impactos a nível mundial que tal neoplasia ocasiona, o câncer de mama se tornou um importante problema de saúde pública (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

O câncer em geral se caracteriza por ter um crescimento acelerado e desordenado das células de determinado local do corpo, tendo como possíveis causas dessa situação, desde fatores intrínsecos a pessoa, como a genética, idade, raça e gênero, até fatores externos, sendo o meio em que o indivíduo se insere de grande importância nesta questão, pois a maioria dos cânceres se relacionam com o meio ambiente, bem como ao sedentarismo, obesidade, álcool, infecções e nível socioeconômico. Tais circunstâncias são denominadas fatores de risco, que aumentam as chances de a pessoa desenvolver a doença. Se tratando de câncer de mama, o fator hereditário tem grande importância, além de idade, história ginecológica e reprodutiva e comportamento com respeito a exposição hormonal (BRASIL, 2012a).

Visto estar o câncer de mama ligado a vários fatores de risco que em sua maioria não são passíveis de modificação, a maior prevenção deste se faz no âmbito da detecção precoce, que possibilita maiores chances de cura e melhor prognóstico. Porém tal detecção só se faz eficaz se os responsáveis pelo repasse de informações à população estiverem comprometidos com tal finalidade, a fim de se obter uma maior alcance deste objetivo, sendo neste contexto a educação em saúde uma excelente ferramenta. Pesquisas recentes (OLIVEIRA *et al.*, 2012; SILVA *et al.*, 2012) consideram como validas todas as estratégias voltadas a educação em saúde no contexto oncológico de prevenção do câncer de mama, pois estas levam a comportamentos mais saudáveis, maior adesão a tratamentos e influenciam positivamente sua condição de saúde. Tais estratégias são de suma importância no repasse do conhecimento, retirada de medos e estigmas, e por estimular a ação quanto ao combate desta condição de doença.

O enfermeiro como multiplicador de conhecimentos se insere neste quesito como um importante aliado nas ações de detecção precoce, pois o emponderamento da arte de cuidar os leva a uma parcela de responsabilidade ante a comunidade de estar participando nas ações de promoção, prevenção e cuidados com a saúde (MOREIRA *et al.*, 2013). Portanto, se faz de suma importância a aquisição desta capacidade de se tornar um multiplicador do conhecimento mesmo ainda no ambiente acadêmico, onde a competência operacional quanto

a esta questão deve ser amplamente estimulada e desenvolvida da maneira mais eficaz possível (FREITAS, TERRA e MERCÊS *et al.*, 2011).
Diante de todo o exposto e levando-se em consideração a importância da superação de lacunas de conhecimento que estudantes de graduação em enfermagem venham a ter com relação ao câncer de mama, objetivou-se com este estudo identificar o conhecimento de alunos do curso de graduação em enfermagem acerca dos possíveis fatores de risco relacionados à doença.

Metodologia

Estudo transversal, descritivo com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma instituição de ensino superior localizado na cidade de Fortaleza, Ceará. A população de escolha para compor o estudo foram acadêmicos participantes de grupo de pesquisa que promove a atuação de enfermagem junto à saúde mamária. A amostra se compôs de 12 estudantes escolhidos por conveniência, por estarem presentes no dia escolhido para a realização da pesquisa. O instrumento utilizado para a coleta de informações acerca do conhecimento dos participantes foi um questionário contendo cinco questões que visavam averiguar a compreensão destes acerca dos principais fatores de risco para o câncer de mama, onde todas as assertivas poderiam ser respondidas com as opções verdadeira ou falsa. Salienta-se que o questionário foi elaborado com base nas recomendações do Ministério da Saúde para o controle do câncer de mama. Os dados foram coletados no mês de agosto de 2014. A participação de todos no estudo foi voluntária. Os dados foram analisados e interpretados com base na literatura relacionada ao assunto.

Resultados e Discussão

As perguntas visavam ter uma noção do grau de conhecimento dos estudantes acerca deste assunto, bem como identificar lacunas do entendimento destes que pudessem direcionar as ações de educação em saúde que posteriormente serão aplicadas a esta população. Um total de 66,6% (8 estudantes) se expressaram corretamente em afirmação relacionada aos fatores mais fortemente impulsionadores da formação do câncer de mama quando consideraram correto que os principais fatores de risco para o câncer de mama estava relacionados a elementos genéticos e endócrinos. Apenas um dos alunos (8,3%) relacionou a amamentação exclusiva como sendo fator de risco para o aparecimento do câncer de mama, sendo esta afirmação falsa, pois tal prática constitui um fator de proteção para o auxílio no combate à doença (INUMARU, SILVEIRA E NAVES, 2011).
Em item que afirmava ser um risco aumentado para o desenvolvimento do câncer de mama a menarca tardia, todos os participantes (100%) consideraram ser esta uma afirmação falsa, respondendo de forma correta o item. Porém não se pode considerar que esta resposta prefiguraria o correto entendimento do papel da história ginecológica como influenciador para o desenvolvimento do câncer de mama pelos estudantes, pois na sentença seguinte que mencionava que a menopausa tardia era um fator de proteção para o não aparecimento do câncer de mama, apenas 50% (6 estudantes) a consideraram falsa, onde este, pelo contrário, constitui um fator de risco (BRASIL, 2013b).
Com relação ao item que afirmava ser o uso de contraceptivos orais um importante fator de risco para o aparecimento desta neoplasia, 7 estudantes (58,3%), o responderam como falso, acertando a resposta. O uso de contraceptivos orais é tema de muitas pesquisas e discussões na temática pois seu uso não constitui comprovadamente um fator de risco direto ao aparecimento do câncer de mama. Pesquisa que abordou o conhecimento de estudantes da saúde acerca do assunto destacou um conhecimento favorável destes com relação a esta questão (FREITAS, TERRA e MERCÊS *et al.*, 2011).
O item que gerou menos acertos foi a afirmação que dizia ser a primeira gravidez após os 30 anos, nuliparidade e terapia de reposição hormonal pós-menopausa, principalmente se prolongada por mais de cinco anos, serem fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, onde apenas 5 estudantes (41,6%) a responderam como verdadeira acertando a resposta. Estudo com abordagem semelhante revelou que dos alunos de enfermagem participantes da pesquisa 76,2% afirmaram ser a terapia de reposição hormonal, nuliparidade e primeira gravidez após os 30 anos de idade, fatores de risco para o câncer de mama, o que demonstram eles ter maior domínio sobre o assunto (PIRHARDTL E MERCÊS, 2009).
O conjunto das respostas analisadas nos indica que apesar de estes já terem um certo conhecimento com relação à temática, um maior foco de atenção das estratégias educativas deve ser direcionado aos fatores de risco para o câncer de mama visto que grande parte dos estudantes parece estar com dúvidas a respeito do assunto. O que indica grande necessidade de intervenção neste respeito.

Conclusão

Com o presente estudo percebe-se que a existencia de dúvidas acerca da temática é real, levando-nos a refletir na necessidade de uma abordagem educativa junto a esta população. Estudos que objetivam conhecer o grau de conhecimento de estudantes acerca de alguma temática relacionada ao câncer de mama proporcionam benefícios pois este aparato propicia subsídios para uma melhor abordagem ante os alunos e otimiza o aprendizado. Apesar de o número baixo de alunos constituir fator limitante do estudo este se fez relevante por mostrar que existem lacunas de conhecimento a serem amplamente abordadas. Outros estudos com abordagem semelhante que utilizem maior quantidade de alunos poderiam ser implementados a fim de se obter o máximo de informações com relação ao conhecimento deste público acerca deste assunto.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional DE Câncer José Alencar Gomes Da Silva.**ABC do câncer** : abordagens básicas para o controle do câncer. Rio de Janeiro : Instituto Nacional do Câncer, 2012a. 129 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Incidência de câncer no Brasil**: estimativa 2012. Rio de jneiro: Ministério da Saúde. 2012b. Disponível em : http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf. Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer**. Mama. Rio de janeiro: Ministério da saúde. 2012c. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama. Acesso em: 10 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012d. 34 p.

FREITAS, C.R.P.; TERRA, K.L.; MERCÊS, N.N.A. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama**. Rev Gaúcha Enferm**., Porto Alegre (RS), v. 32, n. 4, p. 682-7, 2011.

INUMARU, L.E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M.M.V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática**. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, 2011.

MOREIRA, C.B. *et al*. Construção de um Vídeo Educativo sobre Detecção Precoce do Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 401-407, 2013.

OLIVEIRA, A.M. e*t al.* Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Rev. esc. enferm. USP,** São Paulo, v.46, n.1, fev.2012.
PIRHARDTL, C.R.; MERCÊS, N.N.A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 102-6, 2009.

SILVA, S.R. *et al*. Atividades educativas na área da saúde da mulher: um relato de experiência. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Minas Gerais, v. 1, n. 01, 2012. Disponível em: <http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/299/283/>. Acesso em: 10 out. 2013.

Agradecimentos

Agradecimento a todos os participantes e pesquisadores deste estudo.

CONHECIMENTO DE MULHERES IDOSAS DE UMA COMUNIDADE CARENTE SOBRE A IMPORTÂNCIA DO AUTOEXAME NA DETECÇAO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.

Autor 1 Suelen Costa do Nascimento – Faculdade Terra Nordeste. Email: suelencosta88@gmail.com
Autor 2 – Instituição
Autor 3 – Instituição
Autor 4 – Instituição
Autor 5 – Instituição
Autor 6 (Orientador) – Instituição

Palavras-chave:conhecimento.idosas.autoexame.cancer.mama..

Resumo

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, no Brasil as taxas continuam elevadas muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Esse tipo de câncer é mais comum em mulheres acima de 50 anos. Quanto maior a idade maior a chance de ter este tipo de câncer.
Esta pesquisa surgiu a partir da constatação da transição demográfica brasileira e da evidente feminização da velhice, o que impõe demandas assistenciais específicas e integrais para este segmento populacional. Os objetivos desse artigo foram verificar o conhecimento que as mulheres idosas tem sobre o câncer de mama e os exames preventivos, com ênfase no autoexame; identificar se elas fazem esse exame e apontar os motivos que as levam ou não a realizar os mesmos. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória das participantes do grupo de idosos da comunidade da favela do Papelão, no bairro Antônio Bezerra da cidade de Fortaleza. Sobre o conhecimento do autoexame da mama como exame usado na detecção precoce do câncer de mama, 67% das idosas responderam que o conheciam. Apenas 50% costumava fazer esse exame e apenas 8% dessas idosas descreveram corretamente todos os passos do procedimento. O fato de termos mulheres idosas que nunca realizaram o exame aponta a necessidade contínua de realizarmos ações educativas sobre o câncer de mama e seus exames de detecção precoce.

Introdução

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), atualmente existem no Brasil, aproximadamente, 20 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa pelo menos 10% da população brasileira. Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Assim, o Brasil ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. Em decorrência da queda acentuada e progressiva das taxas de fecundidade e mortalidade, e com o aparecimento de novas formas de tratamento e drogas, houve um aumento da expectativa de vida das pessoas e consequentemente, pela transição demográfica que os países desenvolvidos como o Brasil estão vivenciando, temos visto o aumento da expectativa de vida do idoso e recorrentemente do número de doenças crônicas.[1] A faixa etária ainda é considerada como um dos principais fatores prognósticos no desenvolvimento do câncer de mama.[2]
Atualmente cerca de 50% dos casos de neoplasia de mama acontecem entre as mulheres com mais de 65 anos de idade e 30% dos casos entre as mulheres acima dos 70 anos.[3]
O câncer de mama é responsável pela morbimortalidade das mulheres tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento. No caso do Brasil, o câncer de mama representa a primeira causa de morte por neoplasias entre as mulheres, chegando a atingir o percentual de 16,6%. A estimativa de novos casos mundialmente é de 57.120 novos casos em 2014 e 13.345 casos de óbitos em 2011 segundo o INCA.[4] Esses dados revelam, pois, que as campanhas de prevenção e/ou detecção precoce não têm sido bem sucedidas, e esse tipo de câncer continua a se constituir em sérias ameaças para a população idosa feminina brasileira, o que pode ser explicado por diversos motivos como, por exemplo, pela dificuldade em acessar os serviços de saúde, pela demanda reprimida, pela falta de oportunidade que a mulher tem de falar sobre si e sobre o desconhecimento sobre o câncer de mama.
Compreendemos que a detecção precoce do câncer de mama é efetivada pelo autoexame, procedimento de baixo custo e alta eficácia, que quando é realizado de maneira rotineira e correta pode-se identificar prematuramente alterações, nesse sentido enfatiza-se esse procedimento e sua importância na diminuição da morbimortalidade e aumento das taxas de sobrevida e cura das mulheres.[5]
O autoexame que deve ser feito uma vez por mês. A melhor época é logo após a menstruação, para as mulheres que não menstruam mais, o autoexame deve ser feito num mesmo dia de cada mês, por exemplo, todo dia 15. Durante o autoexame deve procurar: deformações ou alterações no formato das mamas, abaulamentos ou retrações, ferida ao redor do mamilo, caroços nas mamas ou axilas e secreções pelos mamilos.

O autoexame das mamas não basta para diagnosticar precocemente o câncer de mama, pois não apresenta eficácia para a detecção do tumor. O importante é que você saiba o que é normal para você e conheça suas mamas.[6]
O questionamento sobre rastreamento populacional organizado do câncer da mama em mulheres idosas ocorre em todo o mundo, uma vez que a incidência é alta nesse grupo etário e há diagnósticos em mulheres assintomáticas, nessa faixa etária, que realizam exames de rastreamento oportunístico. Quase universalmente, as recomendações incluem no rastreamento mamográfico as mulheres entre 50 e 69 anos, mas podem existir variações quanto aos limites.[4]
O projeto Diretrizes da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, que procurou juntar informações da área médica sobre o rastreamento mamográfico, adicionou na recomendação do Inca que mulheres entre 40 e 49 anos façam anualmente a mamografia, mulheres acima dos 70 anos a decisão deverá ser individual considerando a expectativa de vida de cada mulher, pois a incidência do câncer de mama aumenta com a idade. A incidência da doença aos 40 anos é um caso para 232 mulheres, e aos 70 anos é um para 29.
Nesse cenário um aspecto importante na prevenção do câncer de mama é que a mulher, além de esclarecimento, necessita transformar seus hábitos de saúde.
Compreendendo que a prevenção do câncer de mama através da instrução de autoexame das mamas é de responsabilidade de todos os que assistem a pacientes do sexo feminino, e não apenas daqueles que atuam em programas específicos para este fim[10] evidenciou-se que as equipes de saúde dessa comunidade tem encontrado dificuldades para orientar e realizar os exames de detecção precoce, evidenciando que práticas para educação tem sido um problema para a área da comunidade.[6]
Os profissionais da equipe de saúde justificaram várias vezes essa falta de orientação e prevenção devido a sobrecarga de trabalho e ausência de espaço físico para orientações, isentando-se do comprometimento político em sua prática sobre as condições de vida da população.[7]
Considera-se que uma das formas de colaborar é a de realizar investigações que demonstrem as lacunas de conhecimento das mulheres idosas sobre o seu autocuidado e aponte caminhos para reversão desse quadro e consequentemente posam subsidiar programas de promoção de saúde.
Acreditando que o processo educativo deve contribuir para diminuir as estatísticas de morbimortalidade de mulheres, decidiu-se elaborar esse estudo relativo a saúde da mulher, que tem caráter preliminar e objetivo de identificar os déficits de conhecimento de mulheres idosas sobre o exame de detecção precoce do câncer de mama, de modo a sustentar ações que influenciem o aumento da expectativa e a melhoria da qualidade de vida de idosas que participam de grupos de promoção a saúde, realizados pelas autoras em uma comunidade carente de Fortaleza.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, descritiva e exploratória das participantes do grupo de idosos da comunidade da favela do Papelão, no bairro Antônio Bezerra.
A população foi constituída por 45 idosas que compareceram espontaneamente ao posto de saúde para consultas médicas. Os dados foram coletados pelas pesquisadoras durante o primeiro semestre do ano de 2014, aplicando-se questionários individualmente a todas as idosas no momento em que aguardavam ser atendidas. O instrumento de coleta de dados constituiu-se de três instrumentos de avaliação: Questionário socioeconômico, questionário de conhecimentos sobre câncer de mama e prática do autoexame com questões abertas e fechadas referentes aos conhecimentos sobre métodos de detecção precoce e hábitos de saúde relacionados a prevenção do câncer de mama. Salienta-se que todas as idosas concordaram em participar do estudo após a explanação de seus objetivos.

Resultados e Discussão

Em relação aos dados de identificação das participantes, a média de idade foi de 65,3 anos. Cerca de 80% da população estudada caracteriza-se por estruturar-se em núcleos familiares carentes, o que demonstra o baixo nível socioeconômico das idosas que, além disso, possuem pouca escolaridade, uma vez que 72% estudaram apenas entre a 1ª e 5ª séries e 2% são analfabetas. Em relação às consultas ginecológicas, 82% afirmam ir ás consultas uma vez por ano.
Todas as mulheres do estudo já escutaram falar do câncer de mama. Dentre as respostas sobre onde obtiveram as informações sobre essa doença, (31,9%) referiam-se aos meios de comunicação, (20,5%) a palestras, (16,3%) a amigos, (12,7%) à família e (18,6%) aos profissionais de saúde.
Em relação ao autoexame das mamas, 33% das idosas disseram não conhecê-lo quando indagadas a esse respeito, percentual que se confirmou quando eram estimuladas a dizer o que entendiam por esse procedimento. Das demais respondentes, 67% disseram conhecer o exame e o correlacionaram corretamente à sua finalidade. A respeito dessa técnica de realização do autoexame das mamas, apenas 50% referiram saber como executa-los e fazê-lo com frequência, referindo 60% das vezes, tê-la aprendido com profissionais da saúde. Apenas 8% dessas idosas descreveram corretamente todos os passos do procedimento e as demais relataram alguns passos do método sem conseguirem concluir as etapas do autoexame. Tal fato demonstra claramente que esse método de detecção de problemas, apesar de simples, requer, além de mudança de hábito, maior treinamento e elucidação sobre sua finalidade. Estranha-se o fato dessas idosas em sua maioria conhecerem o autoexame de mama, mas não saber a técnica correta do procedimento, uma vez que se submeteram ao exame ginecológico e a exames clínicos das mamas esperando-se que pudessem ter sido orientadas de alguma forma a esse respeito. Como sabê-lo torna-se impossível, mas alguns trabalhos [8] reiteram que são muitos os ginecologistas que não examinam as mamas de suas pacientes deforma rotineira.
Nota-se outro problema dos serviços públicos de saúde que pouco se dá atenção ao exame físico das mamas e, certamente, não ensinam auto cuidado a suas pacientes /clientes, entre eles o autoexame das mamas apesar dos inúmeros estudos que mostram a eficácia desse procedimento rotineiro no despertar para o autoconhecimento fundamental nesse processo.[9]
Ensinar o autoexame das mamas não é responsabilidade apenas dos profissionais inseridos nos serviços básicos de saúde, mas sim de todos aqueles que lidam com a saúde da mulher em qualquer situação.
Nesse sentido, pesquisas [10] apontam que a responsabilidade da prevenção do câncer de mama é de todos, independentemente da situação em que atendam a mulher.
Lembrando, então, que profissionais da saúde do sexo feminino somente poderão participar seriamente de programas educativos na medida em que adicionem a realização do autoexame das mamas à sua vida pessoal, pois devem se recordar que também correm o risco de desenvolver o câncer de mama. Nessa relação, ressalta-se que aquelas que realizam o autoexame e reconhecem sua importância têm o preparo mais que suficiente para ensiná-lo às pacientes e/ou clientes em qualquer situação, diferentemente das que não o praticam ou nele não acreditam como método eficaz de detecção de problemas.[10,11]

Nesse contexto, deve-se pensar também em como fazer com que as campanhas de prevenção do câncer de mama possam alcançar os grupos menos privilegiados e mais susceptíveis de forma mais efetiva. [5]

Conclusão

Todos os dados dessa pesquisa, além de caracterizarem a falta de orientação das participantes, espelham a oportunidade perdida pela equipe profissional na promoção da saúde da clientela e consequentemente melhoria da qualidade de vida da comunidade à qual presta esta assistência.

Os resultados mostram ainda que muitas mulheres acreditam conhecer os exames de detecção do câncer. Entretanto, pelo que se constatou esse conhecimento não é suficiente o bastante para influenciar positivamente nas mudanças desejáveis nas práticas de saúde. Os profissionais da área devem estar atentos para essa realidade e programar medidas de controle da eficiência e do real impacto gerado por suas ações educativas nas populações alvo de sua atenção, pois senão estarão correndo o risco de apenas executar programas preestabelecidos sem atingir os objetivos de melhoria da qualidade da saúde.

Então, educação em saúde não pode mais ser entendida como um tema a ser transmitido ao cliente, menosprezando-se seu conhecimento ou acreditando-se pouco em sua capacidade de aprender ou modificar-se.

Apresenta-se o grande desafio daqueles que, como as autoras desse trabalho, dedicam-se a tentar promover saúde em comunidades carentes, que tanto requerem em termos de ações efetivas, mas que se mostram fortemente refratárias às transformações de suas práticas de vida e de saúde, especialmente quando tratadas de forma impessoal ou apenas assistencialista.

O atendimento voltado a clientela menos favorecida normalmente visa a suprir carências individuais, sem que ocorra identidade e aproximação, ou seja, o não compartilhamento da mesma causa.[7] Parece claro que ao sentir-se e colocar-se superior e portador do conhecimento , o profissional de saúde tem dificuldade em estabelecer diálogo e escutar atentamente aquilo que para ele pode parecer supérfluo ou desprovido de ciência.

A resposta mais provável a este problema encontra-se na força em enfrentar essa situação e no desafio de trabalhar ao lado do saber popular,[7,12] pois para obter retorno no processo de educação em saúde é preciso que o profissional aprenda a relativizar o poder e a sabedoria, ou seja, que perceba sua incapacidade em assegurar saúde perfeita e a necessidade de trocar verdades com a sua clientela.[19]

Nesses contextos, acrescenta-se que a abrangência do cuidar liga-se ao modo de vida próprio das pessoas e que todos devem compreender o fato de que cada indivíduo seleciona, concorda, decide ou opta pelos cuidados de saúde que considerar mais apropriado com o sua vida diária,[13] isto é, para enfrentar efetivamente os problemas, o profissional tem que buscar junto com a população que atende soluções mais abrangentes e integradoras, para obtenção de bons resultados.

Deve-se, portanto, observar à necessidade de transmitir a informação e incrementar os métodos de comunicação com as mulheres apresentadas neste estudo de maneira a facilitar-lhes o acesso ao conhecimento e provocar as transformações esperadas quanto a seu comportamento em relação aos exames de detecção precoce do câncer de mama.

Outro aspecto a ser analisado é a introdução de outras formas de orientação e de novas estratégias pedagógicas a fim de possibilitar às idosas melhor captação e fixação dos conhecimentos, de forma a torna- las coparticipantes das ações de saúde. O desafio, agora, está em procurar entender o significado, os valores e as crenças que guiam a vida dessas mulheres e que servem de apoio para suas ações de saúde.

Referências

1.BRASIL. IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Resultados do Censo 2010a. (On-line). Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf Acesso em: 12/02/2014

2.Instituto Nacional de Câncer; Ministério da Saúde. Estimativa 2010: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010.

3.Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? Rev Bras Cancerol. 2012; 58(1): 67-71

4.Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2011 [acesso 2013 Ago 24]. Disponível em: www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5

5.Freitas Júnior R, Soares VF, Melo NF, Andrade ML, Philocréon GR. Fatores determinantes do conhecimento e prática do auto-exame da mama. RBGO 1996;18(5):387-91.

6. Silva RCF, Hortale VA. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê? Rev Bras Cancerol.2012; 58(1): 67-71

7. Kleba ME. Educação em saúde na assistência de enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: Ramos FRS, Verdi MM, Kleba ME. Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1999. p. 122-61

8. Bromberg SE, Coan TCM, Melleiro MM,Amâncio MH, Gualda DMR, Margarido NF. Programa de conservação da saúde mamária: a importância do auto-exame na detecção precoce de doenças mamárias. Arq Cient 1997;2(4):98-104.

9. Dias da Costa JS, Piccini RX, Moreira MR Avaliação da prática do auto-exame e exame físico de mamas na cidade de Pelotas-RS. RBGO 1995;17(6):621-32.

10. Hood MD, Vargens OMC. Prevenção do câncer de mama: somos todos responsáveis. Ver Enf UERJ 1995;3(1):108-10.

11. Bergamasco RB, Tsunechiro MAA. A enfermeira na prática e no ensino do auto-exame da mama. Rev Paul Enf 1993;12(3):113-21.

12. Ramos FRS. O processo de trabalho em educação em saúde. In: Ramos FRS, Verdi MM, Kleba ME. Para pensar o cotidiano: educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: UFSC; 1999. p. 16-61.

13. Denardin ML. Cuidando e sendo cuidado: um modelo de saúde em comunidade rural. In:
Gonzales RMB, Beck CLC, Denardin ML. Cenários de cuidado: aplicação de teorias de enfermagem. Santa Maria: Pallotti; 1999. p. 159-263.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado força para superar as dificuldades.
A minha orientadora, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos.
A minha mãe, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.
E a todos que direta ou indiretamente fazem parte da minha formação, o meu muito obrigado.

CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE ADIAMENTOS E CONTRAINDICAÇÕES A VACINAÇÃO INFANTIL

Moisés Lopes Carvalho 1 – Centro Universitário UNINOVAFAPI. Email: mooysescarvalho@hotmail.com
Eliana Campêlo Lago 2 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.
Líndia Kalliana da Costa Araújo Alves Carvalho 3 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.
Telma Maria Evangelista Araújo 4 – Universidade Federal do Piauí - UFPI.
Moacira Lopes Carvalho 5 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.
Isabela Bastos Jácome de Souza 6 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Palavras-chave: Conhecimento. Estratégia Saúde da família. Vacinação.

Resumo

Objetivou-se avaliar o conhecimento de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família (EFS) de uma microrregião do Nordeste sobre adiamentos e contraindicações à vacinas do primeiro ano de vida. Foi realizado um estudo descritivo e seccional com 83 profissionais da Estratégia Saúde da Família de uma microrregião localizada no sul do Piauí. Verificou-se que o sexo feminino foi predominante com 65,1% e masculino 34,6%. Em relação a idade, 43,4% situavam-se até 30 anos e 47% com mais de 31 anos. O percentual dos profissionais que participaram de atividade de capacitação para atuar em sala de vacina foi considerado baixo, pois 62,5% afirmaram não ter recebido treinamento. Na identificação dos motivos para o adiamento, observou-se baixo percentual de respostas corretas, apenas 7,2%, sendo os mais citados: prematuridade (66,7%) e uso de corticoide independente da dose (49,2%). Outros motivos de adiamentos citados pelos profissionais que participaram deste estudo foram: desnutrição, 36,2%, infecções respiratórias do trato superior 23,2% e febre baixa 20,3%.Quanto ao conhecimento das contraindicações às vacinas, somente 13,3% respondeu corretamente, com destaque ao choque anafilático (71,6%). Foram citadas também como contraindicações a imunodepressão (28,4%), doenças neurológicas (24,3%) e reações imunoalérgicas tardias após recebimento da vacina (16,2%). Este estudo identificou pouco conhecimento dos profissionais aos motivos de adiamentos e contraindicações de vacinação. Neste sentido, aponta para a necessidade de educação permanente dos profissionais da ESF, no sentido de reduzir as oportunidade perdidas de vacinação e alcancar as metas globais e nacionais de coberturas vacinais.

Introdução

A vacinação é uma ação importante para toda a população mundial, especialmente para as crianças de um ano, pois dos recursos preventivos existentes, trata-se do mais eficaz na proteção individual e coletiva contra inúmeras doenças independentemente das diferenças socioeconômicas e culturais.

Observam-se nas vacinas as mesmas tendências dos processos de produção de tecnologias e sua incorporação e difusão nos sistemas de saúde, porém com um encurtamento do tempo entre a demonstração da segurança e eficácia, realização de estudos de custo-efetividade, aprovação para o mercado, distribuição em escala populacional e incorporação em programas de saúde em nível mundial (NOVAES; CARVALHEIRO, 2007).

A redução da mortalidade infantil foi em grande parte possibilitada por meio da implantação do Programa Nacional de Imunização (PNI) no Programa Saúde da Família (PSF), com suas ações preventivas e educativas que impulsionam continuamente a vacinação de rotina.

Nesta perspectiva, a literatura aponta que nos municípios com cobertura maior que 70% do Programa Saúde da Família (PSF) as oportunidades de crianças de 0 a 2 anos de idade receberem atividades preventivas é maior, e em consequência a redução média anual de taxa de mortalidade infantil pós-neonatal é mais expressiva. Deste modo, as ações básicas voltadas à saúde da criança na ESF tornam-se importantes para a implantação e desenvolvimento de novos programas de saúde (PERES, 2007; GUIMARÃES; ALVES; TAVARES, 2009).

Entretanto, ainda existe fatores que interferem na efetividade das coberturas de vacinação no cenário mundial, sendo o principal, as oportunidades perdidas de vacinação. De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde, uma oportunidade de vacinação é perdida, quando uma pessoa candidata à imunização e que não tenha contra indicações comparece a um serviço de saúde e não recebe as vacinas necessárias (OPAS, 1985).

Na sua ocorrência participam ativamente os recursos humanos dos serviços de saúde, principalmente quando negligenciam o rastreamento oportuno do cartão da criança na visita aos serviços de saúde, pelas falsas contraindicações e adiamentos desnecessários, os quais são determinados pelo conhecimento insuficiente dos profissionais acerca do processo de vacinação e sobre a importância da completude do calendário vacinal (ARAÚJO, 2005; SANTOS et al., 2006; MOLINA et al., 2007; TERTULIANO; STEIN, 2011).

Nesta perspectiva, é de extrema importante que os profissionais da ESF no exercício de suas competências busquem constantemente o aprimoramento do “conhecimento”, pois recursos humanos capacitados são primordiais para o desenvolvimento, fortalecimento das normas de vacinação, melhoria dos programas de imunização e agem diretamente na diminuição das oportunidades perdidas de

vacinação, por conter em suas práticas assistenciais maior conhecimento dos aspectos envolvidos nesta ação preventiva, especialmente os motivos reais de adiamentos e falsas contraindicações de vacinação.
Nesta perspectiva, esta pesquisa possui como objetivo avaliar o conhecimento de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família de uma microrregião do Nordeste sobre adiamentos e contraindicações à vacinas do primeiro ano de vida.

Metodologia

Pesquisa de natureza quantitativa, descritiva e seccional, realizada em uma microrregião do sul do Piauí que está incluída na região de saúde conhecida como "Tabuleiro do Alto Parnaíba", sendo composta por 12 municípios (IBGE, 2010).
Participaram deste estudo, profissionais que atuam em 50 equipes da ESF, isto é, 83 profissionais, dos quais 33 médicos e 50 enfermeiros. Durante a pesquisa foram levantas informações sociodemográficas dos participantes e dados relativos ao conhecimento sobre contraindicações e adiamentos de vacinas no 1º ano de vida.
Os dados foram coletados no período de dezembro/2012 a fevereiro/2013. Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se um questionário. Durante a pesquisa de campo optou-se pela construção de uma urna, onde os questionários eram depositados após respondidos, com finalidade de reduzir possível constrangimento, e minimizar possíveis vieses.
Para a análise dos dados foi utilizado o software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0, que calculou as estatísticas descritivas, média, desvio padrão, mediana para variáveis contínuas e percentual para variáveis categóricas.
Ressalta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAPI, sob parecer de nº 251747137.0000.5210. Durante o estudo, respeitou-se criteriosamente os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado pelos profissionais, no qual constavam a possibilidade e escolha de não participar da pesquisa, direito de retirar o consentimento a qualquer tempo sem qualquer ônus, os benefícios que os resultados poderiam trazer à população, além do anonimato assegurado e garantia de privacidade durante a aplicação do questionário.

Resultados e Discussão

Dos 83 profissionais do estudo, o sexo feminino foi predominante com 65,1% e masculino 34,6%. Quanto às idades dos participantes, 43,4% situavam-se até 30 anos e 47% com mais de 31 anos, com variação de 20 a 79 anos, média igual a 36,0 anos e desvio padrão (dp) de 13,9.
O percentual dos profissionais que participaram de atividade de capacitação para atuar em sala de vacina foi considerado baixo, pois 62,5% afirmaram não ter recebido treinamento, contrário à 37,5% que referiram ter recebido. Quando questionados sobre os anos dos últimos treinamento em sala de vacina, a maioria (65,1%) não destacou esta informação, em contrapartida, 28,9% relataram o ano de 2012, seguido de 2011, com 2,4%.
Os resultados referentes ao conhecimento dos profissionais do estudo sobre os motivos de adiamento, apenas 7,2% responderam corretamente aos motivos para o adiamento de vacinas do primeiro ano de vida. Os motivos mais citados foram prematuridade (66,7%), seguido de uso de corticoide independente da dose com 49,2%. Outros motivos de adiamentos citados pelos profissionais que participaram deste estudo foram: desnutrição, 36,2%, infecções respiratórias do trato superior 23,2% e febre baixa 20,3%.
Quando questionados sobre os motivos de contraindicações permanentes às vacinas do primeiro ano de vida, somente 13,3% da amostra respondeu corretamente. Na análise dos percentuais, houve destaque para o choque anafilático, com 71,6% seguido de episódio choque hipotônico hiporresponsivo (60,8%) e convulsões febris (56,8%). Foram citadas outras contraindicações às vacinas como a imunodepressão (28,4%), doenças neurológicas (24,3%) e reações imunoalérgicas tardias após recebimento da vacina (16,2%).
Este estudo avaliou o conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre o calendário de vacinação do primeiro ano de vida. A partir da análise dos resultados verificou-se características semelhantes em outros pesquisas, especialmente no que tange à participação de enfermeiros e médicos, com predominância para enfermeiros, maior porcentagem para o sexo feminine e maioria dos participantes com mais de 30 anos (MACIEL et al., 2009; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006; ARAÚJO, 2005; MELO, OLIVEIRA, ANDRADE, 2010; LUNA et al., 2011).
Destaca-se que esta pesquisa possuiu uma baixa porcentagem (37,5%) de profissionais que afirmaram ter recebido treinamento para atuar em sala de vacina, fato que também corrobora com outras pesquisas (LUNA et al., 2011; BRANDÃO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012).
É imprescindível que os gestores de saúde invistam na manutenção de recursos humanos capacitados, para resultar na efetivação e cumprimento do calendário básico de vacinação da criança e normas do Programa Nacional de Imunização (PNI), colaborando com o aumento da cobertura de vacinação e diminuição de oportunidade perdida em imunização - OPI (BRASIL, 2012; CARVALHO; ARAÚJO, 2012; OLIVEIRA et al., 2012).
Situações ligadas às ações dos profissionais, como superestimação das contraindicações e adiamentos desnecessários da vacinação pode levar à perda de imunizar a criança definitivamente, remetendo-as a OPV. Confirmando este dado um estudo multicêntrico na argentina que avaliou o atraso no esquema vacinal e oportunidades perdidas para a vacinação em crianças de até 24 meses, encontrou alta proporção de atrasos e oportunidade perdida com falsas contra indicações (GENTILE et al., 2011; FAVIN et al., 2012.)
As falsas contraindicações são geradas pelo desconhecimento dos profissionais de saúde sobre as normas técnicas de vacinação, o que implica em atitudes e práticas negativas no sentido de impedir a vacinação oportuna e ampliar o número de suscetíveis às doenças imunopreveníveis, especialmente nas crianças (BELLESI, 2007),
Poucas situações são consideradas como contraindicações à vacinação. Geralmente são devido à insuficiência no sistema imunológico do indivíduo ou devido à reações a componentes das vacinas, que dependem de condições individuais especificas (BRASIL, 2003; 2008).
Considerando os resultados desta pesquisa referentes aos motivos de adiamento e contraindicações permanentes de vacinas do primeiro ano de vida, pôde-se concluir que os profissionais da pesquisa não reconhecem adequadamente tais motivos.
A literatura aponta baixo peso ao nascer como motivo de adiamento apenas para a BCG. Tratamento com corticosteróides em algumas situações, como: no uso de curta duração (inferior a duas semanas independentemente da dose) ou em pequenas doses por tempos prolongados não são motivos de contraindicação (BRASIL, 2008; FAVIN et al., 2012).
Várias outras situações também são apontadas como falsas contraidicações, como: doenças infecciosas comuns ou alergias, febre baixa com diagnóstico determinado, utilização de antibioticoterapia, desnutrição, internações hospitalares, diarreia leve ou moderada, afecções recorrentes infecciosas ou alérgicas do trato respiratório superior com tosse e/ou coriza; doenças da pele (lesões impetiginizadas esparsas; escabiose); história pregressa e/ou diagnóstico clínico de sarampo, coqueluche, difteria, tétano, poliomielite e tuberculose; vacinação contra raiva e doença neurológica estável (exemplo: convulsão controlada) (BRASIL, 2001; GONÇALVES; MACHADO, 2008; BELLESI, 2007).

Os adiamentos de vacinação devem ser minimizados e, caso seja necessário é importante sempre avaliar o custo benéfico para o paciente e coletividade. Situações que cursem com gravidez pelo risco teórico de danos ao feto (salvo às situações de alto risco de exposição como a febre amarela); administração de imunoglobulina ou de sangue e derivados, devido à possibilidade de que os anticorpos presentes nesses produtos neutralizem o vírus vacinal (especialmente as vacinas contra caxumba, rubéola e varicela) e durante a evolução de doenças agudas febris graves, sobretudo para que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis efeitos adversos das vacinas, possuem caráter para o adiamento de vacinas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008; BELLESI, 2007).
No tocante aos motivos de contraindicações, verificou-se um grande percentual de respostas corretas para o choque anafilático, apontando um bom conhecimento por parte dos profissionais para esta variável. Entretanto, houve alta porcentagem de respostas incorretas, especialmente para o episódio hipotônico-hiporresponsivo e convulsões febris, visto que não contraindicam a vacinação.
As contraindicações mais comunas a vacinação estão relacionadas à reações de caráter anafilático à dose prévia da vacina ou de seus componentes; imunodeficiência congênita ou adquirida e portadores de neoplasias malignas (BRASIL, 2001; BRASIL, 2008; BELLESI, 2007; GONÇALVES; MACHADO, 2008).
Além de outras situações, como na gravidez que são contraindicadas a vacinação com antígenos vivos (exceto em situações especiais). No entanto, aquelas inativadas como tríplice acelular ou dupla adulto (difteria, tétano e coqueluche acelular), hepatites B, meningocócica conjugada C e Febre Amarela podem ser administradas nesse grupo (BELLESI, 2007).

Conclusão

Este estudo analisou o conhecimento de enfermeiros e médicos da ESF sobre adiamento e contraindicações a vacinas do primeiro ano de vida. Verificou-se que alta porcentagem dos profissionais afirmou não ter recebido treinamento para sala de vacina, sugerindo que o baixo conhecimento sobre os motivos de adiamento e contraindicações podem estar diretamente relacionados a esta variável.
Deste modo, os dados deste estudo demonstram que há necessidade de reforço para a educação permanente dos profissionais da ESF, especialmente à questões sobre os adiamento e contraindicações à vacinas do primeiro ano da criança. Profissionais de saúde capacitados são essenciais para o desenvolvimento, fortalecimento das normas de vacinação, melhoria dos programas de imunização e agem diretamente na diminuição das Oportunidades Perdidas de Vacinação, por conter em suas práticas assistenciais maior conhecimento dos aspectos envolvidos nesta ação preventiva, especialmente os motivos reais de adiamentos e falsas contraindicações de vacinação.
Contudo, este estudo demonstra a necessidade e importancia da educação permanente dos profissionais responsáveis pelas imunizações na ESF, especialmente referentes as motivos de adiamentos e contraindicações de vacinas. Espera-se que seus resultados possam contribuir para a prática dos profissionais na ESF no que tange aos aspectos corretos da vacinação nesse grupo e que incitem nestes recursos humanos o interesse para a busca de conhecimentos constantes, além disso, auxiliem para a redução das OPV, secundário a isto, na mortalidade infantil através do alcance das metas globais e nacionais de vacinação.

Referências

ARAÚJO, T. M. E. **Vacinação infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da Área Norte/Centro de Teresina/PI**. Rio de Janeiro. Tese 2005. (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal do Rio de Janeiro; Programa de pós-graduação em Enfermagem, Rio de Janeiro, 2005.

ARAÚJO, T. M. E.; PAZ, E. P. A.; GRIEP, R. H. Cobertura vacinal dos profissionais de um curso de especialização em Saúde da Família do Piauí. **Esc. Anna Nery** v. 10, n. 1, p. 95-100, abr. 2006.

BELLESI, N. Oportunidades perdidas. **Rev. Para. Med. [online].** v. 21, n. 2, p.61-62, jun. 2007.

BRANDÃO, R. M. S. et al. Factors related to the conservation of vaccines in the basic health units. **Rev enferm UFPE**, v. 6, n. 2, p. 332-338, fev. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no. 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 13 jun 2012; Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de vigilância epidemiológica de eventos adversos pós-vacinação**. 2. ed. Brasília; 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. Informe técnico da introdução da vacina pentavalente**: vacina adsorvida difteria, tétano, *pertussis*, hepatite B (recombinante) e *Haemophilusinfluenzae* tipo b (conjugada). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 16p.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual de procedimento para vacinação.** 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2001.

CARVALHO, A. M. C.; ARAÚJO, T. M. E. Conhecimento do adolescente sobre vacina no ambiente da Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. Enferm**, v. 65, n. 2, p. 229-235, abr. 2012.

FAVIN, M. et al. Why children are not vaccinated: a review of the grey literature. **Int Health**., v. 4, n. 4, p. 229-38, dez. 2012.

GENTILE, Á. et al. Delayed vaccine schedule and missed opportunities for vaccination in children up to 24 months. A multicenter study. **Arch Argent Pediatr**, v. 109, n. 3, p. 219-25. Jun. 2011.

GONÇALVES, S.M.L.; MACHADO, M.F.A.S. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. **Rev RENE,** Fortaleza, v. 9, n. 1, p. 45-51, 2008.

GUIMARÃES, T. M. R.; ALVES, J. G. B.; TAVARES, M. M. F. Impacto das ações de imunização pelo Programa Saúde da Família na mortalidade infantil por doenças evitáveis em Olinda, Pernambuco, Brasil. **Cad.Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 868-876, abr, 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sinopse do Senso Demográfico de 2010**. Rio de Janeiro, 2011.

LUNA, G. L. M. et al. Aspectos relacionados à administração e conservação de vacinas em centros de saúde no Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva,** v. 16, n. 2, p. 513-521, fev. 2011.

MACIEL, E.L.N. et al. O conhecimento de enfermeiros e médicos que trabalham na Estratégia de Saúde da Família acerca da tuberculose no município de Vitória (ES): um estudo de corte transversal. **Cien Saude Colet**, v. 14, n. 1, p. 1395-1402, 2009.

MELO, G.K.M.; OLIVEIRA, J.V.; ANDRADE, M.S. Aspectos relacionados à conservação de vacina nas unidades básicas de saúde da cidade do Recife & Pernambuco. **EpidemiolServ Saúde**, v. 19, n. 1, p. 25-32, 2010.

MOLINA, A. C. et al. Situação vacinal infantil e características individuais e familiares do interior de São Paulo. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 29, n. 2, p. 99-106, 2007.

NOVAES, H. M. D.; CARVALHEIRO, J. R. Ciência, tecnologia e inovação em saúde e desenvolvimento social e qualidade de vida: teses para debate. **Cienc Saúde Coletiva**, Rio de janeiro, v. 12, n. suplemento, p. 1841-1849, nov. 2007.

OLIVEIRA V. C. et al. Conservação de vacinas em unidades básicas de saúde: análise diagnóstica em municípios mineiros. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 531-41. 2012.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. **Simpósio internacional sobre inmunización contra elsarampión**. Washington, Publicación científica n. 477, 326p, 1985.

PERES, E. M. O Programa Saúde da Família no enfrentamento das desigualdades sociais. Aquichan, v. 7, n. 1, p. 24-9, abr. 2007.

SANTOS, D. M. et al. Avaliação normativa da ação programática imunização nas equipes da estratégia saúde da família do município de Olinda, Estado de Pernambuco, Brasil em 2003. **Epidemiologia e Serviços de Saúde.** São Paulo, v. 15, n. 3, p. 29-35, 2006.

TERTULIANO, G. C.; STEIN, A. T. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estratégia Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, fev. 2011.

Agradecimento

À Fundação de Amparo a Pesquisa no Piauí – FAPEPI que apoiou financeiramente esta pesquisa.

CONHECIMENTO DOS ADOLESCENTES FRENTE AO PLANEJAMENTO FAMILIAR

Eveline Rufino Brasil – UNIFOR; eveline_brasil@hotmail.com
Daniella Barbosa Campos – UNIFOR
Aline Barbosa Teixeira Martins-FAMETRO
Patrícia Moreira Colares – UNIFOR
Fernanda Azevedo de Oliveira– Unifor
Isabella Lima Barbosa- Orientador-Unifor
Palavras chave: Conhecimento. Adolescentes. Planejamento Familiar.

Resumo

A adolescência caracteriza-se por 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. É definida por 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 alto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social. A vulnerabilidade na adolescência é decorrente das características da própria idade, a pouca habilidade para a tomada de decisão, das dificuldades, de suas inexperiências ao lhe darem 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. 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. Objetivou-se identificar o conhecimento pelos adolescentes após o desenvolvimento de uma Educação em Saúde acerca do Planejamento Familiar.

Introdução

A adolescência caracteriza-se por 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).

É definida por 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 alto-estima, relações afetivas e inserção na estrutura social (SILVA, TONETE, 2006).

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 inexperiências ao lhe darem 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).
Dessa forma, objetivou-se neste estudo descrever uma Educação em Saúde e sua importância para adolescente acerca da consulta do Planejamento Familiar e adoção de métodos contraceptivos na cidade de Fortaleza, Ceará.
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 lhe 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.
Objetivou-se identificar o conhecimento pelos adolescentes após o desenvolvimento de uma Educação em Saúde acerca do Planejamento Familiar.

Metodologia

Tratou-se de um estudo do tipo descritivo com abordagem quantitativa. Segundo Marconi e Lakatos (2002), este estudo têm como objetivo descrever um determinado Fenômeno. Sousa (2007) refere que a pesquisa quantitativa adota estratégia sistemática, objetiva e rígida para gerar informações que são apresentadas em forma de números.
A amostra foi constituída por 80 adolescentes que estavam cursando o 9° e o 3º ano do ensino médio de uma Escola Estadual da capital do Nordeste e participaram das atividades de educação em saúde sobre Planejamento Familiar.
Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário construído com questões fechadas contendo perguntas coma as características sociodemográficas quanto à idade, sexo e renda familiar dos adolescentes e questões relacionadas ao conhecimento dos adolescentes acerca da consulta de planejamento familiar e métodos contraceptivos.
Os dados foram organizados no Microsoft excel 2010 e apresentados no presente trabalho de maneira descritiva. A análise de dados foi realizada por meio de estatística descritiva simples e apoiada no referencial teórico acerca da temática.
Os aspectos éticos foram respeitados (autonomia, não maleficência, beneficência e justiça) de acordo com o preconizado na resolução 466/2012.

Resultados e Discussão

Foi realizado um estudo sobre o nível de conhecimento dos alunos de uma escola pública sobre Planejamento Familiar. O número de alunos entrevistados foi 80. A maioria dos adolescentes era do sexo feminino (57.5%). Cursam o 1º (22.5%), 2º (20%) e 3º ano do Ensino Médio (32.5%), em sua grande parte são solteiros, resultando 81% e não possuem filhos (62.2%). Quanto à escolaridade do pai e da mãe, a maioria possui Ensino Fundamental Incompleto, resultando em 25% e 33.7% respectivamente.
Com a temática abordada, foi possível perceber que 75% dos adolescentes moram com os pais e já ouviram falar sobre Planejamento Familiar. Em relação à vida sexual, 50% já tiveram sua primeira experiência, a maioria por volta dos 13 anos de idade (62.2%), e 43.7% ainda não tiveram sua primeira relação sexual. Segundo Berlof et. al. (2006) em seu estudo percebeu que as relações sexuais vem sendo cada vez mais precoce entre os adolescentes, tornando-se vulneráveis e então diante de situações de riscos como a a gravidez não planejada e indesejada.
Quando foi perguntado se eles já conheciam/usaram algum método contraceptivo, 71.2% responderam que sim e 65% citaram a camisinha. Segundo Berlof et. al. (2006) em seu estudo ele constatou que para a maioria dos adolescentes o método de escolha é o preservativo masculino.
Sobre orientações acerca do uso de métodos contraceptivos 86.2% já haviam recebido, 47.5% receberam informações dos profissionais de saúde, seguidos de 27. 5% dos pais, 22.5% dos amigos, 21.2% da internet e 15% dos amigos.
Nota-se que 38.7% buscam os métodos contraceptivos na Unidade de Saúde e 90% sabem que podem ter acesso à camisinha na mesma.
Em relação à dupla proteção, 52.5% disseram ter conhecimento, 31.2% negaram e 16.2% não informaram. 92.5% responderam que a camisinha protege contra doenças sexualmente transmissíveis e uma futura gravidez indesejada, 3.7% responderam ser o DIU e a mesma quantidade respondeu injetável, 8.7% o diafragma e 21.2% acreditam que o anticoncepcional previne contra ambos.

Conclusão

Ressalta-se que a maioria dos adolescentes já recebeu algum tipo de informação, sendo de várias fontes distintas como internet, amigos entre outras, sendo que essas podem ser errôneas e incompletas, o que ressalta a importância de educações em saúde com enfoque nos métodos contraceptivos, para que estes adolescentes adotem métodos de forma correta e possam observar a importância destes.
Assim surge 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 empoderamento dos adolescentes frente á 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

Ao projeto de Extensão e Saúde da Mulher e dos Adolescentes, que nos possibilitou uma participação no mesmo e a nossa professora Raimunda Magalhães pela oportunidade.

CONHECIMENTO DOS ALUNOS DE EDUCAÇÃO FÍSICA SOBRE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS.

Francisco José Rosa de Souza (apresentador) – UFC - francjosers@gmail.com
Yuri Alberto Freire de Assis – UFC
Carlos Alberto Diógenes de Castro Filho – UFC
Pabyle Alves Flauzino – FIC
Wladia Cunha Duaví – UFC

Palavras-chave: DCNT. Educação Física Escolar. Saúde na escola.

Resumo

A abordagem do tema saúde na escola teve seu início no final do século XVIII e início do século XIX quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou um sistema Frank que contemplava não apenas a saúde escolar, mas, também, múltiplos aspectos da saúde pública e individual. Porém, com uma lógica biomédica, que foi modificando-se com o passar dos anos. E o professor de Educação Física se torna o principal responsável pela promoção à saúde na escola, já que a prática de Exercícios Físicos se torna uma ferramenta a ser usada nesta aquisição, pois a prática habitual desta caracteriza-se como componente essencial para o estabelecimento de situação ideal de saúde. Nesse sentido, o estudo objetiva avaliar o conhecimento sobre doenças crônicas não transmissíveis dos alunos de Educação Física escolar. Foram avaliados 87 alunos do Ensino Fundamental II, do 7º ao 9º ano, de ambos os sexos, em 2 escolas localizadas no município de Fortaleza. A partir dos resultados obtidos identificou-se que o aprendizado foi satisfatório. Porém, em todas as doenças, ouve um padrão de acertos, em que, as perguntas mais difíceis obtiveram menor percentual de acerto e as mais fáceis, maior percentual, mostrando uma superficialidade no conhecimento adquirido. Ou seja, conclui-se que os alunos possuem conhecimento sobre as doenças crônicas escolhidas (diabete, obesidade e hipertensão), porém um conhecimento superficial. Porém não faz parte dos objetivos do estudo identificar possíveis falhas no ensino, sendo esse algo a ser desenvolvidos em estudos futuros.

Introdução

A abordagem do tema saúde na escola teve seu início no final do século XVIII e início do século XIX quando o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821) elaborou um sistema que ficou conhecido por Sistema Frank que contemplava não apenas a saúde escolar, mas, também, múltiplos aspectos da saúde pública e individual. Frank ficou então conhecido como o pai da Saúde Escolar, anteschamada de Higiene na Escola (FIGUEIREDO, MACHADO e ABREU, 2010). Os autores ainda informam que inicialmente tratava-se de uma prática da polícia médica (do higienismo) evoluindo a um conceito de promoção da saúde. Em que, foi compreendida pelos técnicos da área de saúde como intervenções pontuais, a respeito de conteúdos patológicos momentâneos.

O discurso tradicional de lógica biomédica foi modificado e no Brasil adotou-se uma estratégia a partir da concepção da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS), Confirmando essa mudança, não só no Brasil e sim mundialmente, conferências internacionais na área de saúde passaram a defender a ideia de promoção da saúde na escola como um modelo alternativo para as políticas de saúde em todos os países. Essa nova tendência foi confirmada no Brasil a partir da inclusão da saúde como um tema Transversal nos Parâmetros Curriculares Nacionais (BRASIL, 1998). Os Programas de Saúde não deveriam ser encarados como matéria ou disciplina, mas como “preocupação com o processo formativo, se relacionando com os objetivos da escola”, e abordada “por meio de uma correlação dos diversos componentes curriculares, especialmente Ciências, Estudos Sociais e Educação Física” (MOURA *et al*, 2007; FIGUEIREDO, MACHADO e ABREU, 2010; SANTOS e BÓGUS, 2007. p. 125).

Os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) informam que o aluno seja capaz de se reconhecer como elemento integrante do ambiente, adotando hábitos saudáveis de higiene, alimentação e atividades corporais, saúde e recuperação, manutenção e melhoria da saúde coletiva (BRASIL, 1997). Sendo estes, citados anteriormente, objetivos a serem alcançados durante o processo de aprendizado no ensino fundamental na disciplina Educação Física.

O professor de Educação Física se torna então o principal responsável pela promoção à saúde na escola, já que a prática de Exercícios Físicos se torna uma ferramenta a ser usada nesta aquisição, pois a prática habitual desta caracteriza-se como componente essencial para o estabelecimento de situação ideal de saúde (GUEDES, LOPES, GUEDES, 2005).

A literatura atual mostra uma associação entre prática habitual de atividade física e a saúde. E que a inatividade é um fator relevante para a aquisição de doenças crônicas. Sendo que essas doenças podem se prolongar a idade adulta, quando é presente na infância e adolescência, aumentado o risco de mortalidade, especialmente por doenças coronarianas (ENES e SLATER, 2010. ROSE JR., 2009. CATTUZZO e BARROS, 2009).

As doenças crônicas são patologias caracterizadas por uma longa duração, normalmente de progressão lenta e com uma evolução gradual dos sintomas, podendo apresentar períodos de progressão, estabilização e melhoras dos sintomas (LIMA, 2009 apud DEL DUCAS, SILVA e NAHAS 2011). Estaspodem ser ocasionadas por diversos fatores, entre estes hereditárias e principalmente fatores comportamentais - ao estilo de vida das pessoas (DEL DUCAS, SILVA e NAHAS 2011).

E cabe a Educação Física Escolar (EFE) proporcionar o comportamento ativo nos alunos com as aulas, pois em muitos casos, é na EFE a única oportunidade que eles têm a possibilidade de participarem de algumas atividades físicas. Além da possibilidade de adquirirem maior conhecimento sobre essas doenças com as aulas teóricas, sendo o conhecimento específico uma ferramenta na aquisição de um comportamento mais adequado já que o conhecimento influencia no comportamento do aluno (TRICHES E GIUGLIANI, 2005).

A partir do que foi apresentado, este estudo objetiva avaliar o conhecimento dos alunos de Educação Física sobre algumas doenças crônicas não transmissíveis.

Metodologia

Este estudo tem o cunho descritivo, transversal, utilizando a metodologia quantitativa, avaliou alunos do Ensino Fundamental II, do 7º ao 9º ano, de ambos os sexos, em 2 escolas localizadas no município de Fortaleza. Totalizando, 87 alunos (27 alunos da 7º série, 30 da 8º série e 30 da 9º série). A escolha das características da amostra ocorreu a partir dos objetivos presentes nos PCN, no tema transversal Saúde para o 3º e 4º ciclo, ou seja, da 6º a 9º série que objetiva compreender a saúde nos seus aspectos físico, psíquico e social como uma dimensão essencial do crescimento e desenvolvimento do ser humano (BRASIL, 1998).

Foi utilizado um questionário com perguntas objetivas onde coube ao pesquisando escolher as opções de acordo com o seu conhecimento e sua percepção quanto ao assunto pesquisado. Como não foi encontrado questionário já desenvolvido e validado que fosse possível utilizar, foi elaborado um novo instrumento, buscando apresentar validade e fidedignidade na mensuração dos dados. O pré-teste foi realizado com 7 alunos da mesma série com o objetivo de identificar possíveis falhas na organização e apresentação das variáveis do questionário, sendo que todas as dificuldades apresentadas pelos alunos foram corrigidas na versão final entregue aos alunos. O questionário foi avaliado por dois professores especialistas em avaliação de instrumentos avaliativos, onde indicado a correções quanto a apresentação, ordem e formatação das perguntas e opção de respostas, foi realizada as correções.

Os alunos deveriam marcar a opção Sim quando eles consideravam verdadeira a característica relacionada a doença em questão. E marcar a opção Não quando eles, de acordo com o seu conhecimento, identificarem ser errada a característica. Caso fosse marcada a opção NÃO em uma característica ou fator errado e SIM na verdadeira, o aluno acertou o item. Os alunos só deveriam responder somente sobre as doenças que foram estudadas por eles nas aulas de EFE.

A análise descritiva das variáveis foi realizada por distribuição de frequências e medida de tendência central, sendo que os dados estão apresentados em tabelas (LEVIN e FOX, 2004). A análise dos dados foi realizada no programa SPSS versão 20.0.

Resultados e Discussão

A amostra deste estudo contou com a participação de 87 alunos, sendo a média de idade 14 anos e com maioria do sexo masculino (50,6%). Na 7º série, um total de 31 %, e na 8º e no 9º série um total de 34,5%. Foi identificado um alto índice de alunos com idades avançadas.

Quanto a avaliação do conhecimento dos alunos sobre DCNT, mais especificamente a hipertensão, na maioria dos itens, os alunos marcaram a opção correta. A característica “não se deve comer muito sal” foi a que mais foi acertada pelos alunos que responderam sobre a doença Hipertensão (96,9%). Seguida por: a dieta alimentar e remédios fazem parte do tratamento (90,6%). Sendo a informação: 15/9 a que menos foi acertada pelos alunos, um total de 43,8%. Sendo esta, a opção mais complexa de todas as outras relacionadas a hipertensão.

Tabela 1: Avaliação do aprendizado e da percepção sobre a doença crônica Hipertensão.

	Acertou	
	Fa	**%**
CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA		
Aumento da pressão no olho.	20	62,3
Baixa pressão do sangue nas veias.	26	81,3
Alta pressão do seu sangue nas veias.	28	87,5
Não se deve comer muito sal.	31	96,9
15 por 9.	14	43,8
Não pode levar a morte.	25	78,1
A dieta alimentar e remédios fazem parte do tratamento.	29	90,6
A atividade física não faz bem.	27	84,4
PERCEPÇÃO SOBRE A DOENÇA		
Está relacionada **apenas** com alimentação exagerada de sal.	21	65,5
É a doença que atinge **somente** os idosos, onde a pressão arterial fica alta e deve-se tomar remédio.	27	84,4
É uma doença caracterizada por níveis elevados e sustentados da pressão arterial.	27	84,4

Esta opção era respondida apenas pelos alunos que já estudaram sobre a mesma nas aulas de EFE.

Quanto a DCNT Diabetes, em todos os itens o percentual de acerto foi acima de 60%. Em destaque, as opções: existe a do tipo I e tipo II e pode-se consumir doces livremente, obteve acerto de 96,8%, excelente índice. A opção: Não é uma doença grave e é simples de tratar, foi a menor alcançou índice de acerto, 61,3%.

Tabela 2: Avaliação do aprendizado e da percepção sobre a doença crônica Diabetes

	Acertou	
	Fa	**%**
APRENDIZADO SOBRE A DOENÇA		
Existe a do tipo I e tipo II.	30	96,8
A insulina não estarrelacionada a diabetes.	25	80,6
A prática de atividade é indicada no tratamento.	24	77,4
A dieta alimentar também é indicada no tratamento.	27	87,1
Pode-se consumir doces livremente.	30	96,8
Deve-se controlar o consumo de carboidrato.	26	83,9
Não tem relação com o consumo de bolos, refrigerantes e doces.	23	74,2
Não é uma doença grave e é simples de tratar	19	61,3
PERCEPÇÃO SOBRE A DOENÇA		
Que é resultado **apenas** do consumo excessivo de doces e açucares.	15	48,4

A diabetes é caracterizada pelo aumento anormal da glicose no sangue. É uma doença crônica e de ondem metabólica.	28	90,3
É uma doença presentes **somente** nos que possuem sobre peso ou obesidade, pois o consumo excessivo de glicose resultou no aumento anormal da glicose no sangue.	22	71

Esta opção era respondida apenas pelos alunos que já estudaram sobre a mesma nas aulas de EFE.

Dos alunos que estudaram as DCNT nas aulas de EFE, a maioria dos alunos marcou as opções corretas quanto às características e fatores sobre a obesidade. As opções: Atividade Física faz parte do tratamento e não é necessário fazer dieta obtiveram maior índice de acerto, 96,6% e 84,4% respectivamente. A característica não se deve comer muito carboidrato foi que menos obteve acerto 69,5%.

Tabela 3: Avaliação do aprendizado e da percepção sobre a doença crônica Obesidade

	Acertou	
	Fa	**%**
CONHECIMENTO SOBRE A DOENÇA		
A Atividade Física faz parte do tratamento.	57	96,6
Não é necessário fazer dieta.	50	84,4
Deve-se reduzir o consumo de lipídios.	46	78
Não se deve comer menos carboidrato.	41	69,5
Acarreta outras doenças (por exemplo, hipertensão).	47	79,7
É identificado através do IMC.	42	71,2
PERCEPÇÃO SOBRE A DOENÇA		
Que se adquire **somente** por causa da alimentação exagerada.	21	35,6
Sobrepeso e obesidade são definidos como acúmulo de gordura anormal ou excessivo que apresenta um risco para a saúde	58	98,3
Qualquer pessoa que esteja **acima do peso** é considerada obesa.	38	64,4

Esta opção era respondida apenas pelos alunos que já estudaram sobre a mesma nas aulas de EFE.

A partir dos resultados obtidos identificou-se que o aprendizado foi satisfatório, já que em todos os itens contendo características e fatores sobre as doenças, a grande maioria marcou a opção correta, identificando também as falsas percepções sobre as características específicas a elas. Porém, em todas as doenças, ouve um padrão de acertos, em que, as perguntas mais difíceis obtiveram menor percentual de acerto e as mais fáceis, maior percentual, mostrando uma superficialidade no conhecimento adquirido. O estudo realizado Soares, Salveti e Ávila (2003) também avaliou as concepções na sociedade sobre os problemas e necessidades de saúde dos adolescentes, buscando conhecer a opinião dos escolares. E os principais temas respondidos pela grande maioria dos alunos, de forma qualitativa, foram em torno do desemprego, condições precárias de moradia, precariedade do sistema público de saúde como a dificuldade de acesso, ou seja, estes fatores influenciando na saúde do aluno. E quando solicitado relacionar a saúde com a escola, os alunos responderam que devido a deficiência do ensino público, eles consideram essa opção insuficiente.

E isso pode ser considerado um problema, pois no estudo realizado por Triches e Giugliani (2005) evidenciou que o conhecimento influencia no comportamento do aluno, pois foi identificada uma relação entre maior conhecimento com práticas alimentares mais adequadas, já que os alunos que tinham mais conhecimento viviam de uma forma mais saudável. Ou seja, o conhecimento satisfatório pode fazer que o aluno possa adquirir hábitos e comportamentos mais adequados.

O conhecimento sobre a obesidade pela maioria dos alunos é relevante, pois é uma doença com elevada incidência no Brasil. Já que a obesidade na adolescência tem sido associada ao aparecimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemias como também aumento da ocorrência de diabetes tipo 2 (ENES E SLATER, 2010).

Em um estudo realizado por Souza (2013), pesquisando sobre o ensino da saúde na escola, identificou-se que 71% dos alunos pesquisados informaram já terem assistido aulas sobre doenças crônicas, sendo que a mais conhecida é a obesidade (93,5%). Diabetes e hipertensão obtiverem igual quantidade de alunos que já haviam assistido às aulas (50%). Sendo estes dados importantes, já que existe uma necessidade de que os alunos vivenciam hábitos considerados adequados, sendo as aulas de Educação Física uma real ferramenta para a aquisição desses conhecimentos, como mostra os dados anteriormente citado.

Conclusão

Com a finalização deste estudo, conclui-se que os alunos possuem conhecimento sobre a Hipertensão, obesidade e diabetes, porém um conhecimento considerado superficial, pois os mesmos obtiveram auto percentual de acerto nas varáveis mais simples e intermediário acerto nas mais complexas. Sendo essa superficialidade considerada uma falha. Se faz necessário que os professores realizem diagnósticos em seus alunos para que possam identificar as falhas específicas e assim realizar intervenções que possam reduzir esta superficialidade. Sendo estas indicações para estudos futuros.

Referências

BRASIL. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos: apresentação dos temas transversais / Secretaria de Educação Fundamental. – Brasília: MEC/SEF, 1998.

_____. Parâmetros curriculares nacionais: Educação Física /Secretaria de Educação Fundamental. Brasília: MEC /SEF, 1997.

CATTUZZO, T.M.; BARROS, M.V.G.. Atualização em Atividade física e saúde. 2009. Ed. EDUPE

DEL DUCA, G.F.; SILVA, S.G.; NAHAS, M.V. Introdução In: DEL DUCA, G.F.; NAHAS, M.V. (Org.); Atividade física e doenças crônicas: evidências e recomendações para um estilo de vida ativo. 2011. 1º ed. UFSC/núcleo em pesquisa em atividade física e saúde. Florianópolis – SC.

SOUZA, F.J.R. Avaliação do ensino e aprendizado das doenças crônicas não transmissíveis nos alunos de educação física do ensino fundamental II. Monografia. Universidade Federal do Ceará – UFC. 2013

ENES, C.C.; SLATER, B. Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes. Departamento de Nutrição da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Ver. Bras. Epidemiol. Pg. 163-171. 2010

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S.; A saúde na escola: um breve resgate histórico. Ciência & Saúde Coletiva, 15(2):397-402, 2010.

GUEDES, D.P.; LOPES,C.C.; GUEDES, J.E.R.P.; Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física em adolescentes. Rev Bras Med Esporte _ Vol. 11, Nº 2 – Mar/Abr, 2005

MOURA, J.B.V.S.; LOURINHO, L.A.; VALDÊS, M.T.M.; FROTA, M.A.; CATRIB, A.N.F.; Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro. v.14, n.2, p.489-501, abr.-jun. 2007.

ROSE JR., D (org). Esporte e atividade física na infância e na adolescência: uma abordagem multidisciplinar. 2º ed. Artmed 2009. Porto Alegre.

SANTOS, KF; BÓGUS, CM. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. Rev Bras Crescimento Desenvolv Hum. 2007, 17(3): 123-133.

SOARES, C. B.; SALVETTI, M. G. & ÁVILA, L. K.. OPINIÃO DE ESCOLARES E EDUCADORES SOBRE SAÚDE: um ponto de vista da escola de uma região periférica do município de são Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(4):1153-1161, jul-ago, 2003

TRICHES, R.M.; GIUGLIANI, E.R.J. Obesidade, práticas alimentares e conhecimentos de nutrição em escolares. Ver. Saude Pública, Pag. 541/547. 2005

Agradecimentos

Agradeço aos companheiros dessa equipe, que juntos fizemos dessa pesquisa mais uma oportunidade de gerar novos conhecimentos, facilitar no processo de implementação e melhoria do ensino da saúde nas aulas de Educação Física, contribuindo então para a melhora da literatura específica e, quem sabe, auxiliando a professores na atuação docente. Aos alunos, coordenadores e professores que permitiram a execução da coleta de dados.

CONHECIMENTO DOS PROFESSORES A CERCA DO ATENDIMENTO INICIAL EM ACIDENTES QUE ACOMETEM CRIANÇAS EM UMA ESCOLA ESTADUAL DO MUNICÍPIO DE CAMPINA GRANDE - PB.

Andrezza Oliveira Barros (apresentador) -Docente da disciplina de Urgência e Emergência da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
Emmanuella Swyanne de Souza Angelo– Enfermeira do Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande - PB (HUAC-CG).
Adriana Correia de Araújo – Enfermeira do Hospital da UPA de Campina Grande
Renata Clemente dos Santos – Enfermeira da Prefeitura Municipal de Campina Grande (PMCG) e Aluna especial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Integrante do Grupo de Estudos e Pesquisa em Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas de Campina Grande – PB.
Davydson Gouveia Santos - Professor de Unidade de Terapia Intensiva e Coordenador de Estágios do curso de Enfermagem da União de Ensino Superior de Campina Grande – UNESC e Docente da disciplina de Saúde Coletiva da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).
Andréia de Oliveira Barros Sousa (Orientador) – Professor titular da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG) e enfermeira do Hospital Universitário Alcides Carneiro de Campina Grande – PB (HUAC/CG)

Palavras-chave: Educação. Acidente. Saúde. Criança.

Resumo

Objetivou-se através dessa pesquisa identificar o conhecimento dos professores de uma escola pública na cidade de Campina Grande acerca do atendimento inicial diante de acidentes escolares, traçando o perfil sócio-demográfico dos entrevistados e descrevendo as condutas tomadas pelos professores diante dos acidentes ocorridos na instituição. O estudo foi exploratório-descritivo, do tipo transversal aleatório não probabilístico, com predominância da abordagem qualitativa, sendo a amostra composta de dezoito professores da educação infantil que concordaram voluntariamente participar da pesquisa e que atendiam os critérios de inclusão. Em relação ao perfil do professor percebe-se que na amostra a maioria era do gênero feminino (78%), com idade superior a 50 anos (33%), com renda familiar entre 2 e 4 salários mínimos (72%) e com tempo de experiência profissional acima de 5 anos (67%). Com relação aos conhecimentos dos professores a cerca de medidas de primeiros socorros podemos identificar uma significativa deficiência. Apesar de muitos tentarem demonstrar que tinham noção do que devia ser feito ao socorrerem uma criança acidentada, as possíveis medidas adotadas por eles eram errôneas e muitas vezes desatualizadas. A partir desse fato percebe-se que é primordial a capacitação e preparação dos professors para intervir de forma adequada no cuidado da criança vítima de acidentes escolares, pois dessa forma contribuirá para o benefico, direta ou indiretamente, de todos os envolvido principalmete a criança.

Introdução

Atualmente percebe-se que as crianças estão ingressando precocemente nas escolas e em alguns casos com um tempo de permanência maior. Isso é o resultado das modificiações do ambiente familiar com a inserção das mães no campo de trabalho. Pode-se observar uma relação desses motivos com o aumento de acidentes escolares. No âmbito escolar um grande número de crianças interagem através de atividades recreativas ou físicas que contribuem para ocorrências de acidentes.
Minozzo e Ávila (2006) referem que grande parte dos acidentes com crianças ocorrem nas escolas, isso porque a maior parte dos alunos passa cerca de 30% do seu tempo diário no ambiente escolar. Os acidentes que ocorrem com maior freqüência no âmbito escolar são as quedas (cerca de 70%) e, os punhos, as mãos e a cabeça são as partes mais comumente lesionadas.
O professor tem uma grande tarefa nas escolas, pois ele é o principal responsável em manter a integridade física da criança e proporcionar um ambiente seguro e saudável para o seu crescimento e desenvolvimento, possibilitando que a mesma conquiste seu espaço e inicie as diversas fases do processo de socialização. Daí a importância da interação entre a educação e a saúde, ou seja, do professor como instrumento da educação e do enfermeiro como instrumento da saúde, proporcionando uma troca de conhecimentos, capacitando assim cada profissional a promover a saúde do escolar e prevenir situações de riscos, intervir no atendimento inicial e sequelas por causas externas.
Portanto objetivou-se com este estudo de forma geral identificar o conhecimento dos professores de uma Escola Pública na cidade de Campina Grande acerca do atendimento inicial diante de acidentes no ambiente escolar e especificamente traçar o perfil sócio-econômico dos entrevistados e descrevendo por fim o conhecimento dos docentes sobre o atendimento inicial após a ocorrência destas injúrias

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, do tipo transversal aleatório não probabilístico, com abordagem quanti-qualitativa. A pesquisa foi realizada na Escola Estadual de Ensino Fundamental Antônio Vicente, localizada na Rua Silva Jardim, no bairro de José Pinheiro, nº 1196. O Universo da pesquisa foi constituído pelos professores lotados na Escola Estadual de Ensino Fundamental Antônio Vicente sendo a amostra composta pelos dezoito professores que concordaram voluntariamente em participar do estudo e que estavam incluídos nos critérios de inclusão pré-determinados pelos pesquisadores A coleta de dados foi realizada no mês de agosto de 2009 através da aplicação de um questionário. Foram incluídos na pesquisa os professores que ministram aulas na escola, de qualquer faixa etária, de ambos os gêneros, que não estavam de licença médica ou férias e que se disponibilizaram voluntariamente a responder o roteiro de entrevista. Foram excluídos da pesquisa, aqueles que não quiseram responder ao questionário e que não atenderam aos critérios de inclusão.Após a apreciação e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa do CESED/FCM, os dados foram coletados através de uma entrevista, que só deu-se início após assinatura do consentimento prévio dos sujeitos. Os dados foram analisados foram tabulados e expostos através de gráficos e tabelas, utilizando para isso planilhas eletrônicas do Word ou Excel. Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo segue as recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, expresso na Resolução 196/96 (Conselho Nacional de Saúde).

Resultados e Discussão

Muito se fala atualmente acerca de educação em saúde, elaborando-se estratégias e mecanismos de ampliar essa diretriz não só em nível primário de atenção em saúde, mas também em todos os âmbitos da sociedade.

As crianças no futuro poderão modificar conceitos, culturas e definições que contribuem significativamente para mudanças de paradigmas e situações que penalizam de forma constante a sociedade contemporânea.

Pensando nesse ângulo é relevante investir nos profissionais educadores e dessa forma conseguir atingir essas metas de transformação de uma realidade cruel e assustadora.

Por isso é vital conhecer esse docente, a fim de identificar as suas necessidades, carências e deficiências, para então intervir positivamente neste perfil, melhorando as suas habilidades e consequentemente intervindo indiretamente no desempenho junto aos alunos.

Foi observado que 78% dos entrevistados são do gênero feminino, possuem idade superior a 50 anos (33%), curso de nível superior (67%), percebem entre dois e quatro salários mínimos (72%) e tem experiência profissional em educação infantil maior que 5 anos (67%). Nos dados coletados, algumas professoras atuam na educação infantil há cerca de 20 anos. Por ser culturalmente atribuído a mulher o processo de educação, e por ter sido a primeira profissão que abriu as portas para as mulheres, sob a aprovação da sociedade, muitas professoras fazem do magistério sua vida, rendendo-se ao comodismo e exercendo tal função por longos anos (NOVAES, 1984; APPLE, 1995; ARCE, 1997 apud ZIBETTE, 2007).

A baixa remuneração dos docentes é um problema que vem desde o final do século XIX, e está associado ao fato do magistério ser uma profissão predominantemente feminina. Devido à desvalorização da profissão, também no sentido financeiro, a maioria dos educadores ficam limitados a graduação, porque o salário que recebem não é suficiente para suprir as necessidades familiares e investir em curso de especialização e mestrado. Toda essa problemática reflete nas crianças, que acabam ficando expostas a uma má educação que pode resultar em um mau comportamento, atraindo-as a acidentes por não terem professores capacitados para trabalhar com elas (WELER, 2005).

Os professores foram ainda questionados: “NOS CASOS DESCRITOS ABAIXO QUAL SERIA A SUA PRIMEIRA CONDUTA ?. Os acidentes foram separados em categorias e as condutas foram analisadas de acordo com o referencial teórico anteriormente exposto. As categorias foram: I: Queimadura, II: Fratura, III: Desmaio, IV: Crise Convulsiva, V: Hemorragias e VI: Parada Cardiopulmonar. As reações podem ser analisadas pelas reflexões que seguem.

Categoria I: Fratura

Fratura é a quebra ou ruptura da continuidade óssea, causada por um impacto de intensidade variável. Os traumas ao sistema musculoesquelético podem assumir muitas formas diferentes, dependendo do mecanismo do trauma, da quantidade de força deformativa aplicada ao esqueleto e do local em que a força é aplicada. Devido à capacidade natural de deformação para que possam absorver impactos, os ossos podem sofrer danos de maior ou menor intensidade, como por exemplo: em acidentes de menor intensidade pode não ocorrer à fratura, ou seja, a quebra da continuidade óssea, mas apenas uma trinca, entretanto, em acidentes de maior intensidade, os ossos podem se despedaçar, podendo atingir o mais alto grau de classificação que é a fratura exposta, isto é, quando o osso quebrado ultrapassa a pele (SILVA, 2012).

Nos discursos os professores falam como reagiriam a um quadro de uma criança fraturada:

Na fratura eu usaria gelo, porque caso fosse se formar um hematoma o gelo já ia combatendo. (Entrevistado 1).

[...] ter cuidado pra não mexer o menino, deixar ele imobilizado e levar para o hospital. (Entrevistado 7).

Apesar da maioria dos professores terem conhecimento que imobilizar o membro afetado pela fratura é a forma correta de agir, eles, muitas vezes, entendem que imobilizar é não mexer na criança, deixar ela quieta, sendo só observada, sem ninguém tocar. Existe ainda àqueles que acreditam que devam colocar compressas de gelo no local da fratura, o que pode ocasionar o agravamento do quadro da vítima.

A imobilização correta da fratura é essencial, não apenas para minimizar a dor, mas também para diminuir o risco de hemorragia e de embolia gordurosa. A imobilização leigos deve ser feita com o membro na posição que se encontra, não devendo alinhá-lo, e atingir uma articulação acima e uma articulação abaixo da lesão para evitar o movimento do membro atingido (PHTLS, 2011).

Categoria II: Desmaio

O desmaio, também conhecido com síncope, é a perda momentânea dos sentidos, que não dura mais do que alguns minutos e é causado pela diminuição temporária do fluxo sanguíneo que nutre o cérebro. As principais causas são hipoglicemia, cansaço excessivo, fome, nervosismo intenso, susto, acidentes que envolvam perda sanguínea, dor intensa, ambientes fechados e quentes, entre outros. Os sinais e sintomas são a palidez, pulso fraco e lento, a falta de equilíbrio e a inconsciência (SILVA, 2012). Sobre como agiriam diante de uma criança desmaiada, os professores relatam:

Desmaio? Ventilar, mandar o pessoal sair de perto [...] deixar o local ventilado, olhar o pulso. (Entrevistado 7).

Ai meu Deus! Não sei como eu faria [...] mas acho que botaria álcool no nariz da criança pra ela cheirar. (Entrevistado 11).

Percebe-se na fala dos professores uma intenção de tentar socorrer, apesar de que a maioria agiria de maneira incorreta quando afirmam que colocaria álcool nas mãos e nos pulsos da criança desmaiada.

De acordo com Martins et. al. (2014), se a pessoa começou a desfalecer deve-se sentá-la numa cadeira, curvá-la para frente, baixar a cabeça dela e colocando-a entre as pernas, pressionar a cabeça para baixo, pedindo para que ela respire profundamente ate que passe o mal-estar. Agora havendo o desmaio, manter a pessoa deitada, colocando sua cabeça e ombros em uma posição inferior ao resto do corpo (posição de Trendelemburg), afrouxar a sua roupa e na presença de vômito, lateralizar-lhe a cabeça para evitar o sufocamento ou broncoaspiração. Depois de cobrada a consciência pode ser dado a ela café, chá ou mesmo água com açúcar, mas em hipótese alguma oferecer bebida alcoólica.

Categoria III: Crise Convulsiva

A crise convulsiva é uma alteração involuntária e repentina da atividade muscular ou do nível de consciência, que resulta da alteração fisiológica cerebral, provocada por uma irritação ou superatividade das células cerebrais. As crises podem ocorrer por substancias tóxicas, desequilíbrio metabólico, traumatismo, alterações vasculares, infecção, idiopática, degeneração do sistema nervoso, queimaduras graves, privação de sono, tumor cerebral, dentre outros. A crise convulsiva febril é caracterizada pelo aumento rápido da temperatura e não pelo grau da febre em si (FALCÃO, 2010). Os professores reagiriam a uma criança em crise convulsiva da seguinte maneira:

Eu ia puxar a língua da criança pra ela não morrer sufocada. (Entrevistado 7).
Ficava perto dela pra não deixar que ela batesse a cabeça em algum lugar. (Entrevistado 8).

Diante das falas dos professores pode ser observado que muitos ainda têm aquela impressão de que se deve colocar a mão na boca da vítima para segurar a língua, sendo essa atitude uma medida totalmente errada (CHAPLEAU, 2008) e perigosa para aquele que está socorrendo. Entretanto alguns foram felizes quando mencionaram que deixariam a criança quietinha até a crise passar.

As condutas a serem realizadas nos casos de crises convulsivas são: afastar dela objetos que possam machucá-la; proteger sua cabeça; retirar do corpo da vítima objetos que possam machucá-la, como óculos, fones de ouvido, etc.; manter liberadas as vias aéreas, inclusive retirando com cuidado, restos de alimentos e objetos que se encontrem na boca da vítima; passada a convulsão, confortar a vítima e observá-la e encaminhá-la para auxilio médico. (FALCÃO, 2010).

Categoria IV: **:** Hemorragia

É a perda de sangue provocada pelo rompimento de um vaso sangüíneo, podendo ser arterial, venosa ou capilar. Os sinais clínicos de uma hemorragia são mucosas descoloradas, pulso filiforme e respiração superficial, sudorese e sede. Diante desse quadro a intervenção deve ser rápida para prevenir choque hipovolêmico (GONÇALVES, 2007). As atitudes tomadas por alguns dos profissionais da educação entrevistados ao socorrer uma criança com hemorragia são as seguintes:

Procurava enrolar o lugar da hemorragia para prender a circulação. (Entrevistado 17).
Tentar estancar, né? Enrolar para tentar estancar o sangue. (Entrevistado 4).

Acidentes que envolvem muita perda de sangue causa um sentimento de desespero em muitas pessoas, até porque sangue está associado a vida, logo perda de sangue representa a vida se esvaindo. Esse sentimento de desespero pode ser percebido nas falas dos entrevistados, entretanto eles deixaram claro que não hesitariam em tomar alguma providência na tentativa de impedir que a vítima chegue a óbito.

Na assistência a uma pessoa com hemorragia a conduta de emergência deve ser imediata: pressionar diretamente o ferimento, com uma gaze ou pano limpo; realizar curativos compressivos; não remover objetos transfixados e conduzir imediatamente ao serviço de referência. Em caso de hemorragia grave, que não cesse com outros métodos citados arteriormente realizar a aplicação do torniquete. (PHTLS, 2011).

Categoria V: Parada Cardiopulmonar

Parada Cardiopulmonar ou cardiorrespiratória é definida como a cessação abrupta das funções cardíacas, respiratória e cerebral, comprovada pela ausência de pulso, de expansão torácica indicando de apnéia e estado de inconsciência. Dentre os vários fatores que podem ocasionar uma parada cardiopulmonar estão às doenças pré-existentes, choque elétrico, traumas de crânio, afogamento, asfixia, queimaduras e as doenças pulmonares. Nos adultos a principal causa de parada cardíaca é por fibrilação ventricular, já nas crianças a principal causa é por assitolia (MARTINS et. al. 2014 e AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010).

Os professores entrevistados refletem abaixo sobre o socorro a uma criança vítima de Parada Cardiopulmonar:

Na parada a gente dá uma massagem no peito e tenta soprar na boca. (Entrevistado 4).
Eu ia tentar reanimar fazendo massagem no coração. (Entrevistado 6).

De acordo com o que foi coletado nas entrevistas, podemos perceber que os docentes têm uma noção do que deve ser feito diante de uma vítima de parada cardiopulmonar, entretanto, só saber o que deve ser feito não é suficiente para salvar a vida de uma pessoa, para se conseguir êxito, o socorro deve ser realizado da forma correta.

A reanimação cardiopulmonar para leigos devem ser 100 compressões por minute. Ela é a medida mais eficaz para socorrer vítimas de parada cardiopulmonar em ambientes extra-hospitalar.(AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2010 e MARTINS et. al. 2014).

Conclusão

Com relação aos conhecimentos dos professores acerca de medidas de primeiros socorros podemos identificar uma significativa deficiência. Apesar de muitos tentarem demonstrar que tinham noção do que devia ser feito ao socorrerem uma criança acidentada, as possíveis medidas adotadas por eles eram errôneas e muitas vezes desatualizadas.

As crianças são por inerência inquietas, curiosas e inconseqüentes, exigindo com tal comportamento, que seu cuidador seja alguém com disposição, resistência e condições físicas de acompanhá-las. Como foi observado no estudo, grande parte dos professores apresentam idade superior a 50 anos (33%), apresentando limitações físicas que não contribuem para uma supervisão complexa, ou seja, os professores que fazem parte dessa faixa etária, são mais lentos, mais indispostos e possuem menos resistência para acompanhar o ritmo das crianças que estão sob os seus cuidados, o que pode levar, muitas vezes, o professor a perder o controle e a visão das situações de risco as quais as crianças estão expostas.

Devemos salientar que medidas intempestivas e erradas podem agravar o quadro de saúde do acidentado. Partindo desse ponto de vista, torna-se de suma importância que as escolas tenham professores capacitados e preparados para agir tanto na prevenção como na intervenção e no cuidado a uma criança vítima de acidentes escolares, pois dessa forma não só a criança será beneficiada, como também todos os que direta ou indiretamente estão envolvidos com tal evento previsível. O enfermeiro é um educador nato, logo, ele está apto a habilitar os professores na atuação frente a um quadro de uma criança acidentada.

Por fim, diante de todos os conhecimentos e sentimentos expressos neste trabalho, concordamos com a necessidade citada em outros estudos, da implantação de uma Política Pública de Saúde vinculada ao MEC, que determine a sistematização de estratégias e ações preventivas que capacitem os professores a identificar situações de riscos, bem como de intervir de maneira adequada no socorro a criança que sofra algum tipo de acidente no ambiente da escola.

Referências

American Heart Association. **Destaques das Diretrizes** da American Heart Association **2010** para **RCP e ACE.** Hilights, 2010, p. 1-13, 2010. Disponível em <http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@ecc/documents/downloadable/ucm_317343.pd. f> Acesso em 12 de abril 2014.

CHAPLEAU, W. Manual de Emergências: um guia para primeiros socorros. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

FALCÃO, L.F. dos R. Emergências: Fundamentos e Práticas. São Paulo: Martinari, 2010.

FONTINELE JUNIOR, K; SARQUIS, S. I. J. S. Urgência e Emergência em Enfermagem. Goiânia: AB, 2004.

GONÇALVES, V. C. S. Atendimento ao Paciente Politraumatizado. In: CALIL, A. M; PARANHOS, W. Y. O Enfermeiro e as Situações de Emergência. São Paulo: Atheneu, 2007.

MARTINS, H et. al. Emergências clínicas: Abordagem Prática. 9º ed. Barueri- SP : Ed. Manole, 2014.

OLIVEIRA, R. G. Black Book Pediatria: medicamentos e rotinas médicas. 4. ed. Belo Horizonte: Black Book Editora, 2011.

PHTLS. Atendimento Pré-Hospitalar ao Traumatizado: básico e avançado. 7ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.
SILVA, E. S. Reanimação no trauma: Manejo e técnica. São Paulo: Martinari, 2012.
WERLE. F. O. C. Práticas de Gestão e Feminização do Magistério. **Caderno de Pesquisa.** V. 35, nº 126, set./dez. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cp/v35n126/a05n126.pdf> Acesso em 10 de abril de 2014.

CONHECIMENTO E PRÁTICA DAS MULHERES ACERCA DO AUTO-EXAME DAS MAMAS E SOBRE A IMPORTÂNCIA DO PAPANICOLAU

Amanda Maria Ferreira Pereira - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio. Email: amandamfp2@gmail.com
Wdyane Layane da Costa Rodrigues - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Cícera Luciana da Silva Sobreira - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Cássia Rodrigues Vieira - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Rachel de Sá Barreto Luna Callou Cruz- Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
Milenna Alencar Brasil – Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Palavras-chave:Câncer de mama. Papanicolau. Conhecimento das mulheres.

Resumo

No Brasil o câncer de mama apresenta alta incidência, ocupando o primeiro lugar em todas as regiões, exceto na região Norte, onde perde sua posição para o câncer de colo de útero. A nível mundial, estão entre as neoplasias mais incidentes, sendo associadas a elevada morbi-mortalidade entre a população feminina, especialmente quando o diagnóstico e o tratamento são realizados tardiamente. O objetivo geral deste trabalho é avaliar e sensibilizar as mulheres acerca do auto-exame das mamas e sobre a importância do Papanicolau. Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo pesquisa-ação vinculado a disciplina de processo ensino-aprendizagem em saúde do curso de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio (FALS), onde a analise se deu de forma quantitativa. Os resultados do estudo mostram que 64% das mulheres conhecem o auto-exame das mamas, destas 96% consideram importante. A população em maior número foi a das mulheres com nível fundamental (C/I), sendo que desta 71,4% tem conhecimento da existência do exame e 92% o consideram importante, o que mostra que apesar do baixo nível de escolaridade, obtiveram conhecimentos sobre o auto-exame. Conclui-se que uma parcela significativa das mulheres não realiza o auto-exame das mamas por falta de orientações acerca da correta execução da técnica e de sua importância e que a maioria não sabiam o real motivo para realização do exame colpocitológico, relacionando-o a detecção de doenças sexualmente transmissíveis.

Introdução

No Brasil o câncer de mama apresenta alta incidência, ocupando o primeiro lugar em todas as regiões, exceto na região Norte, onde perde sua posição para o câncer de colo de útero. A nível mundial, estão entre as neoplasias mais incidentes, sendo associadas a elevada morbi-mortalidade entre a população feminina, especialmente quando o diagnóstico e o tratamento são realizados tardiamente (INCA, 2011;PAULINELLI, 2003).
Tendo em vista que o câncer é um importante problema de saúde pública e está entre as principais causas de mortalidade na população, superado apenas pelas doenças cardiovasculares, realizaram-se reuniões entre governantes com o objetivo de intervir nessa problemática. Os gestores do SUS realizaram uma análise da situação de saúde do país no ano de 2006 e após constatação dos resultados assumiram o compromisso público da construção do pacto pela saúde, o qual foi baseado nos princípios constitucionais do Sistema Único de Saúde, entre as prioridades definidas está o controle do câncer de colo de útero e mama (BRASIL, 2006).
Uma das grandes descobertas na investigação etiológica de câncer nos últimos 30 anos, assim como também de extrema importância, foi a comprovação da relação entre o HPV (papilomavírus humano) e o câncer do colo do útero, mortalidade ajustada por idade, pela população mundial, de 4,8/100 mil mulheres (BRASIL, 2013). Programas de prevenção são baseados na citologia oncótica como forma de detectar lesões precursoras com o objetivo de tratá-las e, assim, controlar o desenvolvimento deste tipo de câncer. Esta neoplasia é considerada uma doença com alto potencial de cura desde que seja detectada em seus estágios iniciais (ANJOS et al, 2013).
Na saúde pública, o controle do câncer de colo de útero estabelece um desafio no qual pode ser superável por um sistema eficiente de saúde, que tenha uma cobertura abrangente da população alvo e que favoreça acesso satisfatório aos serviços. No Brasil, a elaboração e implementação de medidas para o controle desse câncer se estabelece, principalmente, no plano assistencial e técnico, priorizando diagnóstico precoce e tratamento de casos confirmados de doença (NASCIMENTO; MONTEIRO, 2010).
Mesmo sabendo que o papanicolau é um exame ofertado gratuitamente e com periodicidade, sua procura vem apresentando certa resistência por algumas mulheres que deixam de fazê-lo por sentirem medo, por estigma do câncer, vergonha, ausência de sintomas, dor, o que nos mostra como os fatores sociais, culturais, psicológicos e crenças influenciam na sua procura e realização (NASCIMENTO; NERY; SILVA, 2012).
Existem 03 principais formas de detectar a neoplasia de mama, tais métodos são conhecidos como tríade, sendo eles: o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia (GONÇALVES et al, 2009; SOUZA, 2007). O auto-exame de mama é um método de exame físico, indolor e sem gastos financeiros, de fácil prática e que proporciona a detecção precoce de alterações, permitindo uma ação terapêutica eficaz, podendo prolongar a sobrevida da mulher, evitar seqüelas físicas graves e emocionais, sociais e econômicas (INCA, 2007).
O câncer de mama, assim como o câncer de colo de útero, quando identificado em estágios iniciais (lesões menores que dois centímetros de diâmetro) apresenta prognóstico favorável (GASPERIN; BOING; KUPEK, 2011). O diagnóstico precoce é especialmente importante em contextos onde predomina a apresentação do câncer de mama em fase avançada, já que o estadiamento em fase inicial possibilita terapias mais efetivas, reduzindo danos ao paciente. Para isso é necessário implantar estratégias que sejam efetivas para a detecção precoce da doença (BRASIL, 2013).
O bom prognóstico do câncer de mama quando detectado precocemente e a eficácia do exame Papanicolau para prevenção do câncer de colo de útero justificam estudos que identifiquem características da população feminina e sua relação com condutas positivas quanto a essas práticas. Tal conhecimento pode fundamentar ações dos profissionais de saúde, em especial dos enfermeiros, e contribuir efetivamente para a melhoria da qualidade de saúde da mulher (BIM et al., 2010).
A detecção do câncer do colo do útero caracteriza-se como sendo um processo complexo que envolve múltiplas etapas, sendo elas: a aplicação do exame de rastreamento (Papanicolau), a identificação dos casos positivos (lesões que possam gerar o câncer ou o próprio câncer já desenvolvido), a confirmação diagnóstica e o tratamento da neoplasia (INCA, 2011).
O presente projeto contribui para prevenção e promoção da saúde das mulheres, visando incentivar a prática do auto-exame das mamas e aumentar a procura para realização do exame papanicolau, bem como a detecção e o tratamento precoce de alterações que possam levar ao adoecimento dessas mulheres, contribuindo para a diminuição da taxa de mortalidade e adesão ao exame de rotina.
O tema foi escolhido em virtude da alta incidência de cânceres de mama e de colo de útero na população feminina, o que provoca grande impacto no convívio pessoal e social dessas mulheres. Neste sentido, torna-se um assunto que causa grande repercussão, atraindo o

interesse e a curiosidade da sociedade.O objetivo geral deste trabalho é avaliar e sensibilizar as mulheres acerca do auto-exame das mamas e sobre a importância do Papanicolau.

Metodologia

Trata-se de um estudo de intervenção, do tipo pesquisa-ação vinculado a disciplina de processo ensino-aprendizagem em saúde do curso de Enfermagem da Faculdade Leão Sampaio (FALS). Este projeto foi realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS) do Bairro Triângulo no Município de Juazeiro do Norte-Ceará-Brasil(ESF 11 e 35-Propercio de Castro) sendo realizadas visitas as quintas-feiras à tarde do mês de outubro e novembro totalizando uma carga horária 80 horas. Segundo Severino (2007) a pesquisa-ação é aquela em se busca compreender e intervir em uma determinada situação, no intuito de modificá-la. A finalidade do conhecimento adquirido é provocar alterações intencionais na situação pesquisada. De acordo com Figueredo (2008) pesquisa quantitativa é aquela em que o pesquisador utiliza do método estatístico para interpretação e organização dos dados. Sendo aplicado em situações em que se exige um estudo exploratório para realização de um estudo aprofundado de algum problema ou objeto de pesquisa. Todos os envolvidos participaram de forma voluntária, respeitando os aspectos éticos e legais vigentes na resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
Foram realizados encontros semanais que abordaram a temática proposta (auto- exame das mamas e Papanicolau) cujo foco principal foi as mulheres que frequentavam a referida UBS. Inicialmente abordamos as mulheres em questão com a aplicação de uma entrevista sobre o tema, sendo esta elaborada pela equipe. Através desta pudemos compreender e avaliar o conhecimento inicial dessas mulheres. Posteriormente iniciamos as orientações sobre o tema, para isso utilizamos materiais como Data-show e bonecos disponibilizados pela faculdade que, permitiram as mulheres, uma maior compreensão do assunto abordado.

Resultados e Discussão

Durante o projeto de extensão foram entrevistadas 25 mulheres, sendo que 92% delas se encontravam com idades entre 17 e 30 anos, 44% com idade entre 31 e 50 anos e 20% tinham idade superior a 50 anos. Quando questionadas em relação a religião observou-se que 96% eram católicas e apenas uma era evangélica o que representa 4% delas. Em relação ao estado civil 92% das mulheres eram casadas, sendo que a porcentagem de solteiras e separadas era a mesma 4%. Observou-se que 32% das entrevistadas tinham ensino médio completo/incompleto (C/I), 56% o nível fundamental (C/I), 4% o nível superior incompleto e 2 delas eram analfabetas.
Quando perguntadas se conheciam o auto-exame das mamas e se o achavam importante, 64% delas o conheciam e 96% o consideravam relevante. 44% das mulheres nunca fizeram o auto-exame das mamas, 28% o faz todo mês e os outros 28% o realizam de forma indiscriminada. A maioria das usuárias afirmou ter um dia fixo para realização do exame (68%), quando comparadas com as que não determinam um dia para realizar (32%). Grande parte das mulheres afirmaram ter aprendido a técnica do auto-exame com a enfermeira (40%), as outras disseram ter aprendido com o médico (16%) ou com programas de televisão (8%), no entanto 36% disseram que não haviam sido orientadas para realização do auto-exame, desconhecendo portanto como seja a técnica.
Em relação ao papanicolau 88% disseram conhecer o exame e 92% o consideram importante. Entretanto a maioria das mulheres (56%) acreditavam que o este exame era para detecção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) e outras doenças, enquanto apenas 28% disseram que o mesmo era para detectar o câncer de colo uterino. Em relação a freqüência/intervalo de realização do exame em questão 52% das mulheres afirmaram o realizar anualmente. Grande parte das mulheres acredita que seja preciso realizar algum cuidado antes do exame (56%), sendo que elas elencaram esses cuidados como sendo a higiene (24%); não manter relação sexual antes do exame (28%); outras (48%). A maioria acredita que a vergonha (60%) seja o principal motivo da recusa ao exame, entretanto outros motivos foram relatados, sendo eles a ignorância/desconhecimento (16%) e outros (24%).

Durante a abordagem das mulheres observou-se que a população se constituía de mulheres com idade entre 17 e 61 anos e que destas a maioria tinha entre 31 e 50 anos. A população com idade superior a 50 anos se encontrava em menor proporção quando comparada as demais, o que nos questiona quanto a necessidade da atratividade de mulheres nesta faixa etária pela UBS. A maioria das mulheres era católica e apenas uma era evangélica, sendo que esta se mostrou avessa a prática do auto-exame o que demostrou a influência da religião na decisão da realização do mesmo, bem como a rejeição quanto aos profissionais de saúde do sexo masculino.

Percebeu-se o quanto a falta de materiais e recursos humanos influenciam no comparecimento das usuárias a unidade, desestimulando-as a retornarem ao serviço. A maioria se constituía de mulheres casadas (92%) e de mulheres com nível fundamental (C/I) – 56%, fato este que mostra a preocupação com a realização do exame, apesar do baixo nível de escolaridade.

Os resultados do estudo mostram que 64% das mulheres conhecem o auto-exame das mamas, destas 96% consideram importante. ılação em maior número foi a das mulheres com nível fundamental (C/I), sendo que desta 71,4% tem conhecimento da existência do exame e 92% o consideram importante, o que mostra que apesar do baixo nível de escolaridade, obtiveram conhecimentos sobre o auto-exame. Isso provavelmente é explicado pela aquisição de informações, através dos profissionais de saúde ou de programas de televisivos. Nenhuma analfabeta conhecia o exame, no entanto todas elas o consideram importante. Os 37,5% das mulheres com nível médio (C/I) não conheciam o exame, isso se deve ao fato da maioria nunca ter feito o exame.

De acordo com nosso estudo, a população que mais realiza o auto-exame das mamas mensalmente é a que se apresenta na faixa etária entre 31 e 50 anos (36,36%) e que nas mulheres com idade superior a 50 anos nenhuma delas realizam, estas afirmaram fazer o exame de forma aleatória (60%). A população abordada, em sua maioria, não possui o hábito de escolher um dia para a realização do auto-exame das mamas, destacando- se assim, as mulheres com faixa etária maior que 50 anos, onde todas elas afirmaram não escolher um dia para a realização do mesmo.
Em relação ao Papanicolau, 92,85% das mulheres com nível fundamental (C/I) conhecem o exame e todas o consideram importante, o que mostra que estas mulheres têm conhecimento do quanto este exame contribui na promoção de sua saúde. Observamos também que todas as mulheres com nível médio (C/I) conheciam o Papanicolau e reconheciam o quanto este era importante, o que difere do auto-exame das mamas e sugere que ao realizar o Papanicolau na UBS os profissionais de saúde não realizam o exame clinico das mamas e nem orientam a técnica do auto-exame. Já em relação as analfabetas, metade delas não conhecem e não acham o mesmo importante. Observamos também que muitas mulheres desconhecem o termo Papanicolau, sendo conhecido somente como exame de prevenção.
Ao analisarmos a frequência/ intervalos de realização do Papanicolau, observou-se que a maioria das mulheres independente da faixa etária realizam o exame anualmente e que das mulheres com idade superior a 50 anos, 20% delas nunca realizaram o exame, fato que gerou preocupação tendo em vista que estas se encontram entre a população mais atingida pela neoplasia do colo uterino. A incidência de carcinoma invasivo é maior em mulheres com idade entre 45 e 55 anos (INCA 2011). A população entre a faixa etária de 31 a 50 anos afirmou ter conhecimento dos cuidados antes da realização do exame, representando a faixa etária que mais possuía informações adequadas sobre o tema, enquanto que as mulheres com idade superior a 30 anos não tinha conhecimento dos cuidados (60%) o que demostram desconhecimento acerca da preparação para o exame.

Durante a abordagem das mulheres percebeu-se que a grande maioria delas sentia-se a vontade, durante a realização das entrevistas e durante as orientações. As mesmas demostraram interesse e curiosidade sobre o tema, medida em que, nos questionavam e relatavam suas experiências, o que também fomentou a busca e a aquisição de conhecimentos entre nós. Apesar do receio de algumas delas em falar sobre o tema com os profissionais de saúde, notou-se que no decorrer das orientações estas demonstraram maior confiança para relatar suas experiências. Observou-se que durante as orientações muitas foram as inquietações das mulheres e que estas foram minimizadas, o que contribuiu na compreensão da importância de ambos os exames para promoção da saúde e melhoria na qualidade de vida.

Conclusão

Conclui-se que uma parcela significativa das mulheres não realizam o auto-exame das mamas por falta de orientações acerca da correta execução da técnica e de sua importância e que a maioria não sabiam o real motivo para realização do exame colpocitológico, relacionando-o a detecção de doenças sexualmente transmissíveis. A partir da análise dos dados percebemos a necessidade de abordar questões referentes a quebra de tabus com intuito de aumentar a procura e utilização dos serviços de saúde prestados pela referida Estratégia Saúde da Família(ESF). Assim como, estimular a população acima de cinquenta anos a realizarem a prática rotineira do auto-exame das mamas e do papanicolau.

As orientações sobre o tema foram de grande valia, visto a carência de informações dessas mulheres, o que proporcionou maior conhecimento as mesmas. Vimos que o projeto contribuiu na diminuição de preconceitos, induzindo as usuárias a procurarem o serviço, no intuito de prevenir agravos à saúde e de reconhecer as ações disponíveis na UBS.

O presente estudo contribuiu para nossa formação enquanto acadêmicos de enfermagem, nos proporcionando o conhecimento da realidade da comunidade e na aquisição de novas informações, bem como na execução das práticas já vivenciadas no âmbito acadêmico, nos permitindo aprimorar nossas habilidades de comunicação e liderança.

Referências

ANJOS, S.J.B; RIBEIROI,S.G; LESSAI,P.R.A; NICOLAUI, A.I.O; VASCONCELOSI, C.T.M; PINHEIROII, A.K.B. **Fatores de risco para o câncer de colo do útero em mulheres reclusas.** 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n4/v66n4a07.pdf>. Acesso em: 25 de Nov. 2013

BIM, C. R., et al. **Diagnóstico precoce do câncer de mama e colo uterino em mulheres do município de Guarapuava, PR, Brasil.** 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/12.pdf>. Acesso em: 22 de Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Cadernos da Atenção Básica. Serie Normas e Manuais Técnicos. No13. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atencao_basica.pdf>. Acesso em: 15 de Out. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : ministério da saúde, 2013. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controle_canceres_colo_utero_2013.pdf>. Acesso em: 25 de Out.2013

BRASIL. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 15 de Nov.2013.

FIGUEREDO, N.M.A. **Método e Metodologia na pesquisa Científica**. 3º ed. São Caetano do Sul, SP. Ed. Yendis. 2008.

GASPERIN, S.I; BOING, A.F; KUPEK, E**. Cobertura e fatores associados à realizaçãodo exame de detecção do câncer de colo deútero em área urbana no Sul do Brasil:estudo de base populacional**. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n7/07.pdf>. Acesso em: 25 de Nov. 2013.

GONÇALVES, L. L. C., et al. **Mulheres Portadoras de Câncer de Mama: Conhecimento e acesso às medidas de Detecção Precoce.** 2009. Disponivel em:<http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf>.Acesso em: 27 Out. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). 2007. Estimativas 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro; 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=1793>. Acesso em: 15 de Out. 2013

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). 2011. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em: 18 de Out.2013.

NASCIMENTO, L., NERY, I. S., SILVA, A.O. **Conhecimento cotidiano de mulheres sobre a prevenção do câncer de colo do útero.** Rev. Enferm. UERJ,*2012.* Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a11.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2013.

NASCIMENTO, M. I, MONTEIRO, G. T. R. **Características de acesso ao preventivo de câncer de colo do útero: três etapas metodológicas da adaptação do instrumento de coleta de informação.** Cad. Saúde Pública [online]. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n6/04.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2013.

PAULINELLI, R.R; JÚNIOR, R.F; CURADO, M.P; ALINE DE ALMEIDA E SOUZA, A.A **A situação do câncer de mama em Goiás, no Brasil e no mundo: tendências atuais para a incidência e a mortalidade.** 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em: 25 de Nov. 2013.

SEVERINO, A. J. **Metodologia o trabalho cientifico**. 23 ed.- São Paulo: Cortez 2007

SOUZA, AG; ROCHA, MR; CARDOSO, EAM; FILIPINI, SM. **O conhecimento das mulheres em relação ao autoexame das mamas**. 2007. Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2011/anais/arquivos/0162_0524_01.pdf>. Acesso em: 25 de Nov. 2013.

CONSOLIDAÇÃO DA PARTICIPAÇÃO DO USUÁRIO NOS PROCESSOS DO SUS

Thamires Lunguinho Cavalcante - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio / thamiresl.cavalcante@hotmail.com
João Paulo Xavier Silva - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Ana Bárbara da Silva Ribeiro – Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Sofia de Moraes Arnaldo - Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio
Marco Akeman – Universidade de São Paulo
Woneska Rodrigues Pinheiro - Faculdade de Medicina do ABC

Palavras-chave:Participação Social. Políticas Públicas. Usuários.

Resumo

As práticas do exercício da participação social constitui uma referência para a execução da cidadania de um povo. O presente estudo objetiva identificar as principais formas de consolidação da participação social no âmbito da criação de políticas públicas que regem o Sistema Único de Saúde Brasileiro. O destaque de tais atividades fortalecem essa ferramenta pública oferecendo entendimento e identificação dos serviços disponíveis. Foi utilizada uma metodologia bibliográfica de busca de periódicos sobre o assunto. Os Conselhos de Saúde, as práticas de Controle Social e Educação Popular recebem destaque no que diz respeito às ferramentas disponíveis que hoje se constitui um aliado ao processo de cidadania e empoderamento social. Conduto espera-se alcançar uma expansão desse território público no qual o povo se engaja e se torna capaz de ter voz frente às principais decisões que afetam seu modo de viver.

Introdução

No atual cenário de mudanças políticas e governamentais, muito se fala em reestruturação de serviços de saúde. Após várias lutas por cidadania de direito e autonomia social, tais mudanças vem passando por uma nova práxis baseada nas principais implementação e avaliações estabelecidas pela participação social que se potencializa com a conquista constitucional da gestão participativa (SANTOS, 2009). A conquista legal proporciona subsídios para um empoderamento social nesse âmbito de mudanças, e deve ser colocada em prática por meio de estratégias efetivas e eficazes.
Segundo Teixeira (2011), o Sistema Único de Saúde brasileiro é regido por princípios norteadores que organizam e estruturam seus sistemas a fim de garantir a integralidade dos serviços e a constante ampliação do conceito de saúde. A participação social foi incluída como uma alternativa democrática de renovar permanentemente estratégias de políticas públicas que assegurem a adequação dos sistemas às realidades e necessidades apontadas. Torna-se, portanto, uma ferramenta de decisão política e de reconstrução dos sistemas atuais, em poder da arena pública.
As estratégias de consolidação da participação social nos processos de reestruturação dos sistemas de saúde requer atenção no que diz respeito ao seu conhecimento por parte dos próprios usuários dos serviços, e se tornam, portanto, a problemática do presente estudo, objetivando realizar a identificação e caracterização das principais formas apontadas de se realizar democraticamente a implementação e a criação de novas políticas públicas. Tal direito foi garantido à população a partir da criação das Leis Orgânicas de Saúde, lei 8080/8142 de 1990, qualificando, portanto a gestão pública em saúde (SANTOS, 2009).
Partindo do contexto histórico, diversas modificações políticas e sociais culminaram na conquista do povo pela gestão democrática no final dos anos 80. Martins et al (2007) destaca entre elas, a reforma sanitária, a criação da constituição cidadã que valoriza acima de tudo os direitos dos usuários e o nascimento dos atores sociais. Diante disso, considera-se relevante destacar as formas privilegiadas de se concretizar essa participação, como uma alternativa de fortalecer essa ferramenta popular de protagonismo em saúde.
Destaca-se, portanto, a conquista de empoderamento social uma vez que é executado esse laço entre espaço institucional político e sociedade civil (GOHN, 2004). Essa valorização do usuário culmina o sistema para um nível de qualidade esperado, contribuindo com uma gestão do SUS mais embasada em seus princípios doutrinários, como almeja a sociedade atual.

Metodologia

Foi instituída como metodologia revisão sistemática da literatura sobre o assunto em questão. Tal pesquisa se caracteriza pela observação de material previamente selecionado sobre o assunto, em forma de livros ou artigos científicos. Esta metodologia foi escolhida devido o fato de oferecer maior flexibilidade durante a coleta dos dados, além de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente (MARCONI; LAKATOS, 2003).

A busca resultou em referências teóricas das bases de dados LILACS e SCIELO. O levantamento bibliográfico foi realizado durante o mês de julho e agosto de 2012. Foram utilizados os seguintes descritores: Participação Social; Gestão Participativa; Conselhos de Saúde; Participação Comunitária. Após a análise de material foi possível determinar categorias estabelecidas de acordo com o conteúdo principal.

Resultados e Discussão

Controle Social em Saúde
O Controle Social surge como um conceito pautado na força exercida por segmentos da população acerca das decisões que afetam seu cotidiano. O setor saúde, pioneiro nesse processo, foi motivado nos anos 90, como uma estratégia de promover seguridade social a população, garantida pela constituição vigente (CRISTO, 2012).

Para Dagnino (2012), para a compreensão desse efeito exercido pelo poder social, não podemos separar os conceitos de “sociedade civil” e de “estado”. O autor reforça a necessidade de entender esses dois entes como instancias interdependentes, que se articulam, se convergem, valorizando os fatores que os integram e, sobretudo, os seus interesses comuns. Tais interesses, quando surgir de real consentimento das duas partes, tender a se amadurecer e se tornar alvos de projetos políticos.
A ideia de controle social inspirou diversos movimentos sociais, entre eles destacam-se as Conferências e Conselhos de saúde. Essas organizações se proem a cumprir um papel mais político do que social, no que diz respeito principalmente à criação de políticas públicas,

em especial as que compõem o Sistema Único de Saúde, para garantir a existência de normas resultantes da ampliação desse espaço político para a população (CORREA, 2006).

Conselhos de Saúde e o Empoderamento Social.

A legalização dos Conselhos de Saúde, após a criação das Constituição Cidadã e das Leis Orgânicas da Saúde (1988), marcou o inicio de uma democratização do setor saúde, resultado de um processo de descentralização das políticas sociais que colocaram a comunidade civil na arena de decisões políticas (LABRA; FIGUEIREDO, 2002). Representa a forma mais enraizada de resgatar a cidadania do povo brasileiro frente às principais decisões que afetam seu modo de viver.

Para Martins et al (2007), os conselhos devem ser consagrados com o encontro dos principais líderes da sociedade civil e os representantes das autoridades institucionais e setorial, com a finalidade prima de abrir as portas do setor saúde de forma dinâmica e social, afim de promover a disseminação da cultura participativa, valorizando os princípios fundamentais da sociedade, que garantam a solidariedade e a equidade nos serviços prestado ao povo.

A criação dos conselhos representa uma nova forma de relação entre sociedade e estado, uma vez que a ação da vontade do povo no núcleo das decisões políticas configura a principal forma de democratização do estado, fatos esse que vai contra o antigo modelo autoritário que foi imposto durante a maturação do estado brasileiro (JÚLIO; GERSCHMEN, 2013).

Contudo, Filho et al (2014) aponta para a necessidade de um aperfeiçoamento gerencial dos conselhos, para fins de organização estrutural e gerenciamento de pessoas. Essas mudanças são favoráveis para o alcance das metas determinadas, e para o cumprimento por parte da gestão municipal das decisões estabelecidas, objetivando legitimar a prática democrática que foi desenvolvida para esse fim.

O método da Educação Popular

Para Vasconcelos (2004), considerando uma estratégia relativamente nova no setor saúde, a Educação Popular contribuiu significamente com uma gama de mudanças que culminaram em uma nova forma de organização de políticas públicas em saúde. Isso ocorreu principalmente devido a participação dos profissionais de saúde insatisfeitos com o mercantilismo na área, fazendo que ocorresse uma aproximação com a população e sua dinâmica social, tanto quanto sua carências, excessos e necessidades principais. O mesmo autor ainda aponta que diversos serviços comunitários desvinculados do estado surgiram (e ainda surgem) no final dos anos 80, onde começaram a esboçar as tentativas de organização de saúde no âmbito em que se desenvolveram, onde foi possível obter avanços que vários discursos políticos sobre reivindicação de serviços públicos de qualidade.

Esse novo processo de formação de atores sociais a partir de organização de saberes e práticas consagra uma nova relação entre população e serviços, e se consolida com movimentos engajados que hoje atuam fortemente na busca da integralidade dos sistemas. A Rede de Educação Popular em Saúde (REDEPOP); a Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde (ANESP) e o Grupo de Trabalho de Educação Popular em Saúde da ABRASCO dentre outros movimentos sociais, são exemplos dos diferentes espaços e estratégias que carregam os mesmo princípios ético-legais da educação popular (PEDROSA, 2008).

Falando de protagonismo social, Albuquerque; Stotz (2004) diz que é possível verificar que tais estratégias qualificam a participação do sujeito, oferecendo uma visão de futuro para o estado e para a sociedade, além de diminuir as distâncias que existem entre as instâncias e o povo, fato esse que reafirmam os princípios do SUS perante a sociedade.

Conclusão

A participação social foi resultado de intensas transformações políticas que se desencadearam principalmente no início dos anos 80. Após um permutado processo de democratização, varias foram às alternativas moldadas para promover inclusão do usuário nos processos organizacionais do Sistema Único de Saúde Brasileiro. Desde simples processos educacionais, até a criação de Conselhos e Organizações de Saúde, o usuário se depara com ferramentas antes não disponíveis, e que hoje se constitui um aliado ao processo de cidadania e empoderamento social.

Espera-se, contudo, alcançar a expansão cada vez mais democrática e acessível desses princípios a todos aqueles os quais a políticas públicas em saúde se aplicam. Uma política que se compromete a suprir as demandas necessárias ao alcance da saúde de um povo, constitui uma maneira eficaz de se promover cidadania, além de torna factível a presença dos cidadãos no cenário político social do SUS.

Referências

ALBUQUERQUE, Paulette Cavalcanti de; STOTZ, Eduardo Navarro. **A educação popular na atenção básica à saúde no município**: em busca da integralidade. 2004. Acesso em 04 de agosto. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/icse/v8n15/a06v8n15.pdf

CORREIA, Maria Valéria Costa. **Controle Social na Saúde.** São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em http://servicosocialesaude.xpg.uol.com.br/texto1-6.pdf

CRISTO, Solange Conceição Albuquerque de. **Controle social em saúde**: o caso do Pará. 2012. Disponível em www.scielo.com

DAGNINO, Evelina. **Sociedade civil e espaços públicos no Brasil.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FILHO, Milton Cordeiro Farias. **Os limites da ação coletiva nos Conselhos Municipais de Saúde**. 2014. Acesso em 05 de agosto de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01911.pdf

GOHN, Maria da Glória. **Empoderamento e participação da comunidade em políticas sociais.** 2004. Acesso em 30 de julho de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/03

JÚNIOR, José Patrício Bispo; GERSCHMAN, Sílvia. **Potencial participativo e função deliberativa**: um debate sobre a ampliação da democracia por meio dos conselhos de saúde.2013. Acesso em 03 de agosto de 2014. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csc/v18n1/02.pdf

LABRA, Maria Eliana Jorge; FIGUEIREDO, Jorge St. Aubyn de. **Associativismo, participação e cultura cívica. O potencial dos conselhos de saúde.** Acesso em 20 de julho; Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/csc/v7n3/13030.pdf

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo. Atlas, 2003.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.***Conselhos de Saúde e a Participação Social no Brasil**: Matizes da Utopia. 2007. Acesso em 20 de julho. Disponível em http://lilacs.bvsalud.org/

PEDROSA, José Ivo dos Santos. **Educação Popular em Saúde e Gestão Participativa no Sistema Único de Saúde.** 2008. Acesso em 1º de agosto de 2014. Disponível em http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=BDENF&lang=p&form=F

SANTOS, Edirlei Machado dos. **Gestão participativa**: estratégia de consolidação do sistema único de saúde. 2009. Acesso em 27 de julho de 2014. Disponível em http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/4339

TEIXEIRA, Carmen. **Os Princípios Do Sistema Único de Saúde.** 2011. Acesso em 01 de agosto de 2014. Disponível em http://www.saude.ba.gov.br/pdf/os_principios_do_sus.pdf

VASCONCELOS, Eymard Mourão. **Educação Popular**: de uma Prática Alternativa a uma Estratégia de Gestão Participativa das Políticas de Saúde. 2004. Acesso em 25 de julho de 2014. Disponível em http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a05.pdf

Agradecimento

Agradeço a Faculdade de Ciências Aplicadas Doutor Leão Sampaio, seu corpo docente, minha orientadora Woneska Rodrigues, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes.

CONSTRUÇÃO DE PRÁTICAS DE PROMOÇÃO EM SAÚDE JUNTO À COMUNIDADE NO SERTÃO PARAIBANO

Rayanne Rilka Pereira da Silva – Universidade Federal de Campina Grande – Email: rayanne_rilka@hotmail.com
Flavia Paloma Amorim Alves – Universidade Federal de Campina Grande

Edilaine Cristina Martins da Silva - Universidade Federal de Campina Grande
Josefa Mairla Nascimento Silva - Universidade Federal de Campina Grande
Maria Soraya Pereira Franco - Universidade Federal de Campina Grande
Manuella Uilmann Silva da Costa Soares - Universidade Federal de Campina Grande

Palavras-chave: Promoção de saúde. Comunidade. Extensionista.

Resumo

A promoção em saúde éconstituída por um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. É nesse contexto de promoção em saúde que objetivamos relatar a experiência do desenvolvimento do projeto de extensão que apresenta como área de atuação um trabalho desenvolvido e continuado de promoção em saúde junto à comunidade.
Para tanto foi utilizada uma metodologia dinâmica e participativa que oportunizou a interação entre discentes, docentes, profissionais de saúde e usuários. Foram desenvolvidas diversas ações como visita domiciliar para o reconhecimento da dinâmica da população adscrita, palestras, apresentações lúdicas, concretizando assim as ações do projeto junto à comunidade.
Dessa forma o projeto de extensão proporcionou ao usuário um ambiente de edificar conhecimento acerca do processo saúde-doença, bem como, uma experiência aos extensionistas tornando-os profissionais mais capacitados para atuar junto à população fortalecendo o desenvolvimento da educação em saúde.

Introdução

A Promoção da Saúde é uma das estratégias do setor saúde para buscar a melhoria da qualidade de vida da população. Seu objetivo é produzir o funcionamento compartilhado entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e de outros setores, produzindo autonomia e co-responsabilidade, visando a qualidade de vida e a redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde relativos aos seus determinantes e condicionantes. (Politica Nacional de Promoção a Saúde 2006).
Segundo Ceolin et al (2009) a promoção de saúde é uma prática desenvolvida junto a grupos sociais por uma equipe interdisciplinar, envolvendo ações entre os sujeitos sociais, através de práticas dialógicas e estratégicas. Nesse sentido, o diálogo e a troca de experiências possibilitam articular as dimensões individual e coletiva do processo educativo, de forma a compreender o outro como sujeito detentor de um determinado conhecimento, o que requer envolvimento e respeito às opiniões e à realidade de cada pessoa.
Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população (PNPS 2006).
O respeito aos saberes e conhecimentos de cada um permite uma construção compartilhada de conhecimento, bem como de formas de cuidado diferenciadas, de acordo com a necessidade e a realidade vivenciada, construída através da relação entre o senso comum e o conhecimento científico. Além disso, possibilita a conquista de maior autonomia pelos usuários na tomada de decisões quanto a sua própria saúde, influenciando de forma positiva a qualidade de suas vidas (CEOLIN et al 2009).
Souza et al (2005) diz que na promoção da saúde, o trabalho em grupo possibilita a quebra da relação vertical que, tradicionalmente, exite entre o profissional de saúde e o sujeito da sua ação, sendo esta uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, exprectativas, angustias e circunstâncias de vida que tem algum impacto na saúde de indivíduos e de grupo.
Assim, torna-se importante investigar o conhecimento, a atitude e a prática que permeiam este campo, desde a perspectiva da formação acadêmica passando pela prática profissional e os impactos nos modos de vida da população. Por conhecimento entende-se a habilidade em recordar, aplicar e emitir conceitos sobre fatos específicos, dentro do sistema educacional do qual o indivíduo faz parte. A atitude é essencialmente ter opiniões, sentimentos, crenças dirigidos à um objetivo, pessoa ou situação (BRITO et al 2014).

Metodologia

A estratégia metodológica usada para alcançar o objetivo do nosso trabalho, foi de estrutura dinâmica e participativa que favoreceu o envolvimento entre discentes, docentes, profissionais de saúde e usuários na perspectiva da construção de saberes e fazeres ao nível da comunidade construindo, dessa forma, a cidadania.
As ações educativas foram desenvolvidas na Vila do Brejo, localidade pertencente à cidade de São João do Rio do Peixe (PB). Esse município não apresenta uma boa estrutura, por ser uma região carente de muitos recursos e que nos mostra a necessidade ainda maior do acolhimento desses usuários, na tentativa de melhoras e/ou diminuir freqüência de certas enfermidades, incentivando o auto-cuidado através de uma promoção em saúde eficaz e efetivo junto à comunidade assistida.
Diante disso, usamos as ações educativas com o intuído de concretizar nosso objetivo, realizando visita domiciliar, oficinas, palestras, apresentações lúdicas e distribuições de impressos. Sempre trabalhando com uma linguagem adequada e imagens para facilitar a compreensão e elevar o aproveitamento dessas ações pelos usuários. A realização dessas ações educativas possibilitou a capilarização das ações concretas do projeto para com a comunidade, atingindo dessa forma uma maior numero de pessoas.

Resultados e Discussão

Dentre as atividades desenvolvidas no município, foram realizadas visitas domiciliares, em que bolsista e voluntários visitaram as famílias da área adscrita. Estas visitas, por sua vez, facilitaram a compreensão da dinâmica da comunidade através do contato com estas famílias, conhecendo a comunidade focando na complexidade da vida e do espaço geográfico, além da organização familiar identificada, possibilitando a compreensão do que eles entendem sobre o processo de adoecimento, serviços de saúde, direitos e deveres enquanto usuários do serviço, bem como suscitou o desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade no cuidado com a saúde.
Nestas visitas domiciliares também foi possível identificar o perfil sócio epidemiológico do território, por meio do reconhecimento da área. Pode-se então reconhecer o diagnóstico situacional da área, em que observamos que se tratava de uma zona periférica da cidade na qual a maioria da população vive em precárias condições de vida, onde falta saneamento básico adequado, ruas pavimentadas e sistema de tratamento de água e de lixo.
Nesse contexto para Araújo et al. (2000), o cuidado dispensado à saúde no domicílio propicia a equipe de saúde da família a inserção no cotidiano do cliente; identificando demanda e potencialidades da família, em um clima de parceria terapêutica.
No contexto das ações educativas no decorrer do projeto foi possível conhecer os problemas de saúde que as famílias identificam e reconhecem como prioritários, as causas destes problemas segundo o entendimento delas, os recursos que mobilizam para tratá-los e a avaliação que fazem acerca da eficácia destes recursos, identificando os limites e possibilidades de intervenção do conhecimento científico

para ajudar na identificação dos problemas e na sua superação mediante ações de saúde e a importância das ações integradas das diversas áreas de conhecimento e das diversas instâncias institucionais para produzir saúde em seu conceito ampliado, realizando a síntese entre o conhecimento e a intervenção sobre os problemas de saúde na comunidade.
A partir dessa perspectiva essas ações tiveram como foco principal a educação e promoção em saúde, por meio dos seguintes subtemas: Nutrição; Saúde Bucal; Hipertensão; Diabetes; Educação em Saúde nas doenças de enfoque à saúde da mulher e outras doenças crônicas não transmissíveis. Além disso, houve distribuição de impressos educativos elaborados pelos estudantes bolsista e voluntários, com conteúdo relacionado aos subtemas da ação.
Com isso a realização desses processos educativos e de promoção em saúde possibilitou a distribuição das ações concretas do projeto junto à comunidade, promovendo também o fortalecimento do vínculo entre a instituição e a comunidade, possibilitando a esta um acompanhamento diferenciado.

Conclusão

As ações realizadas pelo projeto proporcionaram conhecer o usuário como um sujeito portador de um saber sobre o processo saúde-doença-cuidado, capaz de estabelecer uma interlocução dialógica com o serviço de saúde e a Universidade e de desenvolver uma análise crítica sobre a realidade e o aperfeiçoamento das estratégias de luta e enfrentamento, permitindo dessa forma construir e reconstruir seus caminhos de cidadania.
Porem sabe-se que a assistência à família como unidade de cuidado a saúde implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas dificuldades e seus esforços para dividir responsabilidades. Diante disso, ficou evidente a relevância do empenho e engajamento tanto individual como coletivo de todos os membros da equipe do projeto que tinha como um dos fundamentos transportar saberes e conhecimentos, expandindo-os até a comunidade, como também trazer conosco conhecimentos advindos desta comunidade.

Referências

ARAÚJO. M. at al. Saúde da Família: Cuidado no domicílio. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n. especial, p.117-122, 2000.

BRITO,D.B.O; AZEVEDO,L.N; HORTA,N.C; BERNARDES,N.O; TAITSON,P.F; ALVES,V.F.N. Conhecimento, atitude e prática sobre promoção de saúde. Enferm. Rev, 2014.

SOUZA, A.C; COLOME, I.C.S; COSTA, L.E.D; OLIVEIRA, D.L.L.C. A educação e, saúde com grupo na comunidade: uma estratégia facilitadora da promoção de saúde. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre (RS) 2005

BRASIL, Política Nacional de Promoção de Promoção da Saúde. Ministério da Saúde – Secretaria de Vigilância em Saúde, Brasília, 2006.
WESTPHAL, M. F. Promoção de Saúde e prevenção de doença. In CAMPOS, G. W. S. et all (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC; Rio de janeiro: editora Fiocruz, 2006.

RODRIGUES, Carol Cardoso & RIBEIRO, Kátia Suely Queiroz. Promoção da saúde: a concepção dos profissionais de uma unidade de saúde da família, in *Trabalho, Educação e saúde*, vol.10 nº 2 ,Rio de Janeiro jul./out. 2012

CONSTRUÇÃO DE UMA REDE DE VIGILÂNCIA À VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE MARACANAÚ: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Felipe Coura Rocha (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará (UECE) – (felipe_essence@hotmail.com)
Jamille Cavalcante de Oliveira – Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Gabriel Vitor Acioly Gomes – Universidade Estadual do Ceará (UECE)
Maria Irismar de Almeida – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Inês Dolores Teles Figueiredo (Orientador) – Secretaria de Saúde de Maracanaú

Palavras-chave:Rede de Vigilância à Violência. PRO-PET-Saúde. Maracanaú. Saúde Pública.

Resumo

Este trabalho foi desenvolvido a partir da experiência dos estudantes doPrograma de Educação pelo trabalho para a Saúde (PRO-PET-SAÚDE) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) que, em Maracanaú, trabalha com a Rede de Vigilância à Violência. Esse projeto conta com a participação de uma equipe multidisciplinar composta por estudantes e profissionais das áreas da saúde, como enfermagem, nutrição, psicologia, medicina e serviço social. O objetivo do trabalho consiste em relatar a experiência de tais estudantes na realização da Oficina Rede de Vigilância à Violência, que foi proposta à profissionais e gestores dos diversos setores da saúde e demais secretarias de Maracanaú. Através da realização desta oficina, os profissionais participantes se sensibilizaram com a proposta de criação de uma Rede de Vigilância à Violência no município de Maracanaú, comprometendo-se a colaborarem na coleta de dados, com base nas fichas de registro de acidentes e violência em cada serviço de saúde, bem como também se disponibilizaram a participar de futuras oficinas e reuniões para discussão da problemática da violência dentro e fora dos serviços de saúde.

Introdução

O presente trabalho foi estruturado a partir da realização de uma oficina intitulada “Redes de Apoio”, parte de um projeto maior de pesquisa e intervenção que tem por objetivo implantar uma rede de vigilância à violência no município de Maracanaú. Este projeto é vinculado ao PRO-PET-Saúde da UECE, e conta com um grupo composto por um tutor, seis preceptores e doze alunos bolsistas de distintos cursos da área da saúde.

A oficina teve por intuito aproximar diferentes gestores e profissionais dos serviços de saúde do município de Maracanaú, como os Centros de Apoio Psicossocial (CAPS), Gerentes de Áreas de Vigilância à Saúde (AVISAS), Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a Secretaria de Assistência Social (SASC), o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), o Conselho Tutelar e a Secretaria de Educação, visando discutir a questão da violência e seus impactos dentro da rede de saúde de Maracanaú. A relevância de espaços como este, que busquem trabalhar a temática da violência junto aos serviços de saúde, mostra-se no sentido de promover reflexões a respeito da complexa realidade da violência, que interfere diretamente no processo de saúde-doença da população. Os serviços de saúde recebem de forma frequente casos de pessoas vítimas de diversos tipos de violência, o que torna necessário à abertura de espaços de diálogos para troca de experiências, busca por soluções e pactuações dos serviços de saúde a respeito de estratégias de vigilância à violência, objetivando assim a formação de uma rede integrada.

O projeto de implantação de uma Rede de Vigilância à Violência em Maracanaú se torna uma proposta relevante para tentar amenizar a problemática da violência dentro deste município. No conceito utilizado por Castells (2000; apud NJAINE et al., 2007), uma Rede seria um conjunto de nós que se encontram interconectados e que podem se expandir infinitamente, formando novos nós. Esses nós configuram e determinam os fluxos de informação e comunicação existentes entre essas conexões.

A construção de redes se apresenta como uma tarefa complexa, exigindo a implementação de tecnologias que qualifiquem os encontros entre diferentes serviços, especialidades e saberes. Dessa forma, o Ministério da Saúde (2009) ressalta que “é preciso também garantir que a ampliação da cobertura em saúde seja acompanhada de uma ampliação da comunicação entre os serviços, resultando em processos de atenção e gestão mais eficientes e eficazes, que construam a integralidade da atenção”.

Os nós da Rede de Produção de Saúde, de acordo com o MS (2009), são formados pelos seguintes elementos: a) Sujeitos e subjetividades; b) Equipe de trabalho; c) Os serviços e a rede de atenção; d) Redes e territórios. Portanto, é importante destacar ainda que:

> As equipes de trabalho devem funcionar como “nós” que se comunicam entre si, constituindo uma rede dentro de um mesmo serviço, criando formas democráticas para planejar e avaliar o trabalho. O fortalecimento de uma equipe de trabalho deve caminhar em direção a outras equipes, ampliando e qualificando as suas ofertas à medida que consolidam uma rede integrada e cooperativa.” (Ministério da Saúde, 2009, p. 29).

Dessa forma, evidencia-se a importância de se trabalhar a problemática da violência em forma de uma Rede integrada, pois por se tratar de um fenômeno complexo e multideterminado, a violência e seus desdobramentos se revelam constantes no contexto de vários serviços de saúde. A Organização Mundial de Saúde - OMS (2002) define violência como “uso intencional da força ou poder em uma forma de ameaça ou efetivamente, contra si mesmo, outra pessoa ou grupo ou comunidade, que ocasiona ou tem grandes probabilidades de ocasionar lesão, morte, dano psíquico, alterações do desenvolvimento ou privações”.

A violência é um problema social que se alastra por todo o mundo, atingindo pessoas de diferentes culturas e classes sociais. Este fenômeno é multideterminado por fatores históricos, culturais, políticos, ideológicos e de desigualdades sociais. Segundo Bonamigo (2008), “as violências urbanas dizem respeito a uma série de eventos vinculados à contemporaneidade, com variadas motivações, contextualizadas em diferentes espaços, o que conduz à necessidade de abranger, nas investigações sobre este tema, a diversidade e a multiplicidade que o compõe”.

Há certa dificuldade para se analisar o sentido etiológico de violência, uma vez que existem questões históricas e culturais que influenciam na forma de perceber um ato como violento ou não. Portanto, o termo não pode ser definido independentemente de critérios e de pontos de vista, os quais podem ser institucionais, jurídicos, sociais e até pessoais. Na sociedade atual foram incorporadas outras categorias na classe de violência que até então não eram considerados como tal, permitindo modificações na forma de percepção frente a novos tipos de violências, como: discriminação por cor, sexo, idade, etnia, religião, orientação sexual, exclusão ou humilhação (BONAMIGO, 2008).

Com relação à tipologia da violência, pode-se compreendê-la em três amplas categorias, de acordo com as características daqueles que cometem o ato violento: a) violência autodirigida (comportamento suicida e agressão auto infligida); b) violência interpessoal (violência de família ou de parceiros íntimos e violência na comunidade); c) violência coletiva (violência social, política e econômica). Quanto se fala de natureza dos atos violentos, então surge uma diversidade bem maior, como física, sexual, psicológica, negligência, abandono, financeira, dentre outras (DAHLBERG; KRUG, 2007).

A violência passa a se tornar um tema relacionado à saúde por ela estar associada à qualidade de vida; podendo ser percebida pelas lesões físicas, psíquicas e morais que acarreta e pelas exigências de atenção e cuidados dos serviços médico-hospitalares. Amparado pela concepção ampliada do conceito de saúde, tendo com referência as diretrizes da OMS, esta é considerada como determinada por fatores relacionados com bem estar físico, mental, social e espiritual dos indivíduos (MINAYO, 2004; apud SACRAMENTO; REZENDE, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (2005), embora não seja, em si, um problema de saúde pública, a violência gera consequência que refletem diretamente nos serviços públicos de saúde. Isso acontece porque afeta a saúde individual e coletiva e exige, para sua prevenção e tratamento, formulação de políticas específicas e organização de práticas e de serviços peculiares ao setor. Dessa forma:

Os danos, as lesões, os traumas e as mortes causados por acidentes e violências correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. Causam prejuízos econômicos por causa dos dias de ausência do trabalho, pelos danos mentais e emocionais incalculáveis que provocam nas vítimas e em suas famílias e pelos anos de produtividade ou de vida perdidos. Ao sistema de saúde, as consequências da violência, dentre outros aspectos, se evidenciam no aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos que a maioria dos procedimentos médicos convencionais (Ministério da Saúde, 2005, p. 10).

Um problema relevante na prevenção da violência é a falta de preparo dos profissionais, da área da saúde a afins, para identificar indícios de violência em determinados casos, principalmente quando a vítima está sofrendo ameaças e o agressor é alguém da família ou próximo desta. Sacramento e Rezende (2006) destacam a importância de que a situação de violência enunciada seja acolhida, qualificada e tratada com respeito, ética e sigilo. Desde a década de 1980, a área da saúde pública tem desempenhado um crescente papel positivo a esse respeito. Um grande número demédicos, pesquisadores e sistemas da saúde pública têm se dedicado à tarefa de compreender as raízes da violência e à sua prevenção (DAHLBERG; KRUG, 2007).

Diante do exposto, fica evidente a importância de se criar estratégias de prevenção e enfrentamento da violência, e de se compartilhar discussões, possibilidades e propostas de intervenção no sentido de fortalecer uma rede de vigilância à violência. Deste modo, o presente trabalho mostra-se relevante por acrescentar diálogos e interlocuções à temática, além de proporcionar uma maior compreensão dos desafios e das possibilidades de atuação integrada em rede, no que tange ao combate e prevenção da violência.

Metodologia

A oficina “Redes de Apoio” foi um dos encontros organizados junto aos gestores e profissionais da rede de saúde de Maracanaú. Estes encontros foram, no total, três, e objetivaram estruturar uma rede de vigilância à violência em Maracanaú. No primeiro encontro, foi discutida a questão epidemiológica do município. No segundo momento, foi discutido sobre acolhimento e subjetividade. No último encontro, foi discutido sobre as redes de apoio. Portanto, a metodologia deste trabalho é apresentar e discutir as experiências vividas pelos estudantes na participação e realização do encontro sobre redes de apoio na Oficina Rede de Vigilância à Violência.

O encontro teve início com a realização de uma mesa redonda para discutir o que já vinha sido feito a respeito da violência no município de Maracanaú e na constituição de uma rede de apoio à violência. Esta mesa contou com três profissionais, sendo a Delegada da Mulher do município, o Promotor de Justiçae um oficial da Guarda Municipal de Maracanaú. Após a mesa redonda, foi aberto um momento para discussões. Logo após, houve uma explanação sobre Redes de Apoio e uma discussão acerca do tema “‘nós’ da rede de produção de saúde”, pertencente à cartilha HumanizaSUS – Redes de Produção da Saúde. Para finalizar o encontro, foi aberto para discussão como os diversos setores que ali estavam presentes poderiam contribuir na construção de uma Rede de Apoio à Violência. Foi pensado nas potencialidades já existentes e nas dificuldades que serão enfrentadas.

Assim, começou a ser montado um fluxograma de como os setores poderiam formar uma rede conforme os acordos de cooperação. Também foi acordado de o grupo marcar outros encontros com o intuito de continuar a se pensar a melhor maneira de construir a Rede de Apoio à Violência no município de Maracanaú.

As discussões, propostas e desafios pontuados ao longo da Oficina, assim como as próprias impressões pessoais a respeito do momento, foram registrados pelos alunos do Pro-Pet-Saúde em portfólios. Estes auxiliaram a elaboração deste trabalho e servirão de base também para a organização dos futuros encontros com os profissionais.

Resultados e Discussão

Ao longo da oficina, os gestores e profissionais representantes dos serviços de saúde de Maracanaú participaram ativamente das discussões. Por meio de questões, apontamentos e relatos de suas experiências, os participantes da oficina enriqueceram o momento e trouxeram aspectos práticos essenciais para a consolidação de uma rede de vigilância à violência. No entanto, foi no momento final do encontro, quando lhes foi pedido sugestões a respeito da concretização da rede, que os profissionais colocaram-se de maneira mais enfática.

Um dos principais pontos ressaltados pelos participantes foi a importância de espaços para discussão e aprendizado ocorrerem com mais frequência. Foi sugerido, portanto, que outras oficinas fossem organizadas, e que diferentes temáticas relacionadas à prevenção e enfrentamento da violência nos serviços de saúde fossem trabalhadas ao longo desses encontros. Alguns dos temas considerados de grande relevância pelos participantes foram: estatuto da criança e do adolescente, do idoso, direitos da mulher, estudos sobre gênero, a importância da notificação e a sensibilização dos profissionais.

Além disso, foram discutidas questões a respeito do encaminhamento de pacientes vítimas de violência. Muitos profissionais relataram a ineficiência deste processo de encaminhamento, que muitas vezes não é realizado de maneira correta por conta da própria falta de preparo dos profissionais ao lidarem com situações como esta. As dúvidas são muitas: para onde encaminhar? Como realizar este encaminhamento? E depois de realizado, seria possível continuar a acompanhar esse paciente ou o contato seria perdido de vez? Foi possível perceber, portanto, o quanto a questão da violência dentro dos serviços de saúde ainda envolve situações para as quais não há um devido preparo dos profissionais.

Por meio das discussões e reflexões desenvolvidas, surgiu também a proposta da realização de atividades junto às escolas da região. O objetivo de tais intervenções seria unir saúde e educação no combate à violência, o que ocorreria por meio da confecção de materiais educativos e da realização de palestra e oficinas também no ambiente escolar. Como ressaltaram alguns profissionais, é perceptível a importância que tem a escola no processo de prevenção e enfrentamento dos diversos tipos de violência. Uma atuação nesse sentido junto aos profissionais da escola e estudantes seria, portanto, de grande proveito.

Embora sejam notórias as dificuldades para a implantação de uma Rede de Vigilância à Violência, relacionadas tanto a aspectos burocráticos, de comunicação entre os serviços e de subnotificações das violências, acredita-se que os objetivos das oficinas para a construção da Rede foram satisfatórios, pois foi possível sensibilizar os profissionais participantes para a importância do trabalho em rede, além de conseguir o comprometimento destes em ajudar no processo de construção da mesma.

Conclusão

A proposta de se criar uma “Rede de Vigilância à Violência” em Maracanaú foi muito bem recebida pelos profissionais que participaram das oficinas e encontros temáticos. Embora a construção dessa Rede ainda esteja em andamento, pode-se considerar que foi possível conseguir uma abertura muito positiva dos profissionais dos serviços de saúde do município, bem como o comprometimento e apoio na construção de uma rede integrada entre os serviços.

A promoção de encontros para se discutir a problemática da violência tem se revelado de grande importância, principalmente por ser um problema que atinge a sociedade como um todo, independente de classe social, gênero ou cor de pele. Seja nos serviços públicos ou privados, essa realidade tem sido notória entre diversos campos sociais que se cruzam, como a escola, os serviços de saúde (hospitais, postos de Atenção Básica, etc.), espaços de lazer e mesmo as residências de moradia.

Portanto, projetos que visem a prevenção e vigilância da violência devem ser cada vez mais discutidos e valorizados em relação às políticas públicas, uma vez que trabalhar em uma perspectiva de evitar comportamentos de violência gera menos gastos para a saúde pública, mais qualidade de vida para a população e abre possibilidade para se pensar em uma sociedade fortalecida de por vínculos comunitários que visem uma cultura de paz, respeito e dignidade.

Referências

BONAMIGO, Irme Salete. *Violências e Contemporaneidade*. *Rev. Katál. Florianópolis v. 11 n. 2 p. 204-213 jul./dez. 2008.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Redes de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS*. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

DAHLBERG, Linda L.; KRUG, Etienne G. *Violência: um problema global de saúde pública*. Ciência & Saúde Coletiva, 11 (Sup): 1163-1178, 2007.

NJAINEL, Kathie, et al. *Redes de prevenção à violência: da utopia à ação*. Ciênc. saúde coletiva vol.11 (sup): 1313-1322, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Genebra, 2002.

SACRAMENTO, Lívia de Tartari; REZENDE, Manuel Morgado. *Violências: lembrando alguns conceitos*. Aletheia, n.24, p.95-104, jul./dez. 2006.

Agradecimentos

Agradecemos aos gestores e profissionais do município de Maracanaú que contribuíram efetivamente para o sucesso das nossas atividades, envolvendo-se no processo e pelo comprometimento na continuidade das ações. Aos convidados que prontamente aceitaram em colaborar neste processo, e a Universidade Estadual do Ceará pelo incentivo e apoio neste projeto.

CONSTRUÇÃO DE UMA TECNOLOGIA EDUCATIVA: ENFOQUE NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO.

Isabella Lima Barbosa – UNIFOR- isabellaecampelo55@hotmail.com
Daniella Barbosa Campos - UNIFOR
Aline Albuquerque Barros- FANOR
Patrícia Moreira Collares – UFC
Anna Paula Sousa da Silva – Fanor

Raimunda Magalhães da Silva (Orientador) – Unifor

Palavras-chave: Tecnologia educacional, Pré-natal, Gestantes.

Resumo

O acompanhamento pré-natal visa assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável. Atualmente, acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.O desenvolvimento desta pesquisa centra-se na possibilidade de proporcionar conhecimento as gestantes, através de uma tecnologia educativa. Nesse contexto objetivou-se construir uma tecnologia educativa para gestantes com enfoque no pré-natal. Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde da Regional VI, com 15 gestantes. Os dados foram coletados através de um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões objetivas e subjetivas. A análise de dados se deu pela técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin. Os aspectos éticos forasm respeitados. Das15 entrevistadas a faixa etária permeou entre 12 a 31 anos, procedentes de Fortaleza/CE. 33,3% eram solteiras. Em relação ao suporte informativo para esclarecer dúvidas, 66,6% procuraram em jornais, revistas, internet, profissionais de saúde acerca da gestação para esclarecimento de maiores dúvidas. Ficou visível no estudo as dúvidas que surgem durante esse período da vida da mulher, identificado através da seguinte fala *'tinha dúvidas sobre minha urina amarelada, cólicas, tonturas, porém todas foram esclarecidas''*.Conclui-se que as gestantes assistidas na comunidade, precisam se tornar mais esclarecidas, seguras e menos ansiosas, considerando que a partir da criação de uma tecnologia educativa a ser criada serão abordados os assuntos de relevância para elas vivenciados no processo relacionado ao pré-natal, parto e puerpério.

Introdução

A gravidez é um momento de alterações físicas e emocionais em que o casal confronta o medo e as expectativas de se tornarem pais. Por esse e outros motivos o acompanhamento pré-natal é essencial para garantir uma gestação saudável e um parto seguro e também para esclarecer as dúvidas das futuras mães.

Duncan, (2004), aponta que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. Atualmente, acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

A assistência pré-natal de qualidade inclui o fornecimento de suporte necessário para que a gestante possa vivenciar, de forma ativa e autônoma, um processo que é singular na vida da mulher (BRASIL 2000).

O Ministério da Saúde em 1984 criou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços embasados na equidade e integralidade da atenção, com o intuito de promover melhorias nas condições de vida e saúde da mulher brasileira, garantindo acesso aos meios de serviço de prevenção, promoção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro (BRASIL 2011).

Contudo, mesmo com a criação do PAISM, ainda continuou surgindo questionamentos relacionados à qualidade da assistência à mulher, especialmente no que dizia respeito à assistência ao pré-natal e parto já que os indicadores maternos e perinatais continuavam alarmantes.

Nesse contexto o Ministério da Saúde, compreendendo que a má assistência era resultado da não compreensão dos direitos reprodutivos e a não percepção da mulher como sujeito, criou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN).

O PHPN possui sua regulamentação na Portaria N.º569, de 1º de junho de 2000, que visa reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal. Tem como ponto de partida o Incentivo à Assistência Pré-natal; Organização, Regulação e Investimento na Assistência Obstétrica e Neonatal e uma nova formulação de Pagamento da Assistência ao Parto (SILVA, 2011).

A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, essa deve ser realizada por todos os profissionais que façam parte da equipe de modo que o profissional seja um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, dando-lhe capacidade de enfrentar situações de crises, estresse e tomadas de decisões sobre sua vida e sua saúde (RIOS; VIEIRA, 2007).

O trabalho grupal pode ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois sua construção acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva (REBERTEL, 2005). Sem dúvida, essa técnica de trabalho de grupos promove o fortalecimento das potencialidades individuais e coletivas, a valorização da saúde, a utilização dos recursos disponíveis e o exercício da cidadania, conforme vivencia da autora.

Com isso o curso de gestantes é uma ferramenta utilizada nas unidades de atenção primária, que tem o intuito de orientar, informar, esclarecer e desmistificar as gestantes da importância dos cuidados gerais durante a gestação e o puerpério, reduzindo assim a ansiedade, os receios e medos quando se trata do que fazer e como fazer nessa nova fase vivenciada pela família, que é a chegada de um bebê.

Deve ser um curso voltado para a humanização do cuidado, dosando crenças, mitos e realidade, através de aulas práticas e palestras. Durante o curso as gestantes devem receber esclarecimentos sobre mudanças físicas e emocionais da mulher, nutrição da gestante, desenvolvimento do bebê, parto, amamentação, cuidados com o recém-nascido, entre outros, de forma a empoderar em especial a mãe, de maneira que ela se sinta segura e capacitada nas tomadas de decisões e nos cuidados com o seu bebê.

O desenvolvimento desta pesquisa centra-se na possibilidade de proporcionar conhecimento e qualidade de vida as jovens gestantes, através de uma tecnologia educativa, voltado para o modelo do cuidado e acolhimento na atenção básica, com intuito de facilitar a linguagem e o contato do profissional de saúde e usuária do serviço.

O interesse sobre a pesquisa surgiu através da afinidade com a temática e por se fazer necessário a persistência dos profissionais de enfermagem na implementação de tecnologias leves que visem a melhoria das ações educativas no pré-natal e que tenha seu papel reconhecido nesse contexto.

Espera-se deste estudo uma contribuição direta para a população investigada, através da implementação de uma tecnologia educativa centrado na gestante em assistência pré-natal na atenção básica. A relevância deste estudo para comunidade científica está na importância de divulgar ações promotoras de saúde para gestantes em diversos contextos.

Sendo assim, o intuito da construção de uma tecnologia educativa visa a promoção, manutenção e recuperação da saúde, suprindo suas carências em educação e saúde, que se constituem funções da enfermagem. Sabendo-se que tais atividades de educação em saúde são recursos que permitem a aproximação entre profissionais e receptores, além de contribuírem para a prática da assistência humaniza, tentando assim minimizar ou retirar todas as suas dúvidas quanto a esse processo de desenvolvimento do binômio mãe/filho.

Nesse contexto objetivou-se construir uma tecnologia educativa para gestantes com enfoque no pré-natal, parto e puerpério.

Metodologia

Trata-se de estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa.A pesquisa foi realizada em uma Unidade de Atenção Básica de Saúde – UBASF da Secretaria Regional VI, com população estimada de 600 mil habitantes, responsável por 42% da população do município de Fortaleza/CE. Entre os meses de março e abril de 2014.
O público alvo foram 15 gestantes que participaram de um curso para gestantes e eram cadastradas no pré-natal de uma UBASF da Secretaria Regional VI do município de Fortaleza-CE.
Os critérios de inclusão foram mulheres grávidas cadastradas no pré-natal e que estavam realizando o curso de gestantes na instituição onde ocorreu a pesquisa no período estabelecido para o estudo. E critérios de exclusão: mulheres com distúrbios mentais ou que de alguma forma não puderam responder ao estudo.
Foram trabalhados critérios qualitativos de coleta e processamento de dados, aplicando-se um roteiro de entrevista semiestruturado contendo questões objetivas e subjetivas.
Os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, mais especificamente a técnica de análise temática, operacionalizada em três fases (BARDIN, 2009). A pré-análise se constituiu da leitura flutuante das respostas aos questionamentos, onde o recorte das falas e sua categorização possibilitarão determinar as unidades de sentido. Na segunda fase ocorreu exploração do material, a análise é centrada na categorização identificada. O material vagarosamente para determinar os significados apreendidos de cada participante. A terceira fase, ocorreu tratamento dos resultados obtidos e interpretação, onde se buscou refletir as temáticas identificadas com os estudiosos do assunto. De acordo com os padrões de similaridade e convergência dos significados, classificou-se e se agrupou os dados para construir as temáticas mais adequadas ao estudo, de onde emergiram duas categorias: Quais as dúvidas que surgiram sobre a gestação e como essas dúvidas são retiradas pelos profissionais e qual a importância dessas informações.
O estudo respeitou a resolução CNS Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e que é baseada nos principais documentos internacionais que apresentaram critérios de pesquisas semelhantes.

Resultados e Discussão

CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS:
Foram entrevistadas 15 mulheres com a faixa etária entre 12 a 31 anos, todas procedentes de Fortaleza/CE. Mais de 1/3 eram solteiras, como a gravidez é uma fase de alterações, modificações e não somente físicas, mas mentais e sociais, tanto da mulher quanto do homem. Oliveira (2009) afirma que a gestação pode trazer à tona antigos conflitos de relacionamento com pais, irmãos e outras figuras da família, bem como, do próprio casal, sendo uma relação mais estável, o ideal para viver essa fase da vida. A maioria cursou ou esta cursando o ensino fundamental e mais da metade delas possuem renda familiar de apenas um salário mínimo, que para Oliveira (2009), a baixa escolaridade das mulheres pode estar associada às condições econômicas desfavoráveis.
Em relação aos dado obstétricos, dez estavam na primeira gestação e todas as 15 entrevistadas estavam no 2º trimestre ou mais da gestação. Mais de 50% delas realizaram o pré-natal no terceiro mês, o que não é o ideal, já que a mãe deve tomar o sulfato ferroso e o acido fólico desde o início do primeiro trimestre.
Duncan (2005) aponta que o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. Atualmente, acrescenta-se um sentido mais amplo, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.
Já na questão do suporte informativo para esclarecer suas dúvidas sobre a gravidez, 2/3 procuraram em jornais, revistas, internet, os próprios profissionais de saúde que as acompanhavam acerca de assuntos relacionados à gestação para esclarecimento de maiores dúvidas.
Por fim, 11 das 15 gestantes disseram que a gestação interfere muito ou medianamente, concordando assim com Hoga e Reberte (2007) que alegam que a gestação é um momento permeado por significados diversos e distintos segundo as singularidades da gestante e de sua família. Em mulheres mais jovens, onde muitas vezes não se encontrou a estabilidade financeira desejada, a vivência da gravidez é rodeada por sentimentos de ambivalência diante das inúmeras alterações físicas e emocionais, em mesma proporção das dificuldades enfrentadas por elas, sendo elas cheias de incertezas nos aspectos financeiros, de situação conjugal, profissional e familiar e da mesma forma, em gestantes mais idosas, verifica-se as mesmas correlações.

ABORDAGEM DA GESTAÇÃO PELOS PROFISSIONAIS E AS DÚVIDAS DA GESTANTE:
Fica visível as dúvidas que surgem durante esse período da vida da mulher, período esse de transformações e mudanças físicas e psicológicas. Ao mesmo tempo em que ocorrem as alterações fisiológicas também ocorrem as mudanças psicossocial nela e nos membros da família. Assim, elas acabam enfrentando mudanças importantes não só no estilo de vida como também no papel desempenhado por cada um dentro do âmbito familiar (ALVES, et al., 2009). Temos como dúvidas mais recorrentes o que condiz nas seguintes falas:
Acácia: ‘’tenho medo de aborto, do dia do parto. ‘’
Amarílis: ’’ minhas dúvidas são de acordo com as mudanças do meu corpo. Consigo tirar todas as minhas dúvidas no pré-natal’’.
Azálea: ‘’tinha dúvidas sobre minha urina amarelada, cólicas, tonturas, porém todas foram bem esclarecidas pelo médico e pelos outros profissionais que me acompanharam’’
Camélia: ‘’tinha dúvidas sobre minha pressão, mas sempre bem esclarecidas pelos profissionais. ’’
Entretanto, podemos observar o quão importante os esclarecimentos que a equipe que acompanha a gestante em seu pré-natal fornece, pois assim, mesmo com todas as mudanças que a permeiam, elas podem se sentir mais tranquilas e acolhidas durante esse processo de acontecimento e modificações em sua vida.

IMPORTÂNCIA DAS INFORMAÇÕES FORNECIDAS PELOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE PARA A GESTANTE:
Copo-de-leite: ‘’foi bastante importantes , mudei até minha forma de me alimentar’’;
Cravo: ‘’é muito importante essa retirada de dúvidas e esclarecimento’’;
Dália: ‘’todo esclarecimento é bem vindo’’;
Flor de Laranjeira: ‘’é muito importante as duvidas retiradas pelos profissionais, pois a partir dai podemos nos cuidar melhor e do bebê’’;
Auxiliá-las na compreensão e entendimento desses fatores de mudanças com o intuito de se evitar gestações de risco. É possível uma gestação saudável e termo, através de cuidados e acompanhamentos de profissionais especializados, em especial, através de um bom acompanhamento no pré-natal de forma periódica com início precoce e uma quantidade significante de no mínimo seis consultas (SANTANA, et al., 2010).

Para isso o profissional da saúde, em destaque o enfermeiro, deve acompanhar e conduzir essa gestante para uma gestação com o máximo de segurança possível.
No entanto percebe-se a importância da criação de uma tecnologia educativa ``cartilha`` que servirá como material de apoio a esses profissionais e gestantes, para maiores esclarecimentos e dúvidas a respeito da gravidez e dos cuidados ao bebê durante o puerpério em sua vida.

CURSO DE GESTANTE APLICADA À GESTANTES

O curso foi desenvolvido durante 5 meses, às quartas-feiras em que as aulas aconteciam no horário da manhã (8hs ás 10hs), quinzenalmente em que foram abordados temas mediante as principais dúvidas das gestantes atendidas na unidade de saúde e acolhidas durante a pesquisa em questão.
Segue os temas abordados:
Aspectos legais e direitos na gestação
Importância do Pré-Natal, mudanças fisiológicas na gravidez e principais queixas
Orientações alimentar, atividade física na gravidez
Diabetes Gestacional e Síndromes Hipertensivas: Prevenção e Promoção da Saúde
Abordagem da Saúde bucal na gestação
Cuidados com automedicação: abordagem farmacêutica no período gravídico
Preparo das mamas e Aleitamento Materno
Parto Humanizado e técnicas não invasivas
Púerperio e cuidados com o Recém Nascido
No último encontro foi realizado uma visita na maternidade referência da respectiva regional. Contamos com ajuda de profissionais da respectiva unidade, alunos da Unifor e coordenação.Ressalta-se que a construção do curso se deu a partir dos resultados da pesquisa.

Conclusão

O intuito desse trabalho é que as gestantes assistidas na comunidade, tornem-se mais esclarecidas, seguras e menos ansiosas, considerando que a partir da criação de uma tecnologia educativa a ser criada serão abordados os assuntos de relevância para elas vivenciados no processo relacionado ao pré-natal, parto e puerpério.
Tais gestantes devem ser bem orientadas quanto aos cuidados necessários e as mudanças que ocorrem durante uma gravidez, ter um acompanhamento pré-natal digno e eficaz, além de ter seus anseios e dúvidas minimizados pela adequada atenção dos profissionais de saúde.
Acredita-se que este estudo possa colaborar efetivamente para uma prática profissional atenta às necessidades das gestantes, já que devido às mudanças decorrentes da gravidez, os profissionais de saúde devem estar preparados para prestar assistência adequada a este grupo, possibilitando tornar viável o sonho da maternidade saudável, através da orientação e dos cuidados prestados a saúde dessas gestantes.

Por fim, convém ressaltarmos que, na interação enfermeiro-gestante, é importante a clareza de papéis para que haja alcance de metas, pois ao haver conflitos de papéis, o alcance de metas estará comprometido. Estes resultados reforçam uma preocupação no que diz respeito à forma com que as ações educativas na consulta do pré-natal são realizadas. Então esperamos que os nossos objetivos sejam alcançados e que essas gestantes e familiares possam ser emponderados e se sintam preparados para serem autores de suas próprias decisões e cuidados relativos ao seu bebê.

Referências

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70, LDA, 2009.
BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher :** Princípios e Diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 1. ed., 2.Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual Técnico- Pré-Natal e Puerpério.** Atenção qualificada e Humanizada. 3 ed. Brasília-DF, 2006.
DUNCAN, B. **Medicina ambulatorial:** condutas clinicas em atuação primária. 3° ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005, p.641.
HOGA, Luiza Akiko Komura; REBERTE, Luciana Magnoni. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Rev. esc. enferm.** USP, São Paulo, v. 41, n. 4, dez. 2007 .
MINAYO M. C. S, organizadora. **Pesquisa social**: Teoria, método e criatividade. 31ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2012.
REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura. **O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal.** Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 14, n. 2, jun. 2005 .
SANTANA, F. G. et al. Relação entre a idade materna e condições perinatais no município de Augustinópolis-TO **RevPesq Saúde**,11(3): 35-40, set-dez, 2010.

CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO DE OBJETO VIRTUAL DE APRENDIZAGEM SOBRE ESTOMAS INTESTINAIS DE ELIMINAÇÃO

Cecílio Soares Rodrigues Braga (Apresentador) – Graduando em Enfermagem. Bolsista do PIBIC/CNPq. Universidade Federal do Piauí. E-mail: csrb_8@hotmail.com
Ana Karine da Costa Monteiro – Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.
Moniki de Oliveira Barbosa Campos – Mestranda em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.
Maria Helena Barros Araújo Luz – Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.
Elaine Maria Leite Rangel Andrade (Orientadora) – Doutora em Enfermagem. Universidade Federal do Piauí.

Palavras-chave:estomia, educação a distância, tecnologia educacional, enfermagem.

Resumo

Objetivo: construir e validar um objeto virtual de aprendizagem (OVA) sobre estomas intestinais de eliminação.

Metodologia: pesquisa aplicada, descritiva e quantitativa. Realizada no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014. Participaram oito Estomaterapeutas e oito especialistas em Informática. Contemplou quatro etapas: planejamento; construção/transformação dos conteúdos; desenvolvimento da dinâmica; conclusão e análise. O OVA foi inserido no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) do *Moodle*. Realizou-se validação ergonômica e pedagógica e, destas, formulado um dicionário de dados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 18.0.

Resultados: apreciado satisfatoriamente pelos especialistas, pontuou-se média de notas entre concordância e concordância plena. Sugestões e ajustes acatados.

Conclusão: o OVA sobre estomas intestinais de eliminação surge como facilitador da prática clínica, subsidiando competência teórica para o cuidado aos clientes estomizados e melhorando a qualidade da assistência de enfermagem desse público.

Introdução

O aumento da expectativa de vida e a exposição da população mundial ao tabagismo, sedentarismo, alimentação não saudável e álcool, contribuíram significativamente para o maior risco de desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT).[1]

No Brasil, as DCNT são responsáveis por 72% dos óbitos, destacando-se entre elas o câncer (16,3%). Estimativas apontam a ocorrência de aproximadamente 518.510 novos casos de câncer, sendo que desses 14.180 serão de câncer do cólon e reto em homens e 15.960 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 15 casos novos a cada 100 mil homens e 16 a cada 100 mil mulheres. No estado do Piauí, região Nordeste do Brasil, essa estimativa é de 4,96 casos para cada 100 mil homens e 3,48 a cada 100 mil mulheres, representando 33% e 21%, respectivamente, da estimativa nacional.[1,2]

O câncer colorretal é a causa mais comum de confecção de estomas de eliminação intestinal (colostomia ou ileostomia), seguido do trauma, doenças inflamatórias do intestino, polipose adenomatosa familiar e processos inflamatórios agudos tais como a diverticulite.[3] As estomias Intestinais (colostomia e ileostomia) são resultantes de intervenções cirúrgicas que podem ser realizadas, tanto no intestino grosso como no delgado e consistem na exteriorização de um segmento intestinal, através da parede abdominal, criando uma abertura artificial denominada estoma para a saída de fezes e flatos.[4]

No Brasil, cerca de 33.864 pessoas são estomizadas e a Portaria 400/09 que trata da atenção à saúde dessa clientela destaca a promoção da educação de profissionais sobre essa temática em todos os níveis de atenção a saúde para adequada assistência às pessoas com estomias.[4,5]

Diante desse contexto, o enfermeiro encontra na prática clínica pessoas que possuem estomas intestinais de eliminação devendo, portanto ser capaz de assistir essa clientela, fortalecendo o seu autocuidado e a sua reinserção na sociedade. Mas, estudos apontam a falta de conhecimento entre os enfermeiros sobre estomas intestinais de eliminação, devido principalmente a formação insuficiente em relação à temática na graduação e a inexistência de programas de educação permanente após se formarem.[6,7,8]

A literatura destaca os Objetos Virtuais de Aprendizagem (OVAs) que são “todo o tipo de mídia utilizada no processo de ensino e aprendizagem a distância (vídeos, áudios, fóruns de discussão, ambientes simulados, entre outros)” como uma estratégia eficaz para apoiar o ensino de alunos de graduação e enfermeiros da prática clínica e até mesmo para aumentar o envolvimento do cliente no autocuidado do estoma.[9,10,11,12,13]

No cenário internacional, muitos autores já reportaram o uso dos OVAs no ensino de clientes, estudantes de enfermagem e enfermeiros da prática clínica sobre estomas intestinais de eliminação[8,13,14]. No Brasil, nenhum estudo utilizou os OVAs para o ensino dessa temática, sendo portanto necessárias pesquisas dessa natureza.

Os OVAs são tecnologias que podem promover o aprendizado autônomo e a difusão de práticas baseadas em evidências sem interferências geográficas ou temporais e por isso, podem beneficiar alunos de graduação em enfermagem e enfermeiros da prática clínica, na formação da competência para o cuidado de clientes estomizados, contribuindo significativamente para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem desse público.

Frente ao exposto, o presente estudo teve por objetivo construir e validar um objeto virtual de aprendizagem sobre estomas intestinais de eliminação.

Metodologia

Em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de estudos envolvendo seres humanos, esta pesquisa teve aprovação de um Comitê de Ética (Protocolo nº 17831113.4.0000.5214).

Para construção e validação do Objeto Virtual de Aprendizagem (OVA) foram utilizadas as etapas de Planejamento (Etapa 1), Construção/Transformação dos Conteúdos (Etapa 2), Desenvolvimento da Dinâmica (Etapa 3) e Conclusão e Análise (Etapa 4).[15]

Na Etapa 1 foram definidos título, objetivos, conteúdos, cronograma, ferramentas de interação síncronas e assíncronas, método de avaliação e público-alvo.

Na Etapa 2 um webmaster do NEAD criou o OVA que foi hospedado no ambiente virtual de aprendizagem (AVA) do Moodle. Após professores, alunos de Graduação e Pós-Graduação construíram os conteúdos considerando as recomendações das Diretrizes internacionais para o cuidado e tratamento de clientes com estomia[16,17], transformaram e inseriram no AVA e por último, foram realizados testes de acesso e inscritos os especialistas em Estomaterapia e Informática que fizeram a validação.

Na Etapa 3 o OVA foi ofertado aos especialistas em Estomaterapia e Informática. E, na Etapa 4 foram realizadas as validações ergonômicas (adequação da integração das mídias, funcionamento de links, forma de visualização e grau de liberdade de navegação) e pedagógicas (adequação dos objetivos e conteúdo propostos ao público-alvo), bem como backup e relatórios.

Participaram da validação 08 especialistas em Informática com graduação em Informática e 08 especialistas em Estomaterapia com pelo menos um ano de experiência clínica na área, selecionados por conveniência na Plataforma Lattes. Os estomaterapeutas realizaram avaliação ergonômica e pedagógica e os especialistas em Informática somente avaliação ergonômica, por não possuírem domínio do conteúdo.

Para realizarem a validação os especialistas receberam por e-mail carta convite, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), instrumento de caracterização e de validação ergonômica e pedagógica adaptado da literatura.[18,19]. O instrumento de validação ergonômica contemplava 23 itens. Doze relacionados à navegação, seis a legibilidade, quatro a mídias e um a impressão. Já o instrumento de validação pedagógica contemplava 19 itens. Dezessete relacionadas ao conteúdo e dois aos objetivos. Para cada um dos itens o especialista deveria selecionar uma resposta considerando a seguinte escala: (1) discordo plenamente, (2) discordo, (3) concordo, (4) concordo plenamente. Na escolha dos valores (1) e (2) deveria incluir justificativa. Após darem sua anuência por meio do TCLE assinado, foram inscritos no Moodle e Nome de usuário e senha de acesso ao AVA foram enviados para eles por e-mail. Ao término da validação deveriam retornar via e-mail para o pesquisador o instrumento respondido.

Os dados obtidos das validações foram codificados para elaboração de um dicionário de dados. Após, transcritos, com o processo de dupla digitação, utilizando-se planilhas do aplicativo Microsoft Excel. Uma vez corrigidos os erros os dados foram exportados e analisados no programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 18.0. Estatísticas descritivas do tipo frequências, porcentagens, médias e desvio padrão foram calculados e os resultados apresentados por meio de Figuras e Tabelas.

Resultados e Discussão

O OVA intitulado "estomas intestinais de eliminação" foi disponibilizado no endereço eletrônico: http://ead.uninovafapi.edu.br e organizado em sete Unidades (Figura 1). Duas Unidades foram consideradas introdutórias (ambientam e apresentam para o público-alvo: tutores, objetivos, conteúdos, cronograma de atividades, ferramentas de interação e métodos de avaliação do OVA) e as demais que tratavam do conteúdo.

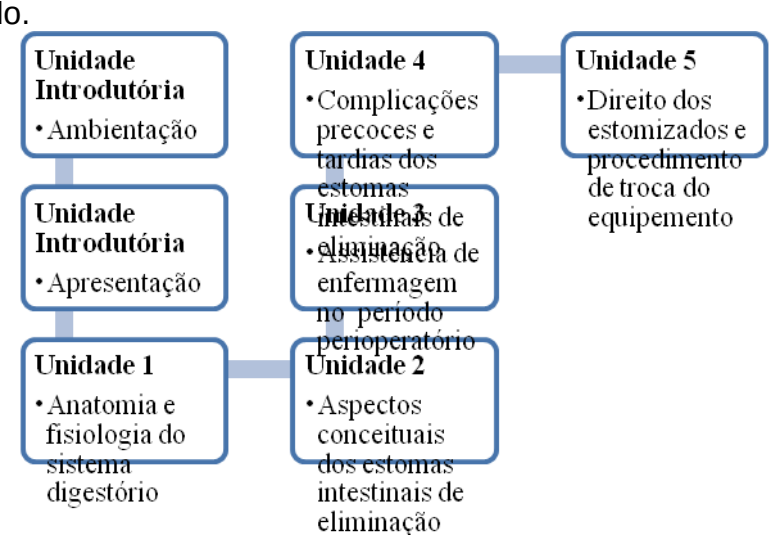


Figura 1. Representação gráfica do OVA "estomas intestinais de eliminação". Teresina, 2014.

Todas as Unidades tinham a mesma estrutura: conteúdo, objetivos, vídeos, material instrucional, fóruns de discussão e exercícios *Hot Potatoes* do tipo palavras cruzadas (Figura 2).

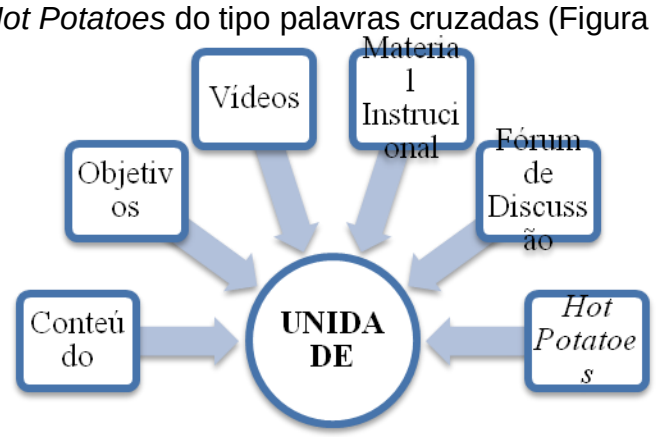


Figura 2. Unidades do OVA "estomas intestinais de eliminação". Teresina, 2014.

A validação ergonômica (Navegação, Legibilidade, Mídias e Impressão) dos especialistas em Estomaterapia e Informática é apresentada a seguir. Em relação à navegação, a maioria dos itens validados pelos especialistas em Estomaterapia e Informática obteve média superior a três (concordo). No entanto, um item validado pelos especialistas em Informática teve nota média abaixo de três (concordo) – "O OVA leva cinco segundos ou menos para carregar" 2,57 (s=0,98).

No que se refere à legibilidade, todos os itens validados por especialistas em Estomaterapia obtiveram concordância positiva (notas médias superior a três). Houve discordância (nota média menor que três) por parte dos especialistas em Informática em "A interface é bem elaborada?" 2,88 (s=0,83) e, nas demais, notas médias iguais ou superiores a três (concordo).

Mídias e impressão foram pontuadas com notas médias iguais ou superiores a três (concordo) por ambos os especialistas.

Na validação pedagógica, os 17 itens relacionados ao conteúdo obtiveram média igual ou superior a três (concordo). No que diz respeito aos objetivos, verificou-se concordância positiva (média superior a três) em seus itens.

O total das médias da navegação, legibilidade, mídias, impressão, conteúdo e objetivos referentes à validação dos especialistas em Estomaterapia e Informática foram iguais ou superiores a três (concordo). Todavia, nenhum item foi validado com concordância plena (média igual a quatro).

Achado significativo na navegação relacionado ao tempo de carregamento do OVA remete a prováveis problemas técnicos durante o acesso pelos usuários. Estudos têm demonstrado que tais problemas comprometem a satisfatória aprendizagem virtual, levando à frustração do aluno. Há, então, a necessidade de rever os recursos e ferramentas implementados de modo a simplificar os procedimentos técnicos e maximizar a visibilidade e aproveitamento dos conteúdos.[3,19,20]

A legibilidade, adequação as mídias e o suporte de impressão são componentes fundamentais na apresentação do OVA "estomas intestinais de eliminação". Legibilidade é propriedade desejável para este tipo de produto em consonância com a NBR 9241-11.[21] Especialistas em Informática sugerem revisão da interface utilizada, nota média inferior a três (discordo), no que concerne a arranjos de menu e seções visando sua melhor compactação. Uma interface bem elaborada proporciona um manuseio bem mais fácil e proveitoso do AVA.[22]

Concordância positiva (média geral superior a três) pelos especialistas no quesito as mídias refletem o diferencial da aprendizagem virtual, apresentar conteúdos de forma agradável. A inserção das mídias promovendo interação e reflexão de maneira dinâmica e progressiva.[20] A possibilidade de impressão apóia a aprendizagem ao passo que, alia-se material impresso à tecnologia disponibilizada online.

A validação do conteúdo do OVA com médias superiores ou igual a três (concordo) é reflexo de sua apresentação em consonância com os objetivos da proposta, sendo sua confiabilidade reconhecida por meio de referências pertinentes e atualizadas.

A inexistência de média de notas igual a quatro, concordância plena, nos itens da validação do OVA "estomas intestinais de eliminação" reforça a necessidade de seu aprimoramento constante de modo a contemplar todas as exigências impostas e, alcance satisfatório de seus objetivos.

Conclusão

Considera-se como limitação do estudo o número restrito de avaliadores, indisponibilidade de maior contingente destes no período estipulado, na validação do OVA “estomas intestinais de eliminação”. A amostra de especialistas, aqui utilizada, atingiu apenas o mínimo exigido para validação de produtos digitais como esse – oito especialistas de cada área.[23] A necessidade de equipe de suporte em Informática para conclusão de etapas propostas na metodologia também foi fator limitante, associados a tempo exíguo para produção e validação.

A validação ergonômica e pedagógica possibilita, após alterações sugeridas pelos especialistas, que o OVA seja implementado na graduação em enfermagem e educação permanente de enfermeiros da prática clínica. Tal implementação contribui significativamente para a melhoria da assistência de enfermagem a esse contingente populacional.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/ Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.148 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).
2. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa de câncer no Brasil 2012**. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>. Acesso em: 19 de maio de 2013.
3. WOUND, OSTOMY, AND CONTINENCE NURSINGS SOCIETY (WOCN). **Management of the patient with a fecal ostomy: best practice guideline for clinicians**. Mount Laurel (NJ): Wound, Ostomy, and Continence Nursings Society (WOCN). 2010.
4. Brasil. Ministério da Saúde, Secretária de Atenção à Saúde. **Portaria n°400 de 16 de novembro de 2009**. Disponível em: <http://www.mp.rs.gov.br/areas/dirhum/arquivos/p_sas_400_2009_ostomizados.pdf>.Acesso em: 19 de maio de 2013.
5. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OSTOMIZADOS (ABRASO). **Situação de estomizados no Brasil**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.abraso.org.br/estatistica_ostomizados.htm>. Acesso em: 15 de jan. de 2013.
6. ARDIGO, F. S.; AMANTE, L. N. Conhecimento do profissional acerca do cuidado de enfermagem à pessoa com estomia intestinal e família. **Texto contexto - enferm**., v. 22, n. 4, p. 1064-71, 2013.
7. POGGETO, M. T. D., et al. Conhecimento do profissional enfermeiro sobre ileostomia na atenção básica. **Rev. Min. Enferm**, v. 16, n. 4, p. 502-508, 2012.
8. BOHNENKAMP, S. K., et al. Traditional versus telenursing outpatient management of patients with cancer with new ostomies. **Oncol Nurs Forum**, v. 17, n. 5, p. 1005-10, 2004.
9. ALVAREZ, A. G.; DAL SASSO, G. T. M. Objetos virtuais de aprendizagem: contribuições para o processo de aprendizagem em saúde e enfermagem. **Acta paul. enferm.**, v. 24, n. 5, p. 707-11, 2011.
10. GONCALVES, G. R. et al. Proposta educacional virtual sobre atendimento da ressuscitação cardiopulmonar no recém-nascido. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 44, n. 2, Junho, 2010.
11. QUEIROZ, F. M. et al. Úlcera venosa e terapia compressiva para enfermeiros: desenvolvimento de curso online. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. 3, p. 435-40, 2012.
12. SILVEIRA, D.T. et al. Objetos educacionais na consulta de enfermagem: avaliação da tecnologia por estudantes de graduação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 5, p. 1-9, 2010.
13. LO, S.F. et al. Multimedia education programme for patients with a stoma effectiveness evaluation. **Journal of advanced nursing**, v. 67, n. 1, p. 68-76, 2010.
14. BALES, I. Testing a computer-based care training resource for staff nurses. **Ostomy Wound Manage**, v. 56, n. 5, p. 60-9, 2010.
15. SEIXAS, C.A. et al. Ambiente virtual de aprendizagem: estruturação de roteiro para curso online. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 4, p. 660-666, 2012.
16. REGISTERED NURSES ASSOCIATION OF ONFATARIO (RNAO). **Ostomy and management**. Toronto (ON): Registered Nurses´Association of Ontario (RNAO); 2009. 115p.
17. ANDRADE, A.F. et al. **Caracterização da modelagem de ambientes de aprendizagem à distância**. Anais do Congresso Internacional de Educação à distância; Brasília: 2001.
18. WHITTEN, P. et al. An evaluation of telehealth websites for design, literacy, information and content. **Journal of Telemedicine and Telecare**, v. 17, n.1, p. 31-35, 2011.
19. ARAÚJO, M. F. **Coletânea Boletim EAD 1-100**. - Campinas - SP - 2008. ISBN 978-85-98058-08-5. Acesso em: agosto de 2014. Disponível em:< http://www.ggte.unicamp.br/ggte/site_ggte/arquivos/publicacoes/Coletanea_BoletimEADisbn.pdf >
20. RODRIGUES, C. A. F., SCHMIDT, L. M., MARINHO, H. R. B. **Tutoria em educação a distância**. Ponta Grossa: NUTEAD/UEPG, 2011. Acesso em: agosto de 2014. Disponível em: < http://suporte.nutead.org/suporte/wp-content/uploads/2013/02/Tutoria.pdf>
21. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9241-11** - Requisitos Ergonômicos para Trabalho de Escritórios com Computadores – Parte 11: Orientações sobre usabilidade. Rio de Janeiro, 2002.
22. CORREIA, R.; SANTOS, J. A Importância da Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) na Educação a Distância (EAD) do Ensino Superior (IES). **Revista Aprendizagem Em EAD**, v. 2, n. 1. 2013.
23. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISSO/IEC 14598-6** – Engenharia de Software – Avaliação de Produto – Parte 6: Documentação de módulos de avaliação. Rio de Janeiro, 2004.

Agradecimentos

Agradeço à minha orientadora por toda sua dedicação no incentivo a pesquisa e busca do conhecimento. Agradecimentos também ao corpo docente que compõe o Grupo de Estudo, Pesquisa e Extensão em Estomaterapia e Tecnologia (GEPEETEC) da Universidade Federal do Piauí (UFPI) e seus colaboradores. E, ao Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), pelo financiamento desse estudo.

CONSULTA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA EM VIRGÍNIA HENDERSON E SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO: um estudo de caso

Samia Mara Barros de Queiroz [1*],Daisy Teresinha Reis Coutinho[2], Maria Vilani Cavalcante Guedes[3], Lúciade Fátima da Silva[3], Maria Célia de Freitas[4].

[1]Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Educação Saúde e Sociedade (GRUPEESS). Enfermeira Assistencial na Unidade de Emergência e Internação do IJF e na Unidade Neonatal do HNSC.

[2]Mestranda do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Educação Saúde e Sociedade (GRUPEESS). Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva do IJF.

[3]Docentes da Universidade Estadual do Ceará. Membros do Grupo de Pesquisa Enfermagem Educação Saúde e Sociedade (GRUPEESS).

[4]Docente da Universidade Estadual do Ceará. Membro do Grupo de Pesquisa Enfermagem Educação Saúde e Sociedade (GRUPEESS). Enfermeira Assistencial na Unidade de Terapia Intensiva do IJF.

samiaqueiroz @yahoo.com.br

Palavras-chave: Enfermagem/ Classificação; Diagnóstico de enfermagem; Promoção da Saúde; Processo de Enfermagem.

Resumo

A implementação do Processo de Enfermagem na prática clínica do Enfermeiro tem sido um desafio em todos os cenários da assistência de enfermagem. Objetivou-se implementar parte do processo de enfermagem, aqui a consulta de enfermagem, em um ambulatório de enfermagem localizado em uma Instituição de ensino superior no Município de Fortaleza, no período de dezembro a janeiro de 2013 à 2014. O estudo foi do tipo estudo de caso. Os dados foram obtidos através das consultas realizadas em três momentos distintos seguido da avaliação destes para elaboração dos diagnósticos utilizando o referencial teórico de Virgínia Henderson e a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Os diagnósticos identificados foram: Comportamento Alimentar Prejudicado, Capacidade para gerir o regime prejudicado, Hiperglicemia, Dor crônica, Excesso de peso, Riscos para a obesidade, Riscos para doença cardiovascular, Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado, Insônia, Sono prejudicado, Ansiedade elevada, Não adesão à medicação, Bem estar prejudicado e Aceitação do estado de saúde prejudicada. Foram construídas ainda 15 Intervenções de Enfermagem, das quais 3 foram confirmadas, já estavam presentes na CIPE® versão 2011 e 12 foram elaboradas. Ressaltamos o processo de enfermagem como foco da prática clínica do enfermeiro, na perspectiva de proporcionar um cuidado direcionado a fim de contribuir para a saúde e/ou bem estar da pessoa cuidada, assim como fortalecer e dá cientificidade à dinâmica do trabalho do enfermeiro através do uso de uma linguagem simples e unificada com um corpo próprio de conhecimentos que permite decisões unânimes em diferentes contextos da prática.

Introdução

A implementação do Processo de Enfermagem na prática clínica do Enfermeiro tem sido um desafio, que suscita deste a obrigatoriedade imprescindível de resgatar conhecimentos aprofundados e relacionados ao processo saúde-doença do indivíduo até suas atividades técnicas mais simples, levando o enfermeiro a refletir o processo e praticá-lo em todos os componentes, sejam eles Biológicos/Fisiológicos, Psicológicos, Espirituais, visando assistir a pessoa numa perspectiva ampla e integralizada. Neste contexto, e cuidado e promoção da saúde, bem como no intuito de estimular a independência do indivíduo, especialmente na enfermagem, a teoria que se adequou e proporcionou perceber o ser humano sob vários aspectos, de forma holística e integral, dentre os diferentes referenciais foi a Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais (NBF) de Virgínia Henderson, que fundamentará a elaboração do estudo de caso clínico a ser apresentado.

O Diagnóstico de Enfermagem (DE), importante etapa do processo de enfermagem (PE), permite ao enfermeiro pensar resultados e intervenções, para subsidiar a prática clínica do cuidado. É atividade privativa do enfermeiro e, imprescindível que o mesmo reconheça a importância e o incorpore na prática clínica cotidiana com a compreensão de toda equipe.

O estudo foi fundamentado na teoria de Virginia Henderson que sugere ações geradoras de independência da pessoa cuidada, (neste estudo uma paciente de 39 anos) e, ainda, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Esta é a única classificação de enfermagem aceita pela OMS como relacionada à família da Classificação da Classificação Internacional de Doenças (CID), que vem sendo utilizada em muitos países do mundo, inclusive no Brasil, com a finalidade de propiciar o estabelecimento de uma linguagem comum, que represente os conceitos e os cuidados da prática de enfermagem.

Sabe-se, portanto, que o uso dos fundamentos da Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais e da CIPE® possibilitará o planejamento de ações de cuidado à pessoa que necessita desse cuidar. Compreendendo, ainda, que a prática clínica de enfermagem envolve a participação do enfermeiro no pensar e no fazer e, no caso subsidiada pelos diagnósticos de enfermagem.

Dessa forma, o estudo objetivou: implementar o processo de enfermagem, no cuidado a uma funcionária da instituição em estudo fundamentada na teórica Virgínia Henderson e com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®).

Metodologia

Trata-se de um de estudo de caso realizado enquanto discente do Mestrado em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará (UECE), durante a Disciplina de Conceitos e Práticas de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, cursada no semestre de 2013.2. Representando um recorte da pesquisa intitulada "*Prática clínica de enfermagem: fundamentação teórica eclassificações para as práticas*", aprovada pelo comitê de ética em pesquisa da UECE, obtendo número deparecer 446.753.

O estudo foi fundamentado na Teoria das Necessidades Humanas Fundamentais de Henderson, mediante o desenvolvimento do processo de enfermagem, operacionalizado em cinco etapas dinâmicas e inter-relacionadas: 1) coleta de dados de enfermagem, 2) diagnóstico de enfermagem, 3) planejamento de enfermagem, 4) implementação da assistência 5) avaliação de enfermagem de acordo com a nova resolução 358/2009.

Com o propósito de promoção da saúde no ambiente institucional da UECE, mulheres foram convidadas a participar da pesquisa, sendo desenvolvida uma consulta de enfermagem individualizada e sistematizada para a promoção da saúde da mulher. Após busca ativa de mulheres na instituição, três concordaram em participar da pesquisa, sendo aqui apresentado apenas um dos casos acompanhados pelas consultas.

As consultas de enfermagem aconteceram em três momentos, nos dias 30 de dezembro de 2013, 9 e 13 de janeiro de 2014, no espaço do Ambulatório de Saúde Coletiva da UECE, que compreende um consultório com dois compartimentos, sendo um ambiente fechado, o que garantiu a privacidade da participante.

O primeiro momento (30/12/2013) foi reservado para a investigação do histórico de enfermagem, com a aplicação de um questionário semi-estruturado e a realização de exame físico para levantamento de dados sobre diversas dimensões da saúde, a fim de se tornar possível a identificação de problemas de saúde. Após análise e avaliação dos dados obtidos, foram evidenciadas as necessidades da participante que estavam afetadas, necessitando, portanto, de atendimento de enfermagem.

Seguiu-se então a elaboração do plano assistencial, com a determinação global da assistência de enfermagem a ser implementada, direcionada pelos problemas de enfermagem apresentados pela pessoa avaliada, que se caracterizam por uma situação e/ou condição que exija assistência profissional.

As evidências nortearam a elaboração de um folder de promoção da saúde, bem como um cartão de saúde, utilizados no segundo encontro (10/01/2014) durante o qual foi desenvolvida a prescrição de enfermagem e implementação do plano elaborado. No terceiro encontro (13/01/2014), a resposta da participante ao plano de cuidados foi avaliada, buscando-se mudanças situacionais diante dos problemas identificados.
A análise dos dados foi realizada a partir do julgamento clínico sobre as necessidades humanas fundamentais afetadas. A investigação clínica, com a anamnese e o exame físico foi baseada na teoria de Virginia Henderson constituída de quatorze necessidades fundamentais e intrínsecas ao ser humano. Ressalta-se foi explicada a condução do estudo e solicitou-se a autorização. Após levantamento dos dados, os mesmos foram avaliados com fins de identificar lacunas e necessidades de retornar a avaliação. Concluída essa fase, organizaram-se os dados, segundo componentes: Biológicos; Psicológicos; Sociais e Espirituais, estabelecidos pela teórica para compor e guiar as necessidades fundamentais.
Realizou-se nova leitura seguindo as etapas estabelecidas seguindo os passos de Álfaro-Lefreve partindo para a elaboração os enunciados diagnósticos de enfermagem.
A pesquisa obedeceu aos princípios éticos estabelecidos pela Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, relativa a pesquisas envolvendo seres humanos. A pesquisada foi esclarecida sobre todas as etapas e procedimentos da pesquisa, decidindo participar, assinando, portanto, um Termo de Conhecimento Livre Esclarecido.

Resultados e Discussão

S.A.L., sexo feminino, 39 anos, parda, casada, com nível fundamental incompleto, mora com o marido e um filho, já laqueada. Renda familiar aproximadamente 2 salários mínimos. Sempre vai ao serviço de saúde na rede pública. Realiza nas horas vagas, sair com amigos e marido, e tem o hábito de ingerir bebida alcóolica nesses momentos de lazer. Relata ser bastante ansiosa recorrendo muitas vezes a ingesta de alimentos calóricos, tipo empadas e coxinhas. Não realiza nenhum tipo de atividade física. Suas preocupações com relação ao seu estado de saúde deve-se à hipercolesterolemia e cefaleia. Assume o sedentarismo, sabe da importância da atividade física. No que tange aos aspectos biológicos/fisiológicos de saúde avaliados, referiu: cefaléia intensa com diagnóstico de enxaqueca; ter náuseas e dores epigástrica em alguns momentos; uso irregular do medicamento para a redução da hipercolesterolemia, pois associa a ocorrência de náuseas e dores epigástricas a seu uso. Utiliza lentes para correção da visão. Realiza cuidado de higiene pessoal adequadamente; limpeza dos ouvidos semanalmente com cotonete de cerdas macias; escovação dentária diária no mínimo duas vezes ao dia, ao acordar e antes de dormir. Refere alterações no paladar, em alguns momentos sem apetite, mas em outros quando ansiosa sente vontade e come muitos salgados hipercalóricos. Realiza aproximadamente 5 refeições diárias. Relata polidipsia e poliúria. Ausência de histórico pessoal de intercorrências clínicas crônicas. Conhece o autoexame das mamas, mas não o realiza, referindo ainda ser portadora de displasia mamária. Realizando seu exame só nos momentos que vai ao ginecologista. Queixa-se de prurido vaginal. Ao exame físico: Consciente, orientada, pupilas isocóricas e fotorreagentes, turgidez da pele preservada, corada, hidratada, mobilidade física de MMSS e MMII preservada, pressão arterial (PA) = 110 x 80mmHg, eupnéica freqüência respiratória (FR) = 20rpm, ausculta pulmonar com murmúrios vesiculares (MV) presentes bilateralmente, ausência de tosse e secreções. Pulsos periféricos palpáveis, tempo de enchimento capilar inferior a 2 segundos, P = 72bpm, ausência de edema em membros. Abdômen globoso, flácido, ruídos hidroaéreos (RHA) presentes. Glicemia pós-prandial = 182 mg/dl. Peso: 65,100kg. Altura: 1,49m e IMC: 29,32.
As demandas de necessidades identificadas em maior número foram relacionadas a hábitos alimentares e ao sono, afetando a necessidade de comer e beber, de dormir e repousar, de aprender, onde estão listadas respectivamente: Náuseas, dor epigástrica, glicemia elevada, polidpsia, sobrepeso, colesterol elevado, refluxo gastroesofágico, ausência de sono, preocupação em estar com alguma doença mais séria, ambiente tumultuado para dormir, ansiedade e tonturas.
Após a identificação das demandas utilizamos a CIPE®, para fundamentar o início da elaboração e identificação dos enunciados diagnósticos, descrevendo assim o processo de enfermagem, como parte da prática do enfermeiro.
A CIPE® é um instrumento de informação para descrever a prática de enfermagem e, consequentemente, prover dados que identifiquem a contribuição da Enfermagem no cuidado à saúde e, ao mesmo tempo, que promova mudanças na prática de enfermagem através da educação, administração e pesquisa.
Imbuídas da teoria de Henderson, a partir das demandas de necessidades que foram coletadas, seguiu-se os passos de Álfaro-Lefreve, no qual para fazer um diagnóstico é necessário criar uma lista de possíveis problemas (demandas de necessidades), em seguida relacionando-as à condição clínica de adoecimento.
A seguir embasado na CIPE®, e em posse das demandas de necessidades, utilizando-se o foco e o julgamento, construímos as afirmativas diagnósticas, sempre portando um raciocínio crítico.
Foram listados 14 enunciados diagnósticos, os quais já estavam presentes na CIPE® versão 2011**,** sendo então confirmados. Tais enunciados são: Comportamento Alimentar Prejudicado, Capacidade para gerir o regime prejudicado, Hiperglicemia, Dor crônica, Excesso de peso, Riscos para a obesidade, Riscos para doença cardiovascular, Processo do Sistema Gastrointestinal Prejudicado, Insônia, Sono prejudicado, Ansiedade elevada, Não adesão à medicação, Bem estar prejudicado e Aceitação do estado de saúde prejudicada. Elaborou-se ainda 15 Intervenções de Enfermagem, dentre estas 3 foram confirmadas pois já estavam presentes na CIPE ® versão 2011 e 12 foram construídas: Orientar quanto à importância da terapia medicamentosa, Orientar sobre a necessidade de uma dieta eficaz, Estimular a adesão de uma atividade física, Esclarecer sobre os possíveis riscos para a doença cardiovascular, Retirar o uso de televisão ao deitar-se, Estimular deitar mais cedo, Incentivar a prática de atividade física, Oferecer apoio emocional, Encaminhar a um serviço de psicologia, Esclarecer sobre os riscos da glicemia e colesterol elevados, Estimular a paciente a relatar sua ansiedade, Estabelecer relação de confiança com a paciente.
Constata-se que os componentes biológicos/fisiológicos são os mais afetados, justificando-se que o estilo de vida que a pessoa opta por viver, afeta praticamente todos os níveis de necessidades humanas fundamentais, nas quais a necessidade de comer e beber alterada irá consequentemente alterar outras necessidades, como por exemplo: a de dormir e repousar, somando-se uma lista de demandas de necessidades importantes.
O processo de enfermagem destaca-se como um modelo que subsidia o enfermeiro, permitindo-lhes aplicar seus conhecimentos técnicos e científicos em sua prática, objetivando sistematizar e organizar o cuidado, de acordo com a nova resolução 358/2009, onde editada pelo Conselho Federal de Enfermagem que, em síntese, obriga a todos os serviços de saúde que oferecem cuidados de enfermagem utilizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem baseado em um processo de enfermagem, como uma atividade privativa do enfermeiro.
O enfoque deste estudo está no diagnóstico de enfermagem, importante etapa, que vai permitir ao enfermeiro projetar resultados bem como a aplicabilidade das intervenções de enfermagem subsidiando-o no processo do cuidar, imprescindível à incorporação à sua prática profissional.

A elaboração de enunciados diagnósticos/ resultados e intervenções de enfermagem é uma ferramenta relevante para a qualidade da sistematização da assistência, uma vez que o diagnóstico, quando utilizado corretamente, possibilita direcionar as ações por meio das intervenções a serem implementadas pela equipe de enfermagem. Além disso, possibilita a utilização de uma linguagem específica da área, garantindo uma comunicação clara, precisa e objetiva entre todos que compõem a equipe de enfermagem.

Conclusão

A aplicação do processo de enfermagem neste estudo trará a contribuição aos enfermeiros no campo prático, possibilitando desenvolver uma assistência pautada no conhecimento científico com a utilização da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e fundamentada no referencial teórico de Henderson.

Vale ressaltar a importância do processo de enfermagem como foco do trabalho do enfermeiro, na perspectiva de favorecer a melhoria da prática clínica direcionada à pessoa cuidada bem como propicia uma credibilidade do exercício profissional do mesmo através do uso de uma linguagem com um corpo próprio de conhecimentos que permite decisões unânimes em diferentes contextos da prática.

Referências

ÁLFARO-LEFEVRE, R. Aplicação do processo de enfermagem: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7 ed. Porto Alegre (RS): Artmed, 2010.

AMANTE, L.N.; ROSSETTO, A.P.; SCHNEIDER, D.G. Sistematização da Assistência de Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva sustentada pela Teoria de Wanda Horta. Rev. esc. enferm. USP. São Paulo, 43(1), Mar. 2009.

BRASIL. Conselho Federal De Enfermagem. Resolução 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.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Norma regulamentadora de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013. NÓBREGA ML, SILVA AF, CABRAL ACS, MEDEIROS ACT, et al. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidade clinicas do HULW/UFPB. João Pessoa: Ideia, 2011.

NÓBREGA, M.M.L.; GARCIA, T.R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. Rev Bras Enferm. 2005 mar./abr.; 58 (2): 227-30.

NÓBREGA, R.V.; NÓBREGA, M.M.L. da; SILVA, K.L. Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para crianças na Clínica Pediátrica de um hospital escola. Rev. bras. enferm. [online]. 2011, 64 (3): 501-10.

RISNER, P.B. Diagnosis: analysis and synthesis of data. In: Griffith-Kenney J, Christensen PJ. Nursing Process: application of Theories, Frameworks and Models. 3th ed. St. Louis: Mosby, 1990: 132-57.

Agradecimentos

Agradecemos à Deus, pois sem ele, não teríamos condições de chegarmos até aqui. À Universidade de Fortaleza pela grandiosidade do Evento. E aos docentes do Programa de Pós Graduação da Universidade Estadual do Ceará pelo estímulo na caminhada do nosso estudo.

CONSULTA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADA NA TEORIA DO AUTOCUIDADO PARA INDIVÍDUOS COM 50 ANOS OU MAIS NO CONTEXTO DAS DST/AIDS.

Solange Gurgel Alexandre (apresentador) – Universidade Estadual do Ceará. Email: solange.gurgel@yahoo.com.br.
Priscila de Vasconcelos Monteiro – Universidade Estadual do Ceará.
Elys Oliveira Bezerra – Universidade Estadual do Ceará.
Maria Lúcia Duarte Pereira – Universidade Estadual do Ceará.
Maria Célia de Freitas(Orientador) – Universidade Estadual do Ceará.

Palavras-chave:Enfermagem. HIV. Aids. Idoso.

Resumo

O crescimento acelerado da população de idosos no Brasil dá lugar a novos significados e possibilidades para aqueles que envelhecem, como manutenção da produtividade e interações sociais e sexuais. A consulta de enfermagem viabiliza trabalhar aspectos gerais do

processo saúde-doença, abrangendo aspectos subjetivos do sujeito, subsidiando o cuidado humano (CURCIO; LIMA; TORRES et al., 2009). Como referencial teórico, será utilizada a Teoria de Autocuidado, de Dorothea Orem, que contempla a necessidade de ações de autocuidado e a oferta e controle dessas ações (OREM, 1995). Objetiva-se elaborar e validar o conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem direcionado para indivíduos com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids e avaliar a efetividade deste na adesão e qualidade de vida desses indivíduos. Para atingir os objetivos, far-se-á opção, em um primeiro momento, por pesquisa do tipo desenvolvimental, para a elaboração e validação do modelo de consulta de enfermagem. Em um segundo momento, será desenvolvida pesquisa do tipo quase-experimental e prospectiva, pois esse tipo de estudo permite a verificação e comparação de resultados entre grupos que receberam determinada intervenção e grupos que não a receberam, sendo capaz de avaliar os resultados das intervenções, apesar de não evidenciar suas relações de causa e efeito (MOORE, 2008). Pressupõe-se que a consulta de enfermagem fundamentada na Teoria do Autocuidado é efetiva para uma maior adesão a métodos preventivos das DST/aids por indivíduos com 50 anos ou mais.

Introdução

O crescimento acelerado da população de idosos no Brasil, até pouco tempo considerado um país de jovens, dá lugar a uma nova realidade. Atualmente, vivem no Brasil, cerca de 14,9 milhões de indivíduos com idade acima de 65 anos - aproximadamente, 7,4% da população do país, que, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos no mundo em 2025. Os avanços sociais e as melhorias nas condições gerais de vida da população repercutiram na expectativa de vida, que passou de 45,5 anos, em 1940, para 75 anos, em 2013 (BRASIL, 2010; BBC, 2013; IBGE, 2009).

Novos significados e possibilidades são permitidos àqueles que envelhecem, como manutenção da produtividade e interações sociais e sexuais. O progresso nas pesquisas em saúde e na área de medicamentos para disfunção erétil e reposição hormonal teve forte influência, permitindo que vivenciem sua sexualidade. Porém, práticas sexuais inseguras, tornam os idosos mais vulneráveis às DST/aids,

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS), no Brasil, o número de novos casos de aids entre pessoas acima de 50 anos passou de 2.707, em 2000, para 5.521, em 2010, com um aumento de 103% (BRASIL, 2012a).

Diante deste contexto, o número de idosos contaminados pelo HIV está se ampliando, principalmente devido à vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde, além da invisibilidade com a qual é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou uso de drogas ilícitas. Além disso, a falta de campanhas destinadas a esse público faz com que estejam menos informados sobre o tema e menos conscientes de como se proteger (SANTOS; ASSIS, 2011).

Assim sendo, estudos que envolvam questões como infecção pelo HIV/aids em pessoas maiores de 50 anos devem ser amplamente incentivados, visando subsidiar o desenvolvimento de ações e programas de prevenção, justificando-se pelas mudanças nos hábitos sexuais que não foram precedidas por incentivos à prevenção, em uma população que não se percebe vulnerável, e a escassez de estudos que mostrem os riscos e as vulnerabilidades a que estão expostos estes indivíduos.

As mudanças ocorridas no cenário da saúde e a ampliação do conceito de saúde, que utiliza como parâmetro a satisfação de vários aspectos relacionados ao ser humano, exigem do profissional enfermeiro a incorporação de novos modos e estratégias de atuação. Diante disso, à enfermagem é posto o desafio de (re)adequar a sua práxis e a sua base científica para atuar diante de uma nova realidade na promoção da saúde: a convivência de indivíduos com 50 anos ou mais com doenças sexualmente transmissíveis e a infecção pelo HIV/aids.

Dentre as ações de enfermagem, a consulta de enfermagem, considerada uma tecnologia do cuidar (FEIJÃO, 2011), torna-se uma estratégia cada vez mais reconhecida, sendo definida pelo Conselho Federal de Enfermagem (1997), como uma atividade privativa do enfermeiro, composta por etapas do método científico, sendo útil na identificação de situações de saúde-doença, na prescrição e implementação de medidas favoráveis à promoção, prevenção e proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.

Sob esse ângulo, a consulta de enfermagem ao cliente com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids, sistematizada, tendo como base a Metodologia da Assistência de Enfermagem, viabiliza trabalhar aspectos gerais do processo saúde-doença; orientar quanto à prevenção e tratamento; promover aconselhamento pré e pós teste anti-HIV; estimular o autocuidado e o apoio das redes sociais; implementar ações profiláticas e investir na adesão ao tratamento.

Uma teoria pode ser entendida como um meio para compreender um fenômeno apontando as características que os identificam (BARNUM, 1998). O desenvolvimento das teorias dentro da enfermagem contribuiu fortemente para a definição de seus papéis, suas especificidades e seus saberes e para o desenvolvimento de características de cientificidade e autonomia que a definiram como profissão (FEIJÃO, 2011).

Considerando esse contexto argumentativo e submetendo as teorias de enfermagem a uma análise crítica, acerca de sua adequação ao objeto de nosso estudo, optou-se pela Teoria de Autocuidado, de Dorothea E. Orem, segundo a qual, a enfermagem tem como principal foco, a necessidade de ações de autocuidado e a oferta e controle dessas ações, em uma base contínua de sustentação à vida e à saúde, à recuperação de doença ou ferimento e à compatibilidade com seus efeitos (OREM, 1995).

Considerando a relevância do tema, acentuada pelo envelhecimento populacional e pela melhoria da qualidade de vida, buscou-se ampliar o entendimento da questão da exposição dos indivíduos com mais de 50 anos a uma vida sexual sem muitos cuidados ou proteção. A busca por estudos que auxiliassem a ampliar o tema não tiveram o resultado esperado, levando a uma inquietação quanto à necessidade de estudá-lo mais profundamente e propor para a enfermagem, formas de contribuição mais impactantes e efetivas.

Nesse contexto, intenciona-se investigar a influência da consulta de enfermagem, fundamentada na Teoria do Autocuidado, na adesão e qualidade de vida de indivíduos com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids, partindo-se da hipótese segundo a qual a consulta de enfermagem fundamentada na Teoria do Autocuidado é efetiva para uma maior adesão a métodos preventivos das DST/aids por indivíduos com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids.

O presente projeto de pesquisa objetiva promover a elaboração e validação do conteúdo de um instrumento de consulta de enfermagem direcionado para indivíduos com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids e avaliar sua efetividade na adesão e qualidade de vida desses indivíduos.

Metodologia

O modelo teórico a ser proposto será subsidiado pelos conceitos, pressupostos e condições para o autocuidado postulados por Orem (1995), em sua Teoria do Autocuidado. Sob este ângulo, o processo de enfermagem descrito pela autora consiste em três passos que constituem a estrutura da sistematização da consulta. No primeiro passo determina-se a causa da necessidade de cuidados (investigação e diagnóstico de enfermagem); no segundo, designa-se um sistema de enfermagem e define-se o plano de cuidados (planejamento e execução de intervenções) e, no terceiro passo, gerencia-se o sistema de enfermagem designado (controle e avaliação).

Considerando o exposto, os requisitos de autocuidado do referencial de Orem (universais, desenvolvimentais e de desvio de saúde) estarão presentes no instrumento, orientando os questionamentos e observações.

Para atingir os objetivos, far-se-á opção por pesquisa do tipo desenvolvimental, que consistirá na validação de um modelo de consulta de enfermagem voltado para indivíduos com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids, fundamentado na Teoria do Autocuidado de Orem. Para tanto, será relevante extensa revisão literária sobre a temática, com vistas à melhor embasar a estrutura do estudo.

Para melhor estruturar o alcance dos objetivos propostos, pretende-se dividir os processos em dois momentos distintos, conforme se mostra a seguir:

1º. Construção de instrumento que norteie a consulta de enfermagem, fundamentado na Teoria do Autocuidado, voltado para o acompanhamento de indivíduos com 50 anos ou mais no contexto das DST/aids, baseado em revisão da literatura e do referencial teórico. Tomando como base estudos do gênero, pressupõe-se a necessidade de avaliar, criteriosamente, os itens elaborados, objetivando a seleção dos mais relevantes e que melhor se ajustem ao público a que se destina.

2º. Submissão do instrumento à validação de seu conteúdo, por meio da avaliação de profissionais (juízes) que respondam a critérios preestabelecidos, como ser bacharel em enfermagem com título de doutor, tendo vivência de trabalho nas temáticas envolvidas – cuidado de enfermagem, autocuidado, DST/aids. Para embasar a necessidade de validação, ampara-se em Lobiondo-Wood e Haber (2001), quando dizem que a validação consiste em avaliar se o instrumento mede aquilo que se propõe a medir. Com vistas a facilitar a apreciação dos juízes, será elaborado um instrumento de avaliação que apontará cada item do instrumento, considerando os critérios de organização, clareza e compreensão do conteúdo, conforme sinalizado por Hill e Hill (2008). Pretende-se que cada item seja avaliado em relação aos critérios propostos, respondendo sim ou não, e ao grau de relevância, tendo respostas que irão de irrelevantes a muito relevantes.

Após a aplicação dos parâmetros estatísticos, levando em consideração as análises dos juízes, acredita-se na obtenção de um instrumento mais legítimo que subsidie a segunda etapa do estudo.

Tipo de estudo

Com vistas a responder a problemática do estudo e alcançar os objetivos propostos, justifica-se o desenvolvimento de pesquisa do tipo quase-experimental e prospectiva, fundamentada pelo conceito de Moore (2008) que afirma que esse tipo de estudo permite a verificação e comparação de resultados entre grupos que receberam determinada intervenção e grupos que não a receberam, sendo capaz de avaliar os resultados das intervenções, apesar de não evidenciar suas relações de causa e efeito (FEIJÃO, 2011).

Para tanto, os pacientes da amostra serão divididos em dois grupos: um grupo que, mensalmente, será submetido à consulta de enfermagem convencional e um segundo grupo que, mensalmente, receberá atendimento de enfermagem com base em consulta de enfermagem fundamentada na Teoria do Autocuidado. A seleção dos pacientes para quaisquer dos dois grupos será feita de forma randomizada, por meio de sorteio simples.

População e amostra

A população será composta por pacientes com 50 anos ou mais, de ambos os sexos, acompanhados no ambulatório de DST/aids no Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ).

O número de pacientes a compor a amostra será definido de acordo com o número de pacientes atendidos no ambulatório de DST/aids.

Local do estudo

O estudo será desenvolvido na cidade de Fortaleza/Ceará, no ambulatório de DST/aids do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), centro de referência no Estado do Ceará para diagnóstico e tratamento de DST/aids e outras patologias infecciosas, a nível terciário de atenção à saúde.

A escolha do local do estudo deu-se em virtude da necessidade de obtenção de grupos homogêneos, com vistas a evitar vieses de confusão entre variáveis independentes (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

Técnicas, instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Para a coleta dos dados serão utilizados dois instrumentos específicos, o primeiro instrumento abordará os dados sociodemográficos, epidemiológicos e clínicos, sendo aplicado durante a primeira consulta de enfermagem para ambos os grupos. O segundo instrumento será composto pela Consulta de Enfermagem fundamentada na Teoria do Autocuidado e Consulta de Enfermagem convencional. A primeira, validada na etapa anterior do estudo por experts, abrange o processo de enfermagem conforme descrito por Orem em sua teoria, cujas etapas envolvem a determinação dos déficits e capacidades de autocuidado dos pacientes, o planejamento e gerenciamento do cuidado com o paciente e o acompanhamento da evolução do paciente na conquista ou manutenção do seu autocuidado. Serão abordadas na forma de questões abertas e processos de educação em saúde relacionados à adesão e melhoria da qualidade de vida e a aspectos específicos do atendimento ao paciente neste contexto.

A Consulta de Enfermagem convencional tem como base o processo de enfermagem, porém não emprega nenhum referencial teórico que a ampare, adotando um raciocínio clínico não sistematizado, que se amolda a diferentes situações e/ou problemas apresentados, sem critérios de semelhança para a clientela como um todo.

Em momentos do acompanhamento, ainda a serem definidos, todos os indivíduos do estudo serão avaliados com testes avaliativos para a qualidade de vida (Escala de avaliação de qualidade de vida – HAT-QoL) (GALVÃO; CERQUEIRA, MARCONDES-MACHADO, 2004) e para a adesão a medidas de prevenção e tratamento (adaptação do Teste de Morinski e Green e avaliação da dificuldade para adesão – TMG e ADA) (STRELEC; PIERIN; MION JÚNIOR, 2003).

Análise e tratamento dos dados

No que se refere à análise de dados desta pesquisa, esta envolverá descrições estatísticas (frequência absoluta e relativa, média e desvio padrão). Na análise de associação entre variávies serão utilizados os testes não-paramétricos como qui-quadrado ($א^2$), teste exato de Fisher, teste t de student, de acordo com a especificidade de cada tipo de variável.

Os dados serão organizados em planilhas do Mecrosoft Excel e processados no software Statistical Package for Social Sciences – SPSS.

Aspectos éticos

Serão seguidas rigorosamente as determinações éticas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre pesquisas envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

Conforme exigência do CNS, o projeto será levado à apreciação de Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), indicado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), por meio do Sistema Nacional de Ética em Pesquisa (SISNEP). A coleta de dados terá início após a aprovação do respectivo CEP.

Referências

BARNUM, B.S. **Nursing theory: analysis, application, evaluation**. 5th ed. Philadelphia (PA): Lippincott; 1998. 301 p.

BBC Brasil. **Número de idosos no Brasil vai quadruplicar até 2060, diz IBGE.** Disponivel em: http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2013/08/130829_demografia_ibge_populacao_brasil_lgb.shtml. Acesso em:28.out.2013.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Aids e DST 2011.** Brasília, DF, 2012a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim-epidemiologico-aids-e-dst-2011>. Acesso em: 16.out.2013.
BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids no Brasil.** Brasília, DF, 2012b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/aids-no-brasil>. Acesso em: 01 nov.2013.
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento.** Brasília (DF); 2010. (Série B: Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 12).
CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de 1993**. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. In: Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares. São Paulo: COREn-SP, 1997. p. 101-2.
FEIJÃO, A. R. **Consulta de enfermagem baseada na Teoria de Orem para pacientes portadores de coinfecção HIV/tuberculose**: efetividade na adesão e qualidade de vida. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará. Tese (Doutorado), Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2011, 157f.
GALVÃO, M.T.G.; CERQUEIRA, A.T.A.R.; MARCONDES-MACHADO, J. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-Qol. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n.2, p. 430-7, 2004.
HILL, A.; HILL, M.M. **Investigação por Questionário**. 2. ed. Silabo, 2008. 378 p. ISBN: 9789726182733.
IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Comunicação social: projeção da população do Brasil**. Rio de Janeiro, 2009.
LOBIONDO-WOOD, L.G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem***:* métodos, avaliação critica e utilização. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2001.
MOORE, K.A. Qusi-experimental evaluations. Brief Research-to-Results. **Child Trends**. 2008. Disponível em: http://www.childtrends.org/wp-content/uploads/2008/01/Child_Trends-2008_01_16_Evaluation6.pdf. Acesso em: 24.10.2013.
OREM, D.E. **Nursing**: Concepts of practice. 4. ed. St. Louis: Mosley, 1995.

SANTOS, A.F. de M.; ASSIS, M. de. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/AIDS: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, 2011; 14(1):147-157.
STRELEC, M.A.A.M.; PIERIN, A.M.G.; MION JÚNIOR, D. A influência do conhecimento sobre a doença e a atitude frente à tomada de remédios no controle da hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 81, p. 349-54, 2003.

Agradecimentos

Nossos agradecimentos ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde/UECE.

CONSUMO ALIMENTAR E EXERCÍCIO FÍSICO EM ADOLESCENTES: RESULTADOS DA PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE DO ESCOLAR (PENSE), 2009 E 2012.

Marjorie Rafaela Lima do Vale (apresentador) - Universidade Estadual do Ceará; marjorievale@gmail.com

Alane Nogueira Bezerra - Universidade Estadual do Ceará;

Maria Marlene Marques Ávila (orientador) - Universidade Estadual do Ceará;marlenemarquesavila@uol.com.br

Palavras-chave: comportamento do adolescente. fatores de risco. inquéritos epidemiológicos.

Resumo

Objetivo: descrever e Discutir os resultados relacionados àa atividade física e consumo alimentar dos adolescentes de Fortaleza-CE, apresentados na PeNSE de 2009 e 2012, e os fatores associados à adoção de comportamentos de risco à saúde entre adolescentes. Metodologia: foram analisados comparativamente as prevalências de variáveis da PeNSE (2009 e 2012) obtidos em Fortaleza e no Brasil, segundo sexo e dependência administrativa da escola, sobre os comportamentos de risco e proteção a saúde praticados pelos adolescentes. Os dados foram analisados em frequências absolutas e comparados pelo teste qui-quadrado. Resultados: Em Fortaleza,

os adolescentes referiram redução no consumo de feijão e de frutas e aumento no de refrigerantes e diminuição na prática de atividade física. Conclusões: Fortaleza apresentou piores desfechos de comportamentos em saúde adotados pelos adolescentes, relacionados ao consumo alimentar e atividade física, sugerindo pouca efetividade das ações em saúde voltadas para este grupo. Sugere-se uma ampliação dessas ações, e o fortalecimento do adolescente no planejamento, execução e avaliação das mesmas.

Introdução

A adolescência é essencialmente um tempo de crescimento e de desenvolvimento de uma progressiva maturidade a nível biológico, cognitivo, social e emocional (MACHADO, 2009). As características psicológicas próprias desta fase tornam os adolescentes mais vulneráveis à adoção de práticas e comportamentos de risco em relação à saúde (CEBALLOS, 2009 apud BORGES; MATOS; DINIZ, 2011). Comportamentos negativos ou de risco são definidos como aqueles que aumentam o risco de doença ou acidentes (SIMÕES, 2010; RAPHAELLI; AZEVEDO, HALLAL, 2011). Para Lerner e Galambos (1998), quando um determinado comportamento começa de forma muito precoce, a probabilidade de se tornar um real problema é maior.

Com vistas a promover a saúde do adolescente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) proclamou em 1985 o ano Internacional da Juventude, o que fez com que diversos países, incluindo o Brasil, passassem a destinar mais atenção às especificidades do adolescente (FERREIRA et al., 2007). Apesar de tal compromisso, referenciais teóricos atuais relatam que a atenção dispensada a este grupo etário ainda se dá de forma fragmentada e voltada para o assistencialismo (QUEIROZ; RIBEIRO; PENNAFORT, 2010; SANTOS et al., 2012).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE), realizada a partir de um convênio entre o Ministério da Saúde (MS) e o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), objetivou portanto conhecer e dimensionar os diversos fatores de risco e de proteção à saúde desse grupo, sendo conduzida em todas as capitais brasileiras em duas edições, nos anos de 2009 e 2012 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, 2012).

Considerando a ausência de um estudo similar e a perspectiva de contribuir para a reorientação das estratégias adotadas em relação a proteção e promoção da saúde deste grupo etário, este artigo tem como objetivo descrever e discutir os resultados apresentados nas duas edições de 2009 e 2012 da PeNSE, com ênfase nos fatores associados à adoção de atividade física e consumo alimentar comportamentos de risco à saúde (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009, 2012), comparando os resultados obtidos em Fortaleza com os nacionais., tanto em relação a cidade de Fortaleza como a nível de Brasil,

Metodologia

No presente estudo, foram analisados de forma comparativa os resultados da PeNSE, disponibilizados pelo IBGE nos anos de (2009, e 2012), no que se refere aos comportamentos de risco e proteção praticados pelos adolescentes, com ênfase no consumo alimentar e atividade física. Além da comparação dos resultados obtidos nos dois estudos em nível nacional se salientou os resultados específicos dos adolescentes de Fortaleza, em relação aos resultados para o Brasil.

Buscou-se comparar os resultados obtidos no município de Fortaleza, e no Brasil, em relação ao referido período.

Análise dos dados

Foram selecionados para análise a ocorrência dos seguintes eventos da PeNSE: a) sexo, b) dependência administrativa, c) consumo alimentar, e d) prática de atividade física. As prevalências das variáveis de interesse foram avaliadas em Fortaleza e no Brasil, segundo sexo e dependência administrativa da escola, referente ao período de 2009 e 2012. As tabelas utilizadas foram obtidas na biblioteca virtual do IBGE, e os dados de prevalência foram transformados em frequências absolutas para a comparação dos resultados pelo teste qui-quadrado, realizado no programa Excel, 2010.

Aspectos éticos

Por se tratar de uma pesquisa que utilizou apenas dados de domínio público e de acesso irrestrito, sem a possibilidade de identificação dos sujeitos, não foi necessária a aprovação por parte do Sistema CEP-CONEP.

Resultados e Discussão

Do total de alunos estudados, nas edições de 2009 e 2012, a maioria dos escolares era de escolas públicas e do sexo feminino, tendo a participação de escolares da rede pública variado de 56,9 a 82,8% e do sexo feminino de 51,7 a 53,5% (IBGE, 2009, 2012).

Todas as variáveis A maioria dos comportamentos estudados entre os adolescentes, tanto em Fortaleza, como no Brasil, apresentaram ou modificação significativa entre os anos de 2009 e 2012, comprovado pelo valor de $p < 0.05$ pelo teste do qui-quadrado.

Os marcadores de alimentação saudável e não saudável foram verificados conforme a frequência semanal de consumo. Entre os adolescentes entrevistados em Fortaleza (Tabela 2), houve um decréscimo no percentual dos que referiram consumir feijão (58,6; 49,2%) e frutas (27,2; 23,9%), acompanhado de um aumento no consumo de refrigerantes (31,9; 33,4%), em 5 ou mais dias da semana. A redução no consumo de frutas e alimentos básicos, como feijão, torna-se preocupante, pois já é sabido que uma dieta pobre em fibras, vitaminas e minerais, configura-se como situação de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis, cada vez mais comuns entre crianças e adolescentes, além de ser considerado pela OMS, como um dos 10 fatores de risco globais para mortalidade (WHO, 2004; KOSTI; PANAGIOTAKOS, 2006; NUNES; FIGUEIROA; ALVES, 2007). Quando comparado à média nacional, o consumo de feijão e frutas na cidade de Fortaleza encontra-se bem abaixo dos 69.9% e 30.2% encontrados, respectivamente, estando também entre os que menos consomem esses alimentos dentre as demais capitais nordestinas.

Tabela 2 - Comparação comportamentos em saúde, por sexo e dependência administrativa da escola, 2009 e 2012.

	Período						
Variáveis	2009	2012	P		2009	2012	P
	%				%		
Fortaleza							
Consumo alimentar maior ou igual a 5 dias							
Feijão					58.6	49.20	0.000*
Frutas					27.2	23.90	
Guloseimas					49.2	42.50	
Refrigerantes					31.9	33.40	
300 minutos ou mais de atividade física acumulado em 7 dias							
Masculino	51.30	40.00	0.000*	Pública	36.10	30.40	0.000*
Feminino	24.00	20.40		Privada	38.10	29.20	
Brasil							
Consumo alimentar maior ou igual a 5 dias							
Feijão					62.6	69.9	0.000*
Frutas					31.50	30.20	
Guloseimas					50.90	41.30	
Refrigerantes					37.20	33.20	
300 minutos ou mais de atividade física acumulado em 7 dias							
Masculino	56.20	39.10	0.000*	Pública	42.60	29.10	0.000*
Feminino	31.30	21.80		Privada	45.10	34.70	

***Estatisticamente significativo pelo qui-quadrado.**

Outras pesquisas realizadas com adolescentes, também no município de Fortaleza, retratam um baixo consumo de alimentos reguladores. Araújo *et al* (2010) encontraram que dentro da categoria de alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras e legumes, somente feijão e alface apresentaram relevância estatística quanto ao consumo. E dentro do grupo de bebidas, o refrigerante obteve maior destaque, sendo, portanto constatado pelos autores, aliado aos demais resultados obtidos, um perfil alimentar inadequado entre os adolescentes do município. Da Silva *et al* (2009) apresentaram resultados semelhantes: o consumo de alimentos reguladores como frutas e hortaliças/folhosos não foram referidos como parte do consumo habitual entre os adolescentes, considerando que apenas (34,3%) e (47,6%), respectivamente, relataram consumo. Estudo de Cezário *et al* (2011) também indicou um baixo consumo para os grupos de alimentos de fontes de fibras, vitaminas e minerais e também para os alimentos lácteos, entre adolescentes praticantes de atividade física em Fortaleza.

Uma pesquisa realizada por Estima (2012) com adolescentes de São Paulo, mostrou que o sabor dos alimentos, preferências pessoais, tentativa de ter uma alimentação saudável, aparência e textura, hábito de consumo, praticidade, tempo e conveniência estão entre os principais fatores determinantes do consumo alimentar de adolescentes. Toral, Conti e Slater (2009) acrescentam que as principais barreiras referidas pelos adolescentes em aderir à uma alimentação saudável são: a influência dos pais, tentação e opções de lanches saudáveis na escola.

Para Yokota *et al* (2010), a escola tem um papel privilegiado no incentivo a adoção de práticas alimentares saudáveis, através da criação de espaços que promovam tal prática. Também tem sido mencionada a importância do uso de materiais educativos que reforcem os benefícios imediatos de uma alimentação saudável e os riscos de sua inadequação, enfatizados por meio de mensagens alarmantes (TORAL, CONTI, SLATER, 2009).

Em relação a prática de atividade física, houve uma redução no percentual de escolares que relatou hábito de se exercitar por mais de 300 minutos semanais, para ambos os sexos e dependências administrativas, sendo um menor percentual encontrado entre as escolares do sexo feminino (20,4%; 21.8%), tanto em Fortaleza, como no Brasil. Freitas *et al* (2009) também identificaram uma baixa adesão à atividade física entre adolescentes em Fortaleza, chegando a 68% na rede particular de ensino, sendo o sedentarismo maior entre as meninas, e naqueles que apresentaram excesso de peso. Olds *et al* (2009) afirmam que há consenso na literatura sobre a maior inatividade física entre o público feminino, atribuído à menor oferta na escola de atividades direcionadas à este grupo.

Garcia e Fisberg (2011), ao estudar os motivos da adesão dos adolescentes à prática de atividade física em São Paulo, mostraram que o fato de gostar de atividade física atua como importante mediador e predito da adoção deste comportamento, bem como a existência de ambientes adequados disponíveis, de companhia para praticar atividade física e de sensação de capacidade e confiança em relação ao exercício físico.

A prática de exercício físico, por pelo menos 60 minutos diários ou 300 minutos semanais, pode promover melhorias no desempenho cognitivo e escolar de crianças e adolescentes, sendo também associado à redução de ansiedade e depressão, prevenção de obesidade e diabetes tipo II, e proteção da saúde cardiovascular (CURRIE *et al.*, 2012; LEMOS; DALLOS, 2010).

Tem sido mencionada a importância da escola no combate ao sedentarismo, considerando que em suas dependências há um grande número de crianças e adolescentes que estão desenvolvendo suas competências e habilidades, e que esta deve se configurar como um espaço social construído coletivamente voltado para o bem-estar físico, mental e social dos educandos (MOYSÉS, MOYSÉS, KREMPEL., 2004; SÃO PAULO, 2008).

Conclusão

A realização da PeNSE é um avanço na busca de informações e produção de conhecimento sobre a saúde dos adolescentes. Os resultados obtidos nas duas edições desta pesquisa ampliam as informações disponíveis sobre os fatores de risco e proteção à saúde dos escolares.

A partir dos resultados apresentados e discutidos, pode ser percebido que a cidade de Fortaleza obteve piores desfechos relacionados aos comportamentos em saúde adotados pelos adolescentes, quando comparado aos resultados nacionais, e aos obtidos na edição de 2009. Houve um incremento no percentual de adolescentes que referiu alimentação inadequada e comportamento sedentário, principalmente entre o público feminino, sugerindo pouca efetividade das ações em saúde voltadas para este grupo. Dos Santos (2010) corrobora com esta perspectiva ao afirmar que as ações de promoção da saúde desenvolvidas para os adolescentes no município de Fortaleza são realizadas de forma pontual e na maioria das vezes por meio dos programas de pré-natal, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo de útero e mama, ou seja, numa perspectiva bastante limitada do que realmente deveria ser a promoção da saúde. Sugere-se, portanto, uma ampliação das ações voltadas para os adolescentes, e o fortalecimento do adolescente no planejamento, execução e avaliação destas atividades. Vale ressaltar o papel na escola no processo de conscientização e de contribuição para o empoderamento dos benefícios e dos malefícios a saúde e ao bem-estar a partir de um estilo de vida inadequado.
Citamos ainda, como limitação encontrada neste estudo e sugestão para trabalhos futuros, a realização de inferências sobre possíveis associações entre os comportamentos de risco e proteção praticados pelos adolescentes, não realizada neste trabalho pela qualidade dos dados aos quais tivemos acesso.

Referências

ARAÚJO, M.F.M.; ALMEIDA, L.S. FREITAS, R. W. J.F. et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas particulares: implicações para a prática da enfermagem pediátrica.Rev. Enferm. UERJ, v.18, n.3, p.417-22, 2010.

BORGES, A.; MATOS, M.G.; DINIZ, J.A.; Processo Adolescente e Saúde Positiva: Âmbitos Afectivo e Cognitivo. Psicologia: Reflexão e Crítica, v.24, n.2, p.281-291, 2011.

Cezário, C.K. A .et al.Consumo alimentar de adolescentes de Centros Esportivos de Fortaleza-CE.http://www.revistanutrire.org.br/issues/view/volume/36/issue/SuplementoNutrire, vol.36, n.Suplemento (11º Congresso Nacional da SBAN), p.131-131, 2011.

CURRIE, C.; ZANOTTI, C.; MORGAN, A.; CURRIE, D.; LOOZE, M.; ROBERTS, C.; SAMDAL, O.; SMITH, O.R.F.; BARNEKOW, V. (Org.) Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012.

DA SILVA, A R V et al. Hábitos alimentares de adolescentes de escolas públicas de Fortaleza, CE, Brasil. Rev. bras. enferm., Brasília , v. 62, n. 1, p.18-24, 2009 .

ESTIMA, C.C.P. Por que os adolescentes comem o que comem? Determinantes do consumo alimentar. 2012. 126f. Tese (Doutorado) – Faculdade de ciências farmacêuticas da USP, faculdade de economia, administração e contabilidade da USP, faculdade de saúde pública da USP, curso interunidades em nutrição humana aplicada, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

FERREIRA, M.A.; ALVIM, N.A.T.; TEIXEIRA, M.L.O.; VELOSO, R.C. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. Texto Contexto Enferm, v. 16, n.2, p. 217-24, 2007.

Freitas, R.W.J.F. et al; Prática de atividade física por adolescentes de Fortaleza, CE, Brasil. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 63, n. 3, p. 410-415, 2010.

GARCIA, L.M.T.; FISBERG, M. Atividades físicas e barreiras referidas por adolescentes atendidos num serviço de saúde. RevBrasCineantropom Desempenho Hum, v.13, n.3, 163-69, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2012. Rio de Janeiro: IBGE: 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar – PeNSE 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2009.

KOSTI, R. I.; PANAGIOTAKOS, B.The epidemic of obesity in children and adolescents in the world.Cent.Eur. J. Publ. Health, v. 14, n. 4, p. 151-159, Grécia, 2006.

LEMOS, D.M.C.; DALLOS,C.J.O. Actividad física em niños y adolescentes: Determinantes y medición. Rev. Univ. Ind. Santander, v.42, n.2, p.153-65, 2010.

LERNER, R.M.; GALAMBOS, N.L. ADOLESCENT DEVELOPMENT: Challenges and Opportunities for Research, Programs, and Policies. Annual Review of Psychology, v. 49, p. 413-46, 1998.

MACHADO, V.P.O. Planejamento Alimentar: Nutrição na adolescência, 2009.

MOYSES, S.J.; MOYSES, S.T.; KREMPEL, M. C..Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 9, n. 3, p.627-41, 2004.

NUNES, M. M. A.; FIGUEIROA, J. N.; ALVES, J. G. B. Excesso de peso, atividade física e hábitos alimentares entre adolescentes de diferentes classes econômicas em Campina Grande (PB). Rev. Assoc. Med. Bras., v. 53, n. 2, p. 130-134, 2007.

OLDS, T. et al; How do school-day activity patterns differ with age and gender across adolescence?.http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19101460J Adolesc Health.v.44, n.1, p.64-72, 2009.

ORAL, N; CONTI, M. A; SLATER, B. A alimentação saudável na ótica dos adolescentes: percepções e barreiras à sua implementação e características esperadas em materiais educativos. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 25, n. 11, P.2386-94, 2009.

QUEIROZ, M.V.O.; RIBEIRO, E.M.V.; PENNAFORT, V.P.S. Assistência ao adolescente em um serviço terciário: acesso, acolhimento e satisfação na produção do cuidado. Texto Contexto Enferm, v. 19, n.2, p. 291-9, 2010.

SANTOS, A.A.G.; SILVA, R.M.; MACHADO, M.F.A.S.; VIEIRA, L.J.E.S.; CATRIB, A.M.F.; JORGE, H.M.F. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. Ciência & Saúde Coletiva, v.17, n.5, 2012.

SÃO PAULO. Secretaria de Educação. Proposta Curricular do Estado de São Paulo: Educação Física. São Paulo: SEE, 2008.

SIMÕES, C. Adolescentes e comportamentos de saúde. Instituto Politécnico de Lisboa, v.III, n. 3, p. 223-41, 2010.

WHO.Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health.France, World Health Organization, 2004.

YOKOTA, R T C et al . Projeto "a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis": comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. Rev. Nutr., v. 23, n. 1, p.37-47, 2010 .

Agradecimentos

Agradeço à agência financiadora CAPES pela concessão da bolsa de mestrado.

CONSUMO DE ALIMENTOS INDUSTRIALIZADOS CONSIDERADOS COMO FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Maria Áurea Catarina Passos Lopes (autor-apresentador) – Centro Universitário Estácio do Ceará.
aurea-passos@hotmail.com
Gabriele Vanessa do Vale Silva – Centro Universitário Estácio do Ceará.
Maria do Socorro Quintino Farias (orientador) – Centro Universitário Estácio do Ceará.
Palavras-chave: Doenças cardiovasculares. Alimentos industrializados. Fatores de risco.

Resumo

Objetivo: Verificar os efeitos do consumo do vinho, chocolate, azeite de oliva e café, alimentos estes considerados como fatores de risco e proteção para doenças cardiovasculares. **Métodos:** Tratou-se de um estudo do tipo revisão sistemática, com estratégia de buscaonline de ensaios clínicos e metanálises publicados no período de 2004 a 2014 nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram consultadas as bases de dados do Bireme, Scielo e PubMed. A coleta de dados foi realizada no período de agosto de 2013 à julho de 2014. **Resultados e Discussão:** Dos 643 artigos inicialmente identificados 20 estudos contemplaram os critérios de seleção. Destes, 4 foram metanálises envolvendo a ingestão de azeite de oliva, chocolate e vinho tinto, e 16 ensaios clínicos. Considerando o tipo de dieta utilizada, 60%

estudos apresentaram resultados satisfatórios quanto a diminuição de riscos cardiovasculares. Já 40% dos estudos não evidenciaram nenhum tipo de alteração quanto a utilização das dietas. **Conclusão:** Após o levantamento das informações e análise das variáveis observadas, pode-se concluir que realmente há certo efeito protetor/benéfico à saúde quando há o consumo destes alimentos regularmente. Contudo ainda é necessário mais estudos para termos quantidades especificas desses alimentos para seu consumo nas diferentes etapas da vida, levando em consideração a idade, presença de comorbidades e peso dos indivíduos em que se vai atuar assim como o estudo dos hábitos alimentares, história familiar de doenças crônicas e estilo de vida.

Introdução

As Doenças Cardiovasculares (DCV) são responsáveis por 29,4% de todas as mortes registradas no Brasil por ano. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que cerca de 16,6 milhões de pessoas morram, anualmente, de DCV, grupo que engloba patologias como Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e Insuficiência Cardíaca (IC), além de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Acidente Vascular Cerebral (AVC) (MONTEIRO, MONDINI, COSTA, 2000; NEUMANN, SHIRASSU, FISBERG, 2006).
Os elementos constituintes do processo de determinação das DCV e de suas inter-relações são complexos Contudo sabe-se que a alimentação contribui de várias formas para a determinação do risco cardiovascular. Há estudos demonstrando que as DCV podem ser reduzidas em 30% com modificações na dieta, cuja composição pode constituir um fator de risco ou de proteção (NEUMANN, et. al., 2007; MONTEIRO, MONDINI, COSTA, 2000).
A relação entre a alimentação e DCV tem chamado atenção nos últimos 30 anos. Inúmeros estudos epidemiológicos realizados nas últimas décadas têm demonstrado a estreita relação entre a 2 causalidade de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e fatores dietéticos. De forma que as principais mudanças detectadas no padrão alimentar ao longo das ultimas três décadas foram o aumento contínuo e intensificação do consumo relativo de alimentos industrializados e/ou processados e o declínio no consumo de alimentos naturais (BEHLING et. al., 2004; NEUMANN, et. al., 2007).
Com a finalidade de diminuir os efeitos nocivos de uma dieta inadequada, é possível fazer uso de alimentos com propriedades funcionais juntamente com a adoção de hábitos alimentares saudáveis para minimizar possíveis alterações bioquímicas e fisiológicas. No entanto uma recente publicação da OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012) sobre a relação entre a alimentação e DCNT, mostra que alguns componentes da dieta podem provocar efeitos adversos ao organismo. Esses alimentos aumentam o risco de DCV quando consumidos em periodicidade e quantidades inadequadas (MONTEIRO, MONDINI, COSTA, 2000; SILVA, 2005).
Estudos referentes aos efeitos metabólicos e cardiovasculares do café, chocolate, azeite de oliva e vinho tinto são conflitantes. Alguns apresentam efeitos adversos do consumo constante e em grandes quantidades. Em contraste, a ingestão diária e moderada tem sido associada à redução de risco cardiovascular (TEIXEIRA, 2013).
Este estudo tem como objetivo verificar os efeitos do consumo do vinho, chocolate, azeite de oliva e café, alimentos estes considerados como fatores de proteção e/ou risco cardiovascular.

Metodologia

Procedeu-se a uma revisão sistemática com estratégia de busca online, onde foram consultadas as bases de dados do Bireme, Scielo e PubMed à procura de pesquisas nacionais e internacionais e das melhores evidências científicas de acordo com seu nível e grau de recomendação.
Utilizou-se o recurso de busca inversa, que é um método de seleção de documentos a partir da bibliografia de documentos primários recuperados na busca anterior (TORO, 2001). Foram usados os descritores: “doenças cardiovasculares”, “alimentos industrializados”, “fatores de risco” e similares em inglês e espanhol. O limite para localização de publicações no país foi até janeiro de 2004. O levantamento foi realizado no período de agosto de 2013 à julho de 2014. A primeira seleção dos artigos foi feita pela análise de resumos.
Dois pesquisadores independentes desempenharam a triagem dos artigos compatíveis com critérios previamente estabelecidos: metanálises e ensaios clínicos cuja amostra era constituída por participantes sujeitos a algum risco cardiovascular e/ou DCV que foram submetidos a alguma medida preventiva ou de tratamento não medicamento constituído por dietas e terapias que envolviam o consume de chocolate, azeite de oliva, café e vinho tinto. Foram excluídos os estudos que não possuíam amostras compostas por seres humanos e aqueles cujo desfecho não foi declarado ou explicitado na publicação e os estudos repetidos ou em duplicata.
Visto serem os ensaios clínicos a melhor ferramenta de pesquisa para testar a eficácia de uma intervenção, buscou-se na literatura estudos com esse delineamento, e metanálises sobre o consume de azeite de oliva, chocolate, café e vinho tinto (SCHULZ, 2002). 3
Resultados e Discussão
Através das estratégias de busca e dos critérios de inclusão estabelecidos para a corrente revisão foram encontrados um total de 643 artigos. Destes, 62 foram selecionados pelo título para análise de seus resumos.
Após essa análise, 62 foram elencados para leitura dos artigos na íntegra, mas 25 foram excluídos por apareceram mais de uma vez nas bases de dados, restando 37 trabalhos. Deste número, 15 foram rejeitados por não se enquadrarem aos critérios de inclusão, constatação feita após leitura minuciosa do manuscrito na íntegra. Também tiveram de ser omitidos, na seleção final, 2 estudos que não foram encontrados. Dos 643 artigos inicialmente identificados 20 estudos contemplaram os critérios de seleção.
Destes, 4 (20%) foram estudos de metanálise e 16 (80%) foram ensaios clinicos (tabela 01).
As metanálises apresentaram benefícios quanto ao consume de azeite de oliva, chocolate e café. Uma constituiu-se de análise de estudos prospectivos sobre o consumo de café e doenças cardiovasculares (MALERBA et. al., 2013), outras 2 metanálises avaliaram os efeitos de produtos a base de cacau ricos em flavanol (REID et. al., 2009; DESCH et. al., 2010) e um outro estudo analisou o consumo da dieta mediterrânica que possui como principal fonte de gordura o azeite de oliva (SOFI et. al, 2005).

Tabela 01. Artigos incluídos na revisão: ensaios clínicos.

Periódico	Ano da Publicação	Autor	Amostra	Faixa etária
Hypertension	2005	Alonso	5880	35,8
Clinical Developmental Immunology	2005	Fraga	28	18-20
Hypertension	2005	Grassi	20	43,7±7
American Journal Hypertension	2005	Vlachopoulos	17	24-32
Brazilian Journal Medical and Biologic Research	2005	Deslandes	15	26 ± 5
*	2006	Andrade	26	43,2 ± 6,0
European Journal of Clinical Nutrition	2006	Avellone	48	43.6 ±10.6
Circulation	2007	Flammer	22	**
The American Journal Clinical Nutrition	2008	Crews	101	≥60
Q J Medicine	2009	Richadson	103	**
*	2010	Tomazella	40	45-65
The Journal Nutritional Biochemistry	2012	Perona	50	**
British Medical Journal	2012	Zomer	2013	**
Nutrition Journal	2012	Rodriguez	351	54.76
*	2013	Teixeira	89	19 -59
BMC Medicine	2013	Toledo	7447	55-80

* Teses não publicadas em periódicos; ** Dados indisponibilizados ou insuficientes.

Na tabela 1, são apresentadas informações gerais sobre os 16 ensaios clínicos incluídos no estudo. Destes, 7 foram publicados no período de 2005 a 2006. Destes, 5 manuscritos foram publicados em periódicos no ano de 2005.
Considerando o tipo de dieta utilizada, 60% estudos apresentaram resultado satisfatórios quanto a diminuição de riscos cardiovasculares. Já 40% dos estudos não evidenciaram nenhum tipo de alteração quanto a utilização das dietas (figura 01).
Dentro dos padrões alimentares mais estudados encontra-se o da dieta mediterrânica. Dieta esta 4 0123456 Azeite de oliva Chocolate Vinho tinto Café Fator de proteção Não comprovaram benefícios rica em vegetais, frutas, alimentos pouco processado e azeite como fonte de gordura. Dos estudos analisados a respeito dos efeitos da ingestão de azeite de oliva, 3 estudos comprovaram relação inversa com a doença aterosclerótica e constataram que a sua ingestão exerce efeitos benéficos sobre a pressão arterial (TOMAZELLA, 2010; PERONA, 2012; TOLEDO, 2013).
Quantos aos estudos analisados sobre o consumo de chocolate e produtos derivados do cacau, 5 ensaios clínicos (ALONSO et. al., 2005; GRASSI, 2005; ZOMER, 2012; FLAMMER, 2007; VLACHOPOULOS, 2005) apresentaram efeitos beneficos, no entanto 4 estudos não apresentaram nenhuma comprovação de sua ingestão (RODRIGUEZ, 2012; CREWS, 2008; FRAGA, 2005; TEIXAIRA,2013).
Os estudos abordados aqui não especificaram detalhadamente que tipo de chocolates os participantes ingeriram. As amostras que consumiram diferentes tipos de alimentos a base de cacau como biscoitos, bebidas, entre outros obtiveram dados diferentes das que tiveram uma dieta a base de chocolate amargo. E os experimentos realizados com chocolate amargo não especificaram o tipo de chocolate consumido, ou seja, se o mesmo era extra amargo (75 a 85% de cacau), amargo (50 a 75%) e meio amargo (35 a 50%) (RICHTER, 2007).
As amostras das pesquisas a respeito da ingestão de chocolate foram bastante heterogenias, o que pode implicar no grau de evidência dos estudos. Foram idades, sexo, naturalidade, presença de doenças e agravos que diferenciaram as amostras dos estudos. Outro fato importante que merece atenção é que a maioria das pesquisas não mencionavam detalhadamente a quantidade de flavonóides ingeridos nas dietas dos participantes.
Fato semelhante foi observado nos estudos analisados sobre a ingestão de vinho tinto, pois não especificarm detelhadamente a quantidade de polifenóis contidas nas porções consumidas pelos partcipantes. No entanto foi verficado que o vinho tinto exerce uma forte ação antioxidante em humanos melhorando a função endotelial e reduzindo a pressão arterial (ANDRADE, 2006; AVELLONE, 2006).
O café, rico em substâncias bioativas, está entre os maiores contribuintes para a ingestão de antioxidantes em vários países. O café foi durante muitos anos associado como incentivador da elevação da pressão arterial sistólica e mais recentemente com papel hipercolesterolêmico pela presença de cafestol e kahweol. No entanto consumo baixo ou nenhum café está associado a um maior risco de derrame em mulheres (DESLANDES, 2005). No entanto dos 3 estudos analisados, 2 não apresentaram benéficios a respeito do consume de café (LOPEZ-GARCIA, 2006; RICHARDSON, 2009).

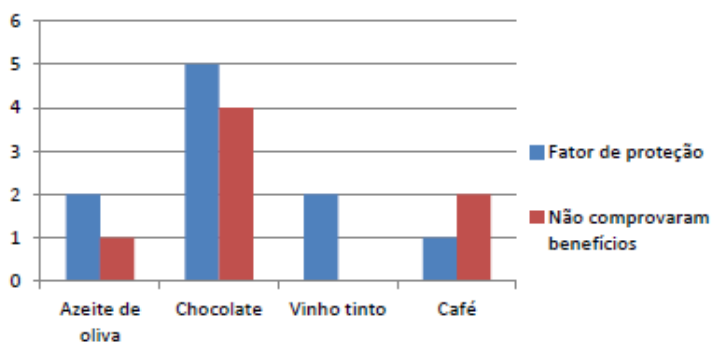


Figura 1. Consumo de alimentos industrializados e benefícios cardiovasculares.

Conclusão

O consumo de vinho, chocolate, azeite de oliva e café deve ser cuidadosamente indicado em caso de prevenção à DCV, observando as contraindicações que dependem de cada indivíduo, de sua condição psicológica e de saúde em geral. Assim, o consumo excessivo de qualquer bebida alcoólica, inclusive o vinho tinto, por razões de saúde não deve ser incentivado.
Após o levantamento das informações e análise das variáveis observadas, pode-se concluir que realmente há certo efeito protetor/benéfico à saúde quando há o consumo destes alimentos regularmente. Vale ressaltar que é necessária uma padronização das quantidades indicadas principalmente na dietoterapia de algumas doenças.

Referências

ALONSO, A. et. al. Chocolate consumption and incidence of hypertension. **Hypertension,** 2005.
ANDRADE, A. C. M. **Ação do vinho tinto sobre o sistema nervoso simpático e função endotelial em pacientes hipertensos e hipercolesterolêmicos** [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006. p.96.
AVELLONE, G. et al. Effects of moderate Sicilian red wine consumption on inflammatory biomarkers of atherosclerosis. **Eur J Clin Nutr;** 60:41-47, 2006.
BEHLING, E. B. et. al. Flavonóides quercetinas: aspectos gerais e ações biológicas. **Alimentos Nutricionais**. Araraquara, vol.1, p. 35-41, 2004.
CREWS, W. D.; HARRISON, D. W.; WRIGHT, J, W. A double-blind, placebo-controlled, randomized trial of the effects of dark chocolate and cocoa on variables associated with neuropsychological functioning and cardiovascular health: clinical findings from a sample of healthy, cognitively intact older adults. **Am J Clin Nutr**, vol. 87, p.872-80, 2008.
DESLANDES, A. C. et. al. Effect of caffeine on the electrophysical, cognitive and motor responses of the central nervous system. **Braz J Med Biol Res** , vol. 38, p. 1077- 1086, 2005.
DESCH, S. et. al. Effect of Cocoa Products on Blood Pressure: Systematic Review and Meta- Analysis. American Journal of Hypertension, vol.23, p. 97-103, 2010.
FLAMMER, A. J. et. al. Dark chocolate improves coronary vasomotion and reduces platelet reactivity. **Circulation,** vol. 116, n.21,p.2376-82, Nov., 2007.

FRAGA, C. G.; ACTIS-GORETTA, L.; OTTAVIANI, J. I.; CARRASQUEDO F. et. al. Regular consumption of a flavanol-rich chocolate can improve oxidant stress in young soccer players. **Clin Dev Immunol,** vol.12, p.11-7, 2005.
GRASSI, D. et. al. Cocoa reduces blood pressure and insulin resistance and improves endothelium-dependent vasodilation in hypertensives. **Hypertension**, vol. 46, p.398-40, 2005.
LARSSON, S. C.; VIRTAMO, J.; WOLK, A. Coffee consumption and risk of stroke in women. **Stroke**, vol.42, n.4, p.908-12, Apr, 2011.
MALERBA, S.; TURATI, F.; GALEONE, C.; PELUCCHI, C.; VERGA, F.; VECCHIA, C.; TAVANI, C. A meta-analysis of prospective studies of coffee consumption and mortality for all causes, cancers and cardiovascular diseases**. European Journal of Epidemiology,** vol, 28, n.7, p.527-539, Jul, 2013.
MONTEIRO, C. A.; MONDINI, L.; COSTA, R. B. Mudanças na composição e adequação nutricional da dieta familiar nas áreas metropolitanas do Brasil. **Rev. Saúde Pública.** vol.2, p 34-37, 2000. 6
NEUMANN, A. I. A. P. et. al. Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Rev. Panam. Salud Publica/Pan Am J Public Health**, vol.4, p.113-121, 2007.
NEUMANN, A. I. C. P.; SHIRASSU, M. M.; FISBERG, R. M. Consumo de alimentos de risco e proteção para doenças cardiovasculares entre funcionários públicos**. Rev. Nutr**., Campinas,vol.3, p.67-71, 2006.
PERONA, J. S. et. al.Reduction in systemic and VLDL triacylglycerol concentration after a 3-month Mediterranean-style diet in high-cardiovascular-risk subjects. **J Nutr Biochem**, vol.21, n.9, p.892-8, Sep, 2010.
RICHARDSON, T. et. al. Randomized control trial investigating the influence of coffee on heart rate variability in patients with ST-segment elevation myocardial infarction**. Q J Med,** n.102, p.555–561, 2009.
RICHTER, M.; LANNES, S.C.S. Ingredientes usados na indústria de chocolates. **Rev. Bras. Cienc. Farm.** São Paulo, **v**.43, n.3, Jul./Set, 2007.
RIED, K. et. al. Effect of cocoa on blood pressure. Cochrane Database of Systematic Reviews. **The Cochrane Library**, 2009.
RODRÍGUEZ, J. I. R; MARCOS, M. A. G; ALONSO, M. C. P; CONDE, C. A. et. al. Cocoa intake and arterial stiffness in subjects with cardiovascular risk factors. **Nutrition Journal,** p.11-18, 2012.
SCHULZ, K. F, GRIMES, D. A. Generation of allocation sequences in randomised trials: chance, not choice. **Lancet**, vol. 359, n.9305, p.515-9, 2002.
SILVA, B. C. G. **Alimentos funcionais em cardilogia. In: Farret JF. Nutrição e Doenças cardiovaculares: Prevenção Primaria e Secundaria**. São Paulo: Editora Atheneu, p. 155-166, 2005.
SOFI, F. et al. Adherence to Mediterranean diet and health status: meta-analysis. **BMJ**, p.1337-1344, 2008.
TEIXEIRA, A. M. N. C. **Efeito da ingestão de chocolate e erva mate na elasticidade arterial de indivíduos com HIV/aids em terapia anti**rretroviral / The effect of chocolate and yerba maté intake on arterial elasticity of HIV/aids patients on antiretroviral therapy. São Paulo; s.n; 2013.
TOLEDO, E. et. al.Effect of the Mediterranean diet on blood pressure in the PREDIMED trial: results from a randomized controlled trial.**BMC Med**. vol.19, n.11, p.207, Sep, 2013.
TOMAZELLA, M. C. D. **Efeito da dieta tipo Mediterrânea na função endotelial e inflamação na aterosclerose: estudo comparativo com dieta Therapeutic Lifestile Changes (TLC)** Tese. São Paulo, 2010.
TORO**,** A. G. **La evidencia: como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados**. Granada: Fundación Index; 2001.
VLACHOPOULOS C. et. al. Effect of dark chocolate on arterial function in healthy individuals. **Am J Hypertens,** vol.18, n.6, p.785-91, Jun, 2005.
WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diet, nutrition and prevention of chronic diseases**. Geneva, 2012.
ZOMER, E. et. al. The effectiveness and cost effectiveness of dark chocolate consumption asprevention therapyin people at high risk of cardiovascular disease: best case scenario analysis using a Markov model. **BMJ British Medical Journal**, p.3-10, May, 2012.

CONTRIBUIÇÕES DA PRÁTICA DA TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NO FORTALECIMENTO COMUNITÁRIO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: RELATO VIVENCIAL DE TERAPEUTAS COMUNITÁRIOS EM FORMAÇÃO.

FERNANDES, Níobe Guimarães[1]; BARRETO, Miriam Carmen Rivalta[2]; CARDOSO, Daciana Soares[3]; LOPES, Delcilda Eugênia Souza[4]; SANTOS, Luana Paula dos[5]; SILVA, Antonio Nildo Bento da;

RESUMO

Introdução: Diante da vivência como Residentes em Saúde da Família e Comunidade no município de Canindé e Terapeutas Comunitários em formação, notou-se que alguns problemas levantados pela a comunidade durante as rodas de terapia envolviam algumas demandas para Estratégia Saúde da Família. Com o presente estudo, objetiva-se avaliar a contribuição da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Estratégia Saúde da Família através de relatos de terapeutas comunitários em formação. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa. A investigação foi realizada com os residentes em Saúde da Família e Comunidade do município de Canindé e que estão em processo de formação em TCI pela Escola de Saúde Pública do Ceará. A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação de questionários estruturados (Apêndice A), os quais foram aplicados entre os meses de maio e junho de 2014, aos membros de dois grupos de terapeutas em formação em TCI pela ESP - CE atuantes no município de Canindé. Para organização e análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), e mais especificamente, com a etapa de categorização das informações. **Resultados e Discussão:** Conforme referido por ambos os seis terapeutas os espaços de vivência de TCI foram ambientes - em sua maioria – institucionais (Casa da Mulher, CRAS, UBS, Capelas e Escolas), porém não eliminando os espaços público-comunitários (como as praças). O público de maior assiduidade mencionado foram os idosos, em seguida os professores e mulheres. Valendo ressaltar que dentre os temas sugeridos com maior frequência esteve não só as preocupações/inquietações pessoais, como também as alegrias/contentamento, evidenciando que as rodas de TCI assumem espaço de partilha não só de emoções/sentimentos negativos. **Considerações Finais:** Portanto, as rodas de TCI ocorridas no território adscrito pela ESF mostraram-se de fundamental valia, proporcionando uma assistência humanizada de forma holística e evidenciando-se a necessidade de capacitar os demais profissionais inseridos na ESF para a expansão desta ferramenta de cuidado na rede de atenção à saúde , bem como a necessidade de ampliação do acesso a essa tecnologia de cuidado aos demais cidadãos desse país.
Palavras-chave: Terapia Comunitária Integrativa; Estratégia Saúde da Família; Promoção da Saúde.

1 INTRODUÇÃO

Para Arruda (2011), a Terapia Comunitária (TC), apresenta-se como um dispositivo positivo na Estratégia Saúde da Família (ESF), fomentando principalmente a proposta de promoção da saúde e prevenção de doenças, além de favorecer o aumento do vínculo profissional com a comunidade.

Na TC a metodologia usada é de partilhar experiências de vida e sabedorias de forma horizontal e circular, por meio de encontros interpessoais e intercomunitários que permite construir redes sociais solidárias de promoção da vida e mobilizar os recursos e as competências do individuo, da família e comunidade, ampliando a prática do autocuidado e corresponsabilização da população quanto ao seu processo saúde-doença. Desta maneira, a TC atua numa perspectiva integrativa, na qual a compreensão da cultura, história de vida, contexto familiar, sócio-comunitário e político são fundamentais (ANDRADE et al**,** 2008).

Diante da vivência como Residentes em Saúde da Família e Comunidade no município de Canindé-CE, e Terapeutas Comunitários em formação, notou-se que alguns problemas levantados pela a comunidade durante as rodas de terapia envolviam algumas demandas para Estratégia Saúde da Família. Levando-nos a investigar de que forma a Terapia Comunitária pode auxiliar na resolubilidade de tais problemas e no fortalecimento do vínculo da ESF com a comunidade.

O presente estudo objetiva avaliar a contribuição da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) na Estratégia Saúde da Família através de relatos de terapeutas comunitários em seu primeiro ano formação, apresentando como público alvo os Residentes de Saúde da Família e Comunidade, inseridos no Município de Canindé-CE, que estão realizando o processo formativo em TCI pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Assim, espera-se com o presente estudo, os relatos e as percepções dos profissionais participantes da pesquisa possam identificar a contribuição da TCI para a ESF, bem como sua contribuição no processo de resolubilidade das demandas e problemas apontados pela comunidade nas rodas realizadas no período de junho 2013 a junho de 2014.

2 Metodologia

A metodologia foi desenvolvida através de uma pesquisa de natureza exploratória e descritiva com abordagem qualitativa, visto que ambas podem possibilitar conhecer mais profundamente os sujeitos do estudo. A investigação foi realizada com os residentes em Saúde da Família e Comunidade do município de Canindé e que estão em processo de formação em TCI pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

A coleta de dados aconteceu por meio da aplicação de questionários estruturados (Apêndice A), os quais foram aplicados entre os meses de maio e junho de 2014, aos membros de dois grupos de terapeutas em formação em TCI pela ESP – CE, atuantes no município de Canindé-CE. Os relatos presentes nos questionários aplicados constituíram o material empírico para o presente estudo, direcionando-se a questões de como a TCI tem contribuído para a atuação profissional de cada um e como a TCI tem contribuído para a promoção de saúde da população. Atentando-se que os sujeitos do estudo foram esclarecidos sobre presente relato, e os questionários foram identificados pelas letras A, B, C, D, E e F, de acordo com ordem aleatória de sequência de aplicação dos mesmos. E como benefício aos sujeitos participantes apresentou-se a proposição do estudo em compreender a TCI enquanto lugar de expressão da subjetividade e ferramenta fortalecedora de vínculos. Para organização e análise do material empírico, foi utilizada a técnica de análise de conteúdo de Bardin (2011), e mais especificamente, com a etapa de categorização das informações. A técnica de análise de conteúdo foi desenvolvida a partir das seguintes etapas: pré-analíticas; exploração do material ou codificação; tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Para a exploração do material, realizaram-se leituras sobre os relatos obtidos e assim, criados unidades de contexto e de registro dos resultados, desmembrando em unidades, a partir dos diferentes núcleos de sentido. Posteriormente, os resultados foram reagrupados em classes ou categorias. Para a inferência e interpretação dos resultados, submeteram-se os conteúdos obtidos às análises reflexivas a partir da literatura pertinente ao tema (BARDIN, 2011).

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os questionários foram aplicados entre os meses de maio e junho de 2014, aos membros de dois grupos de terapeutas em formação em TCI pela ESP – CE, atuantes no município de Canindé.

Conforme Araruna *et al* (2012), a Terapia Comunitária Integrativa chegou à Atenção Básica de Saúde por meio da parceria entre Ministério da Saúde (MS) e Universidade Federal do Ceará (UFC), com auxílio do Movimento Integrado de Saúde Mental Comunitária/Ceará, visando a implantação de uma ferramenta que propiciasse troca de experiências, acolhimento e partilha de emoções de forma horizontalizada e circular. Considerando a recente implementação dessa vivência no município aqui mencionado, e mediante análise de dados, evidenciou-se como descrição dos locais, público participante e temas apontados com maior frequência os dados apresentados a seguir.

Conforme referido por ambos os seis terapeutas os espaços de vivência de TCI foram ambientes - em sua maioria – institucionais (Casa da Mulher, CRAS, UBS, Capelas e Escolas), porém, não eliminando os espaços público-comunitários (como as praças). O público de maior assiduidade mencionado foram os idosos, em seguida os professores e mulheres. Valendo ressaltar que dentre os temas sugeridos com maior frequência esteve não só as preocupações/inquietações pessoais, como também as alegrias/contentamento, evidenciando que as rodas de TCI assumem espaço de partilha não só de emoções/sentimentos negativos.

Dando continuidade, distribuiu-se os dados em 3 categorias temáticas construídas após análise categorial dos achados – extraídos dos questionários **–** acerca das contribuições da TCI para a Atenção Primária em Saúde e discussão dos mesmos com base no referencial teórico, assim, como se considerando os objetivos da pesquisa. Como subsídio para a categorização, foi utilizado a análise de conteúdo de estudos semelhantes ao presente.

São descritas a seguir as três categorias temáticas: Contribuições da TCI para a ESF; Contribuições aos participantes; Contribuições para a atuação dos terapeutas em formação.

3.1 Categorização

3.1.1 Contribuições da TCI para a ESF

Semelhante a Andrade (2009), posicionam-se os *sujeitos do presente estudo*, que apontam a TCI como importante ferramenta de cuidado à saúde mental da comunidade, atuando em prol do fortalecimento das ações da ESF e do desenvolvimento comunitário e social da população. Dessa maneira, a TCI constitui um espaço de fortalecimento de vínculo com a comunidade, bem como de aproximação das vivências comunitárias. E, nesse cenário de acolhimento, interação colaborativa, escuta qualificada, reflexão e troca de experiências, os profissionais de saúde vivenciam (reconhecem) in loco algumas demandas e necessidades da comunidade.

3.1.2 Contribuições da TCI aos participantes (à comunidade)

De acordo com Guimarães e Ferreira Filha (2006), torna-se nítido na atualidade o crescimento dos problemas emocionais e sociais, e a consequente sobrecarga física e psíquica nas pessoas, os quais ocasionam uma desintegração do individuo consigo mesmo e com sua comunidade. E como forma de prevenir o adoecimento mental e de identificar situações e fatores de risco surge a Terapia Comunitária Integrativa, promovendo o cuidado com ações de promoção da saúde mental e prevenção do sofrimento emocional para as comunidades através de práticas grupais.

Os dados dos questionários sugerem como principais contribuições da TCI aos participantes: uma oportunidade de cuidado psicossocioespiritual (relato mencionado por A, B e D), de engajamento, inclusão social e empoderamento comunitário (D e F) e de reconhecimento de demandas e necessidades com subsequentes encaminhamentos de cuidados à saúde a outros pontos da rede de atenção.

Dessa maneira, tais relatos ratificam a proposta de Barreto (2008), que aponta a TCI enquanto "espaço aberto de mútua ajuda, possibilitando à pessoa enfrentar suas dificuldades a partir do relato das histórias de vida dos outros participantes acerca de como cada um enfrentou ou enfrenta as dificuldades e os sofrimentos que a vida lhes impõe".

3.1.3 Contribuição para a atuação dos terapeutas em formação

Para Jatai e Silva (20012), a TCI ensina-nos a construir redes de apoio social e porta-se como uma possibilidadede aproximar os profissionais de saúde – inclusive o enfermeiro - às demandas da comunidade, visto que consiste em uma ferramenta que possibilita: escuta qualificada, rica troca de experiências, ações prevenção e promoçãoda saúde de forma significativa e valorização do saber popular; possibilitando mudanças sociais e o reconhecimento das competências de cada ator social.

Os residentes em Saúde da Família e Comunidade e terapeutas em formação de TCI, em seus relatos, indicaram que a formação trouxe como contribuições para a vida pessoal e profissional: desenvolvimento da escuta qualificada e de atitudes empáticas (A, B, D, F), valorização dos saberes e práticas populares (terapeuta C) e das relações interpessoais horizontais e não institucionalizadas (C e E), bem como favoreceu a capacidade de auto percepção e de abertura às relações interpessoais (terapeuta F). Tornando-se claro que a formação proporcionou uma mudança interna que inevitavelmente resulta em mudanças na sua relação com o outro, seja usuário do serviço de saúde ou colega de trabalho.

Considerações Finais

O terapeuta comunitário deve compreender que quem faz a terapia é o coletivo participante da roda. Ressaltando que o processo formativo em Terapia Comunitária Integrativa trabalha pontos pessoais (segurança, paciência, autoconhecimento, autoestima) do próprio terapeuta, tornando-o capaz de coordenar uma roda de TCI sem que suas relações e crises pessoais o perturbem em contato com as demandas apresentadas.

As rodas de TCI constituem-se, assim, uma importante ferramenta de cuidado na promoção da saúde, cidadania e na construção de redes sociais solidárias de promoção de vida. As quais comumente incitam a participação sociocomunitária e o fortalecimento do vínculo da comunidade com os profissionais da ESF. Percebendo-se que a proposta da Terapia Comunitária Integrativa possibilita considerável impacto positivo na Atenção Básica, estando de acordo com as atribuições propostas para ações de saúde mental e contribuindo para o empoderamento e capacidade de resiliência da comunidade frente às adversidades enfrentadas.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, L.O.M. *et al.***O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: Ministério da Saúde; 2008.

ANDRADE, F.B. *et al.* Saúde mental na atenção básica: um estudo epidemiológico baseado no enfoque de risco. **Rev. Bras. Enferm**. 2009.

ARARUNA, M.H.M. *et al.***Formação de terapeutas comunitários na Paraíba:** impacto na Estratégia Saúde da Família . Rev. Eletr. Enf. 2012 jan/mar; v.1 n.14. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a04.htm. Acesso em 10.07.2014. Às 12:00h.

ARRUDA, A. G. **Saúde mental na comunidade:** a terapia comunitária como dispositivo de cuidado / Amália Gonçalves Arruda. — Fortaleza, 2011.

BARRETO, A. de P**. Terapia comunitária passo a passo.** – Fortaleza: gráfica LCR, 2005.

CONTRIBUIÇÕES DE DISCENTES DE ENFERMAGEM PARA ACOMPANHANTES DE CRIANÇAS HOSPITALIZADAS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Lisiane Vital de Oliveira – Universidade Federal de Alagoas- liliu_vital@hotmail.com
Bárbara D'jeslley Magalhães – Universidade Federal de Alagoas
Juliana Amaral de Almeida Araújo – Universidade Federal de Alagoas
Julliane Bispo Pereira – Universidade Federal de Alagoas
Karla Regina Barbosa de Lira – Universidade Federal de Alagoas

Ivanise Gomes de Souza Bittencourt – Universidade Federal de Alagoas

Palavras-chave:Enfermagem. Pediatria. Promoção da Saúde.

Resumo

Esse trabalho tem o objetivo de relatar a experiência das contribuições de discentes de enfermagem para acompanhantes de crianças hospitalizadas. Trata-se de um estudo descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido por discentes do 7º período de enfermagem durante atividades práticas, da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente, na Unidade Pediátrica de um hospital no Município de Arapiraca no ano de 2014. As discentes dialogaram sobre a importância do papel da mãe no processo de saúde-doença, proporcionando um espaço para a expressão de sentimentos e angústias pelas mães. , durante o período da hospitalização. É imprescindível a atuação do profissional de enfermagem de forma a manter uma relação de confiança com a mãe e/ou acompanhante e a criança. Transmitindo orientações e informações com frequência de forma a minimizar a ansiedade das mães que esperam por respostas quanto ao estado de saúde dos seus filhos. A atividade proposta propiciou interação entre as acompanhantes, percebendo-se como elemento fundamental no processo de recuperação das crianças.

Introdução

O processo de hospitalização para a criança é caracterizado com muitas perdas, sendo estas expressas pelo afastamento do ambiente acolhedor de sua casa, dos amigos, de seus brinquedos e principalmente da família. Assim, a realidade do cenário hospitalar faz com que a criança abdique temporariamente a função de ser criança o que requer dos pais e/ou de seus acompanhantes um cuidado maior durante esse período, no qual, a mudança de comportamento será uma constante a ser enfrentada (SILVA, 2010).
A doença e a hospitalização da criança levam a uma alteração da dinâmica familiar. No hospital, o acompanhante vivencia experiências que, na maioria das vezes, são negativas, seja pela perda ou redução da autonomia da família em relação à criança, seja pela fragilidade da situação (SANTOS et al, 2013). Essa realidade se intensifica com os longos períodos de internação recorrente ao hospital, o repouso prejudicado devido à preocupação com a saúde da criança e das responsabilidades assumidas nesse processo o que se acentua com a presença das dificuldades financeiras e de acesso ao serviço de saúde. Em linhas gerais, todos esses fatores produzem grande desgaste físico e emocional ao acompanhante (SANTOS et al, 2013).
Com isso, é de fundamental importância uma boa interação entre família e a equipe de enfermagem durante a hospitalização da criança para que seja exitoso o processo terapêutico desenvolvido na Unidade Pediátrica, já que é imprescindível que o enfermeiro reconheça a família não somente como cuidadora da criança hospitalizada e sim como um sujeito a ser instrumentalizado para o cuidar (STRASBURG et al, 2011). Morais e Costa (2009) afirmam que as famílias das crianças hospitalizadas necessitam de apoio, orientação e cuidados permanentes dos profissionais envolvidos com o tratamento, onde tanto a criança como sua família sejam beneficiadas nesse processo.
Diante desse contexto, esse trabalho tem o objetivo de relatar a experiência das contribuições de discentes de enfermagem para acompanhantes de crianças hospitalizadas em uma Unidade Pediátrica de Arapiraca.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo do tipo relato de experiência, desenvolvido por discentes do 7º período de enfermagem da Universidade Federal de Alagoas, Campus Arapiraca, durante as atividades práticas da disciplina de Saúde da Criança e do Adolescente na Unidade Pediátrica de um hospital no Município de Arapiraca, no ano de 2014. As discentes de enfermagem foram organizadas em dois grupos compostos por 5 pessoas com auxílio de uma professora do curso de enfermagem, para facilitar o desempenho das ações planejadas. Foi desenvolvida, no período matutino, uma palestra educativa com 8 acompanhantes das crianças que se encontravam hospitalizadas, com duração de 40 minutos. Para o desenvolvimento da ação foi confeccionado um cartão com uma mensagem e uma rosa foi entregue ao final.

Resultados e Discussão

Nas atividades práticas realizadas com as crianças internas na unidade pediátrica, as discentes de enfermagem contaram com a colaboração das mães acompanhantes para obtenção de informações a respeito dos filhos. Contudo, identificaram algumas acompanhantes que estavam com crianças internas há semanas ou meses. Estas apresentavam uma grande sobrecarga emocional diante das condições de seus filhos.
Deste modo, planejou-se uma atividade educativa para as acompanhantes visando maior interação e diminuição da condição de estresse, tendo em vista que, assim como afirma Moraes e Costa (2009) a repercussão da hospitalização afeta não somente a vida da criança, mas altera toda a dinâmica familiar, gerando sentimentos ambíguos resultantes da perda de controle no funcionamento da família, das inseguranças quanto à capacidade de retomar o equilíbrio e das dúvidas relacionadas à situação vivenciada.
Durante a realização da atividade, as discentes dialogaram sobre a importância do papel da mãe no processo de saúde-doença, proporcionando um espaço para a expressão de sentimentos e angústias pelas mães, já que estudos indicam que quando a internação da criança se processa numa Unidade de terapia intensiva pediátrica, os pais, especialmente as mães devem ser incluídos na perspectiva do cuidado dos profissionais de enfermagem (MORAES; COSTA, 2009).
Além disto, foi declamada uma mensagem de incentivo ao passo que cada mãe entregava, conforme orientação pregressa, uma rosa à outra, como uma maneira de interação e vínculo entre elas.
Este momento mostrou-se bastante eficaz, contribuiu com a importância de demonstrar apoio, ouvi-las e criar um espaço para que pudessem expor suas angústias e ansiedades. Ressaltando assim, a necessidade de implementar ações que visem, no momento da internação, proporcionar o estreitamento das relações interpessoais dos acompanhantes.
Deste modo, durante o período da hospitalização, é imprescindível a atuação do profissional de enfermagem de forma a manter uma relação de confiança com a mãe e/ou acompanhante e a criança. Transmitindo orientações e informações com frequência de forma a minimizar a ansiedade das mães que esperam por respostas quanto ao estado de saúde dos seus filhos.
Em meio a tantas experiências e descobertas, percebemos que a maior delas está no desafio que é ser enfermeiro no sistema vigente e quanto se faz necessário preservar o hábito aos estudos, a busca por uma assistência humanizada e principalmente a reciclagem de si próprio, sempre no intuito de “cuidar, como gostaria de ser cuidado”.
Portanto, esse grande momento mostrou-se bastante reflexivo e produtivo para todos que participaram, uma vez que houve a sensibilização das mães e/ou acompanhantes quanto à necessidade das mesmas em demonstrarem força e persistência para uma boa qualidade de recuperação das suas respectivas crianças. Por outro lado, para os facilitadores, o ganho no aprendizado deu-se principalmente pela experiência adquirida através da oportunidade de presenciar na prática quais as condições sentimentais e físicas que se encontram as crianças hospitalizadas e seus acompanhantes podendo através destas atuar minimizando a existência de possíveis agravos.

Conclusão

Sabe-se que o ambiente hospitalar para uma criança é um ambiente totalmente traumático, pois a mesma é submetida a uma mudança absoluta, tendo em vista que em um momento estava em um local acolhedor com sua família, seus brinquedos, e em outro em um local que para ela, muitas vezes é assustador. Nota-se, portanto, a importância de um acompanhante neste momento, para poder aliviar o medo e as angústias desta criança. Este acompanhante, por sua vez, também possui medos e incertezas por não saber ou às vezes não entender a situação da criança. Por isso a importância da atenção com o acompanhante, pois este precisa do apoio e dos cuidados da equipe para que possam influenciar numa melhora do estado da criança.
Sendo assim, desde a elaboração até a execução da atividade proposta, as discentes de enfermagem refletiram acerca do cuidado com o cuidador e suas implicações para a recuperação da criança hospitalizada. Os profissionais da unidade pediátrica, pelas diversas atribuições diárias, não demonstraram disponibilidade para realizar momentos de descontração com as acompanhantes das crianças. Percebido isso, as discentes de enfermagem decidiram promover tal ação como forma de minimizar o cansaço e o estresse das mães

acompanhantes, fazendo com que elas se sentissem acolhidas e essenciais para suas crianças naquele ambiente. E também como forma de incentivar os profissionais a interagirem com as acompanhantes proporcionando um espaço menos traumatizante para todos.

Referências

SANTOS, L.F.; OLIVEIRA, L.M.A.C.; BARBOSA, M.A.; SIQUEIRA, K.M.; PEIXOTO, M.K.A.V. Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.66, n. 4, p. 473-478, Brasília, 2013.

MORAIS, Gilvânia Smith de Nóbrega. COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Rev. Esc. Enferm**. V.19, n.3, p.639-346. São Paulo, 2009.

SILVA, J.M.M. O desenho na expressão de sentimentos em crianças hospitalizadas**. Revista de Psicologia**, v. 22, n. 2, p. 447-456, Maio/Ago, 2010.

STRASBURG, A.C.; PINTANE, A.C.; GOMES, G.C.; MOTA, M.S.. Cuidado de enfermagem a crianças hospitalizadas: Percepção de mães acompanhantes. **Revista de Enfermagem. UERJ**, v.19, n.2, p. 262-267, Rio de Janeiro, 2011.

Agradecimentos

Primeiramente agradecemos a Deus, porque nada é possível sem a sua benção.
Agradecemos ao quadro de professores de Enfermagem da Universidade Federal de Alagoas/Campus Arapiraca, por incentivar a busca pelo aprimoramento e pesquisa.
Agradecemos a nossa orientadora Ivanise Gomes de Souza Bittencourt, que nos ajudou no desenvolvimento dessa atividade.

CONTRIBUIÇOES DO PET SAÚDE EM UM GRUPO DE MULHERES QUE FAZEM USO DE PSICOTRÓPICOS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA.

Bárbara D'jeslley Magalhães- Universidade Federal de Alagoas – barbaradjeslley@gmail.com
Aline Fernanda Pacheco Santos- Universidade Federal de Alagoas
Thaiana Galdino da Silva- Universidade Federal de Alagoas
Chrystiano Ferreira de Albuquerque- Universidade Federal de Alagoas

Andreivna Kharenine Serbim - Universidade Federal de Alagoas

Palavras-chave:*Psicotrópicos, Depressão, Mulheres, Medidas Terapêuticas, Ansiedade.*

Resumo

Os psicotrópicos são atualmente no mundo a classe de medicamentos mais utilizados como ansiolíticos e hipnóticos e as situações nas quais se fazem necessários o uso de tais medicamentos requerem medidas emergenciais, uma vez que transtornos como a ansiedade e a depressão podem limitar a saúde das pessoas que são acometidas por elas. Por isso se vê a importância de um acompanhamento interdisciplinar
às pessoas que fazem uso de psicotrópicos, fármacos com alto grau de dependência e que precisa de uma atenção especial quanto ao tempo de utilização e a retirada do medicamento (deve ser de forma gradual), para que se forneçam ferramentas que auxiliem no tratamento, promovendo assim a avaliação de cada caso e projeto terapêutico indicado, dando a elas a oportunidade de serem avaliadas sob diversos olhares críticos que irão decidir a melhor forma de promover a saúde para elas. Diante disso o PET Saúde – Redes de Atenção Psicossocial procurou desenvolver momentos terapêuticos com mulheres usuárias de uma Unidade Básica de Saúde que se encontram em tratamento com psicotrópicos a fim de encontrar outras medidas que conduzam a uma melhor qualidade de vida e as tornem protagonistas das próprias mudanças.

Introdução

Os medicamentos psicotrópicos são utilizados em diversos países do mundo, para o tratamento de ansiedade, depressão e indução do sono, entre outras. Observa-se na prática que o uso indevido de medicamentos psicotrópicos (definido como o uso sem prescrição médica ou em quantidades superiores ao preconizado), torna-se cada vez mais frequente (SOUZA; OPALEVE; NOTO, 2013). Atualmente observa-se o predomínio de certas psicopatologias (assim designadas) como sendo fruto do sistema vigente e seus retratos na sociedade. A depressão reconhecida por muitos autores como ‘’mal do século’’ ocupa lugar de destaque exigindo medidas emergenciais (TAVARES, 2010).

No caso da depressão, que é uma doença incapacitante capaz de comprometer a saúde física e limita a atividade dos indivíduos acometidos, e possui uma frequência de duas a três vezes maiores em mulheres que em homens, o tratamento feito com o uso de psicotrópicos é mais prolongado e geralmente associado a medidas terapêuticas não farmacológicas, como psicoterapia comportamental, psicoterapia em grupo e outras formas de tratamento que auxiliem na qualidade de vida do indivíduo (FLECK, et al, 2009; PERITO; FORTUNATO, 2012).

Baseado na Organização Mundial da Saúde – OMS, entendem-se como transtornos mentais as condições caracterizadas por alterações mórbidas do modo de pensar e/ou das emoções, e/ou por alterações mórbidas do comportamento associadas à angústia expressiva e/ou deterioração do funcionamento psíquico global, por exemplo, a depressão e ansiedade, as quais despertam sintomas como irritabilidade, insônia, dificuldade de concentração dentre outros que precisam ser diagnosticados precocemente e tratados a fim de evitar prejuízos físicos e psicológicos na saúde da mulher (VIDAL, et al, 2013; BALLONE, 2008).

Nesse âmbito, fica evidente a necessidade de acompanhamento das mulheres que utilizam medicamentos psicotrópicos com o objetivo de oferecer ferramentas que auxiliem no tratamento, como formação de grupos terapêuticos.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo na forma de um relato de experiência apoiado em revisão bibliográfica sobre a vivência de participantes do PET SAÚDE (Grupo Redes de Atenção à Saúde Psicossocial), que incluem estudantes dos cursos de Enfermagem e Psicologia da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), Campus Arapiraca, durante as atividades de campo em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Arapiraca/Alagoas. As atividades de construção e desenvolvimento do grupo foram todas as quartas e sextas feiras pela tarde, durante o primeiro semestre de 2014. Participaram também das atividades preceptores do PET (enfermeira e educador físico) e outros profissionais da saúde como, alguns agentes comunitários de saúde, que foram de grande ajuda para a captação dessas mulheres. Através da análise dos prontuários e posteriormente de entrevistas os integrantes do PET SAÚDE selecionaram as mulheres que se encaixavam na proposta do grupo.

Resultados e Discussão

Durante as atividades realizadas com o grupo de mulheres os participantes do PET, estudantes e preceptores, tiveram muita facilidade para interagir com as mulheres, informando a elas o objetivo do grupo e pedindo que todas se apresentassem e falassem um pouco quais eram as expectativas de participar do grupo. Algumas demonstraram dificuldade para se expressar e contar sua história. A maioria mostrou o mesmo padrão de rotina diária e de vida: cuidadoras do lar e dos filhos, com dificuldades para dormir se não tomassem o medicamento ou faziam uso para amenizar a tristeza, enfrentar algum momento angustiante da vida, e pouca disponibilidade e vontade para praticar exercícios físicos.

Algumas se diferenciaram ao relatar a frequência na qual procuravam o médico que prescreve a medicação, de uma a duas vezes por mês, entretanto a maioria demonstrou não se consultar regularmente e todas informaram não ter acompanhamento psicológico. Os integrantes do PET optaram por começar um diálogo acerca do que era compreendido por tristeza e depressão e em meio a muitos semblantes de dúvidas elas começaram a identificar muitos dos sintomas relatados pelas estudantes. Após a fala de cada mulher as estudantes de psicologia e enfermagem começaram a caracterizar pessoas em situação de depressão em situação de tristeza, para que as mulheres percebessem a diferença entre depressão e tristeza.

Em outros encontros foi possível a realização de acompanhamentos pessoais com as discentes de psicologia onde cada mulher pode expor suas angustias, medos e os sinais e sintomas que elas percebiam ao fazer uso da medicação e nos dias que passavam sem utilizar o medicamento.

No final do grupo o educador físico conduziu uma ginástica laboral, momento de relaxamento e descontração tornando o clima do encontro agradável possibilitando as mulheres expor as impressões sobre o encontro.

Conclusão

As ações desenvolvidas com mulheres que fazem uso de medicamentos psicotrópicos permitiram que os integrantes do PET SAÚDE, percebessem a importância de auxiliar no processo de tratamento de mulheres diagnosticadas com depressão e daquelas que utilizam psicotrópicos apenas como indutores do sono. Sabe-se que algumas mulheres se automedicam, por isso em ambos os casos, essas usuárias necessitam de uma intervenção conjunta dos profissionais e dos serviços de saúde para estabelecer quais usuárias realmente necessitam do tratamento medicamentoso evitando os prejuízos causados pelo uso inadequado e desnecessário de tais medicações.

Concluindo o grupo PET propõe acrescentar na rotina dessas mulheres elementos que além de auxiliar no tratamento medicamentoso para aquelas que realmente necessitam as conduzam a ter uma qualidade de vida, tais como exercício físico, alimentação adequada, acompanhamento psicológico que é oferecido na Unidade de Saúde através do NASF, e atividades de lazer, proporcionando novas realidades e tornando-as protagonistas da sua mudança e melhora de vida.

Referências

SOUZA A.R.L; OPALEVE, E.S; NOTO, A.R. Contextos e padrões do uso indevido de Benzodiazepínicos entre mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2013;18(4):1131-1140. Acesso: 23 de abr de 2014.
Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n4/26.pdf

FLECK, P.M; et al. Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão(versão integral). **Revista Brasileira de Psiquiatria**. 2009. 31(Supl I): S7-17. Acesso em: 23 de abr de 2014.Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s1/a03v31s1.pdf.

VIDAL, C.E.L; et al. Transtornos mentais comuns e uso de psicofármacos em mulheres. **Cad. Saúde Colet.** 2013. Rio de Janeiro, 21 (4): 457-64. Acesso em: 23 de abr de 2014.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n4/v21n4a15.pdf.
PERITO, M.E.S; FORTUNATO, J.J. Marcadores Biológicos da Depressão: uma revisão sobre a expressão de fatores neutróficos**. Re. Neurocienc**. 2012. 2012;20(4):597-603. Acesso em: 24 de abr de 2014.Disponível em: http://www.revistaneurociencias.com.br/edicoes/2012/RN2004/revisao%2020%2004/730%20revisao.pdf.
BALLONE, G.J. O que são Transtornos Mentais – in. **PsiqWeb**. 2008. Acesso em: 26 de abr de 2014. Disponível em: http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=230.
TAVARES, I.A.T. A depressão com ‘’mal-estar ‘’contemporâneo: medicalização e (ex) sistência do sujeito depressivo. São Paulo. **Cultura Acadêmica**, 2010. Acesso em 23 abril de 2014. Disponível em: http://livros.universia.com.br/?dl_name=Livros_Academicos/A_depressao_como_mal_estar_contemporaneo.pdf.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade Federal de Alagoas pelos diversos projetos que nos permitem o contato com os serviços de saúde antes de concluirmos nossa graduação.
Agradecemos aos professores que tão pacientemente nos acompanham nessa trajetória.
Agradecemos aos Serviços de Saúde do Município de Arapiraca que tanto nos acolhem em nossos estágios e projetos.

CONTROLE DA TUBERCULOSE NO MUNICÍPIO DE SÃO GONÇALO DO AMARANTE-CE: UMA ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA

Liana Mara Rocha Teles (apresentador) – Universidade Federal do Ceará. Email: lianinhamara@yahoo.com.br
Lidiane Nogueira Rebouças Aguiar – Universidade Federal do Ceará
Maysa Oliveira Rolim Sanford Frota – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante - CE
Kylvia Gardênia Torres Eduardo – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante - CE
Daniele Rocha de Farias Marques – Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante - CE
Ana Kelve de Castro Damasceno (Orientador) – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave:Tuberculose. Saúde Pública. Vigilância Epidemiológica. Enfermagem.

Resumo

Visando melhorar as ações de controle e prevenção dessa patologia no município de São Gonçalo do Amarante, realizou-se o presente estudo com objetivo de conhecer a situação epidemiológica dessa patologia, monitorando os registros e sistematizando as atividades do programa. Estudo epidemiológico retrospectivo, realizado em julho de 2014, no município de São Gonçalo do Amarante, a partir dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) dos anos de 2012, 2013 e 2014 (parcial). A incidência de TB no município em estudo aumentou em mais de 5% em 2013 (56,86 casos/100.000) se comparada ao ano anterior (51,72/100.000). No primeiro semestre do corrente ano, o valor já ultrapassa os 60% de 2013 (35,93/100.000). A maioria dos casos diagnosticados foi classificada como TB pulmonar, contudo, verificou-se um aumento importante dos casos extra-pulmonares no ano de 2013, passando de 3 para 6. Em 2014 já foram registrados 4 casos. Houve um avanço na alta por cura, com elevação da porcentagem de 66,66% em 2012 para 82,14% em 2013. Quanto à triagem sorológica para HIV, Em 2012, 60% dos pacientes não realizaram a sorologia, em 2013 o percentual foi de 41% e em 2014, somente 11,11% ainda não realizaram. Apesar de se verificar um aumento da incidência de tuberculose, o verificou-se que as ações de controle dessa patologia no município têm sido efetivas, aumentando o percentual de cura, diminuindo as taxas de abandono e óbitos e realizando busca ativa dos contactantes. Contudo, necessita-se planejar estratégias de prevenção que minimizem essa incidência.

Introdução

A Tuberculose (TB) ainda é considerada um problema de Saúde Pública no Brasil. A descentralização das ações de controle da tuberculose e o exercício da vigilância epidemiológica no âmbito da atenção primária à saúde têm importância ímpar nas estratégias de enfrentamento.

No contexto da reorganização das práticas de atenção à tuberculose TB no Brasil, o Plano Nacional de Controle da TB tem enfatizado a Integração das ações de controle da doença à atenção básica (AB), especificamente por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (BRASIL, 2000). Tais iniciativas vêm repercutindo na redução da incidência, expressa pela tendência de quedas de casos novos, com média anual de decréscimo de 2,4%. Entretanto, no panorama mundial, mundial, o país ainda ocupa a 19ª posição entre os 22 países responsáveis por 80% do total de casos de tuberculose. Em 2012, foram notificados no Brasil 70.047 casos novos da doença, com taxas de incidência de 36,1 e mortalidade de 2,4 casos por 100 mil habitante (BRASIL, 2013). De acordo com as metas mundiais estabelecidas para 2050, espera-se que a incidência global de TB ativa seja menor que 1/1.000.000 habitantes por ano (BRASIL, 2011).

Considerando a tuberculose como agravo de relevância social e epidemiológica, . Dentro dos municípios da região metropolitana de Fortaleza-CE, São Gonçalo do Amarante se destaca como um dos municípios com mais casos detectados, apresentando, inclusive, casos de multirresistência primária.

Visando melhorar as ações de controle e prevenção dessa patologia no município de São Gonçalo do Amarante, realizou-se o presente estudo com objetivo de conhecer a situação epidemiológica dessa patologia, monitorando os registros e sistematizando as atividades do programa, através de um planejamento racional e objetivo.

Metodologia

Estudo epidemiológico retrospectivo, realizado em julho de 2014, no município de São Gonçalo do Amarante. A coleta e análise dos dados foram realizadas com base em um levantamento epidemiológico dos casos notificados no Sistema de Informação de Agravos e Notificações (SINAN) dos anos de 2012, 2013 e 2014 (parcial).

Atualmente, o município possui 46.247 habitantes distribuidos em dezesseis equipes da ESF. A triagem de sintomáticos respiratórios ocorre na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) ou no domicílio, onde é realizado o exame clínico e a solicitação de baciloscopia. O exame de baciloscopia é realizado no Laboratório Municipal de Análises Clínicas. É rotina que, antes dos resultados serem encaminhados à ESF, passem pela enfermeira do Setor de Vigilância Epidemiológica, a qual realiza controle do quantitativo de sintomáticos examinados e do número de casos positivos. Em caso de positividade, a enfermeira da vigilância epidemiológica entra em contato com a enfermeira da equipe a qual o paciente está adscrito, informando sobre as condutas para notificação e acompanhamento do caso. Essa estratégia contribuiu sobremaneira para a agilidade na notificação e início do tratamento dos pacientes.

O presente estudo respeitos os aspectos éticos da Resolução Nº466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde para pesquisa com seres humanos (BRASIL, 2012), sendo o mesmo autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde.

Resultados e Discussão

A incidência de TB no município em estudo aumentou em mais de 5% em 2013 (56,86 casos/100.000) se comparada ao ano anterior (51,72/100.000). Analisando a incidência no primeiro semestre do corrente ano, observou-se que o valor já ultrapassa os 60% de 2013 (35,93/100.000). Dado preocupante, já que as metas mundiais estabelecem a eliminação desse agravo e não o aumento da incidência do mesmo.

A maioria dos casos diagnosticados foi classificada como TB pulmonar, contudo, verificou-se um aumento importante dos casos extra-pulmonares no ano de 2013, passando de 3 para 6. Em 2014 já foram registrados 4 casos. Dentre os casos extra-pulmonares observou-se as seguintes classificações: 3 casos pleural; 3 miliar; 3 ganglionar periférica; 1 óssea; 1 cutânea; 1 mamária e 1 outra. Os casos extra-pulmonares ocorrem com maior freqüência em pacientes imunocomprometidos. Isso é confirmado pelo atual estudo ao verificar-se que todos os pacientes HIV positivo tiveram diagnóstico de TB extra-pulmonar (BRASIL, 2011).

Em relação aos casos com baciloscopia ou cultura de escarro positiva durante o diagnóstico de TB, verificou-se um aumento significativo, de 33,33% dos casos em 2012 para 50% em 2013 e 72,22% em 2014. A pesquisa bacteriológica é um método importante tanto para o diagnóstico quanto para o controle do tratamento dos casos de TB. Tendo em vista que os pacientes bacilíferos são os responsáveis pela cadeia de transmissão, essa informação é fundamental para prevenção de novos casos e planejamento das ações de promoção da saúde. Também reflete a maior disponibilidade e qualidade do exame realizado. Por outro lado, serve de alerta para que os profissionais da Atenção Básica façam busca ativa dos contactantes e sintomáticos de sua área de abrangência. Tal ação pode ser avaliada positivamente no período estudado, analisando-se os percentuais de contatos examinados que foram de 81%, 92,07% e 89,18%, respectivamente. A equipe de saúde da família, por atuar em território definido, exerce um papel determinante para a cura e tratamento da TB. Entretanto, algumas dificuldades no processo de trabalho dessas equipes - como a ineficiência na qualificação profissional para a produção do cuidado ao doente de TB - têm impedido tanto a identificação precoce dos casos, quanto as reais necessidades de saúde dos usuários acometidos (BARRETO, et al., 2013).

Quanto aos agravos associados, há registro de Aids (2 em 2012 e 1 em 2014), alcoolismo (1 em 2012 e 3 em 2014), drogas (um para cada ano estudado) e tabagismo (1 em 2012 e 1 em 2014). Ressalta-se que esses dados referem-se à situação dos pacientes no momento em que foram notificados. Além desses fatores individuais, a vigilância epidemiológica também deve estar atenta aos determinantes sociais. A TB é uma doença social que emerge da iniqüidade na distribuição de renda. A presença dessa doença em uma comunidade é reflexo da precariedade de políticas locais de desenvolvimento social, podendo acarretar o esgotamento da capacidade produtiva da comunidade, por ser mais incidente na população economicamente ativa. De forma cíclica, a TB surge nas comunidades pobres e contribui no agravamento do estado de pobreza, justamente por atingir sua classe econômica produtiva (BENATAR; UPSHUR, 2010).

Com o advento do HIV como epidemia, verificou-se que a tuberculose é a maior causa de morte entre as pessoas que vivem com esse vírus. Freqüentemente, a descoberta da soropositividade para o vírus do HIV ocorre durante o tratamento de TB (BRASIL, 2011). Para minimizar a mortalidade dessa clientela, é ofertado, ao paciente acompanhado por TB, o exame de sorologia de HIV. Entretanto, o exame só pode ser realizado com o consentimento livre e esclarecido do cliente. Para tanto, é necessário que os profissionais que acompanham os mesmos, façam um aconselhamento pré-teste e pós-teste de qualidade. Verificou-se, no município em estudo, uma melhora na porcentagem de adesão ao exame. Em 2012, 60% dos pacientes não realizaram a sorologia, em 2013 o percentual foi de 41% e em 2014, somente 11,11% ainda não realizaram. A co-infecção HIV/TB é uma doença de complexidade social e sua eliminação não se restringe ao setor saúde, mas depende da gestão intersetorial, do investimento nas áreas de habitação, transporte, alimentação, entre outros (BRUNELLO, et al., 2011).

Avaliando o encerramento dos casos acompanhados, percebe-se um grande avanço na alta por cura, com elevação da porcentagem de 66,66% em 2012 para 82,14% em 2013. Essa informação não pode ser avaliada para 2014, já que a maioria dos pacientes ainda está em

tratamento. Observou-se aumento na quantidade de transferência entre 2012 e 2013, 1 e 3 respectivamente, não havendo nenhum registro em 2014; e redução no número de abandonos, e mudança de diagnóstico, com 2 casos em 2012 e 1 caso em 2013, em ambas as situações. Houve um óbito por TB no período estudado, ocorrendo uma redução de óbitos por outras causas, 2 e 1 casos, em 2012 e 2013, respectivamente.

A possibilidade de identificar as necessidades demandadas pelos usuários permite o estabelecimento de uma relação de confiança e responsabilidade com a equipe, o que, no caso da pessoa com TB, se torna fundamental para a produção de vínculo e, consequentemente, para o êxito do tratamento (GOMES; SÁ, 2009). A postura dos profissionais das ESF influencia no modo como o doente vai compreender a doença, aceitar ou não aceitar o tratamento e conduzir a sua própria vida.

O enfermeiro ao reconhecer a educação em saúde como estratégia para detecção precoce de sintomáticos respiratórios revela que há um processo de construção de ações voltadas para o campo da vigilância da saúde. Nesse sentido, as ações de educação em saúde são essenciais para que a comunidade reconheça a sintomatologia da TB, sobretudo para favorecer a ruptura de medos e preconceitos da população com a doença (BARRÊTO, et al., 2013).

As ações de educação em saúde precisam ser reconhecidas como alicerce da Atenção Básica e inseridas no âmbito da Estratégia Saúde da Família com a finalidade de promover uma melhor apreensão dos usuários acerca do processo saúde e doença e, consequentemente, ofertar subsídios para adoção de novos hábitos de vida e medidas de saúde, ou seja, contribuir efetivamente para emancipação de sujeitos (TRIGUEIRO, et al., 2009).

Conclusão

Controlar a tuberculose ainda tem sido um desafio, em vista a diversidade de aspectos que envolvem a doença, tendo no caráter social um obstáculo importante. A implementação de ações intersetoriais para diminuir o impacto da tuberculose na saúde da população é preponderante e a atenção primária à saúde ocupa um papel de destaque no controle desta doença em todo o Brasil.

Apesar de se verificar um aumento da incidência de tuberculose em São Gonçalo do Amarante, o presente estudo verificou que as ações de controle dessa patologia no município têm sido efetivas, aumentando o percentual de cura, diminuindo as taxas de abandono e óbitos, aumentando a triagem sorológica para HIV e realizando busca ativa dos contactantes. Contudo, necessita-se planejar ações de prevenção que minimizem essa incidência, através de estratégias educativas junto à comunidade adscrita às equipes da ESF .

Referências

BARRÊTO, A.J.R.; EVANGELISTA, A.L.F.; SÁL, L.S.; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; LOPES, A.M.C. Gestão do cuidado à tuberculose: da formação à prática do enfermeiro. **Rev Bras Enferm**, v.66, n.6, p.847-53, 2013.

BENATAR, S.R.; UPSHUR, R. Tuberculosis and poverty: what could (and should) be done? **Int J Tuberc Lung Dis**, v.14, n.10, p.1215–21, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria das Políticas Públicas. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Pneumologia Sanitária. **Plano de controle da tuberculose no Brasil no período de 2001-2005**. Brasília: MS; 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Tuberculose: alinhada com o social, afinada com a tecnologia. **Bol Epidemiol,** v.44, n.2, 2013. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2013/Abr/10/boletim2_2013_tb_web.pdf Acesso em: 5 Jul. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Manual de recomendações para o controle da tuberculose no Brasil**. Brasília: MS 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. Brasília, 2012.

BRUNELLO, M.E.F.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; ARCÊNCIO, R.A.; ANDRADE, R.L.P.; MAGNABOSCO, G.T.; VILLA, T.C.S. Áreas de vulnerabilidade para co-infecção HIV-aids/TB em Ribeirão Preto, SP. **Rev Saúde Pública**, v.45, n.3, p.556-63, 2011.

GOMES, A.L.C.; SÁ, L.D. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, v.43, n.2, p.365-72, 2009.

TRIGUEIRO, J.S.; SILVA, A.C.O.; GOIS, G.A.S.; ALMEIDA, S.A.; NOGUEIRA, J.A.; SÁ, L.D. Percepção de enfermeiros sobre educação em saúde no controle da tuberculose. **Cienc Cuid Saúde**, v.8, n.4, p.660-6, 2009.

Agradecimentos

Á Secretaria Municipal de Saúde de São Gonçalo do Amarante – CE.

CORRELAÇÃO DE PADRÃO OSSEO A PARTIR DE RADIOGRAFIAS PANORÂMICAS COMO MEIO AUXILIAR DE FLUOROSE OSSEA

Rayanne Rilka Pereira da Silva – Universidade Federal de Campina Grande - Email:rayanne_rilka@hotmail.com
Maria Soraya Pereira Franco - Universidade Federal de Campina Grande
Consuelo Fernanda de Sousa.- Universidade Federal da Paraíba
Ejoyce N Braga - Universidade Federal da Paraíba
Fábio Correia Sampaio. Universidade Federal da Paraíba

Palavras-chave:Fluor.Correlação.Fluorose óssea.

Resumo

A correlação positiva existente sobre o a eficácia do flúor na redução dos níveis de cáries dentárias em crianças são bem conhecidas, porem, o consumo excessivo dessa substancia pode resultar em agravos à saúde que não podem ser desconsiderados.
Embora a única consequência do uso exagerado do flúor seja a fluorose dentária e óssea, as pesquisas sobre a primeira condição são notadamente mais frequentes do que sobre a segunda condição.
Mediante essa problemática, o diagnóstico precoce da fluorose óssea é a primeira estratégia para a implantação de medidas de controle e redução da ingestão de fluoretos seja por busca de outras fontes de água ou pela implantação de sistemas de desfluoretação.
.

Introdução

Os efeitos benéficos do flúor são conhecidos desde o século passado quando trabalhos científicos publicados já em 1930 demonstram que existe uma correlação positiva entre redução dos níveis de cáries dentárias em crianças e os teores residuais de flúor nas águas de abastecimento de algumas comunidades (THYLSTRUP *et al*., 1988).
Por outro lado, o excesso de flúor pode resultar em agravos à saúde que não podem ser desconsiderados. Embora a única consequência do uso exagerado do flúor seja a fluorose dentária e óssea, as pesquisas sobre a primeira condição são notadamente mais frequentes do que sobre a segunda condição. A explicação para a existência de poucas pesquisas com a fluorose óssea está no fato dessa condição somente ocorrer em situações onde o teor de flúor na agua de consumo atinge acima de 3,5 ppm.
Mediante essa problemática, o diagnóstico precoce da fluorose óssea é a primeira estratégia para a implantação de medidas de controle e redução da ingestão de fluoretos seja por busca de outras fontes de água ou pela implantação de sistemas de desfluoretação. Desta

forma, este trabalho tem sua justificativa respaldada na possibilidade correlacionar a característica do padrão ósseo (presença de osteomalácia, osteopenia) de radiografias panorâmicas indicativo de biomarcador radiológico de pacientes com e sem fluorose óssea.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, de natureza exploratória e descritiva com abordagem quantitativa.

O estudo foi realizado na vila de Brejo das Freiras, município de São João do Rio do Peixe (PB) distante cerca de 500 km da capital João Pessoa.

A pesquisa foi desenvolvida obedecendo a todos os preceitos éticos regidas pela resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados estão representados através de figuras e tabelas. A amostra foi composta por 27 indivíduos residentes no local a mais de 25 anos ,com ingestão acima de 4,0 ppm de flúor.

Na figura 1 apresenta indivíduo da região pesquisada com alteração na mão e joelho, apontando para o Grau I (leve) de fluorose óssea, mas sem sintomatologia clinica , relata limitação de movimentos e deformação de juntas como “knock-knee”.

Figura 1 - Alterações nas articulações, mão e joelhos (característico "knock Knee")

Fonte: SAMPAIO, FC.

Foi realizada a relação dos escores em geral para cada condição analisada e a presença da fluorose óssea. A tabela 1 mostra a presença (sim ou não) de fluorose relacionada às médias dos escores dados para cada condição.

Tabela 1 - Relação da presença de fluorose com a média dos escores dado para cada condição examinado por ortodontistas e radiologistas.

Condição	Fluorose		Diferença
	Não	Sim	
Osteopenia	**1,91 (2,9)[a]**	**3,07 (3,7)[b]**	**1,16**
Osteomalácia	0,26 (1,2)[a]	0,28 (1,4)[a]	0,02
Osteosclerose difusa	0,82 (1,8)[a]	1,04 (2,0)[a]	0,22
Linhas de crescimento	0,73 (1,7)[a]	0,76 (1,7) [a]	0,03
Alargamento diafisário	0,46 (1,5)[a]	0,95 (2,2) [a]	0,59
Ossificação dos tecidos moles	**0,33 (1,0)[a]**	**1,09 (2,4)[b]**	**0,76**
Ossificação dos tecidos	0,61 (1,5)[a]	0,91 (2,1) [a]	0,30
Deformidades ósseas	**1,51 (2,4) [a]**	**2,76 (3,5) [b]**	**1,25**
Calcificação dos ligamentos	1,11 (2,2) [a]	1,37 (2,5)[a]	0,26
Densidade da mandíbula	2,17 (2,8) [a]	2,85 (3,3) [a]	0,68
Cortical fina maxila	**2,81 (3,4) [a]**	**4,28 (4,3) [b]**	**1,47**
Densidade da maxila	**2,38 (3,1) [a]**	**3,41 (3,8) [b]**	**1,03**
Cortical fina mandíbula	**2,17 (3,0) [a]**	**3,64 (4,1) [b]**	**1,47**

**Teste T de Student. Letras diferentes denotam diferenças estatísticas na mesma linha e com probabilidade de p<0,05*

Os valores médios de escores atribuídos pelos cinco avaliadores indicaram que osteopenia, ossificação dos tecidos moles, deformidades ósseas, cortical fina maxila, densidade da maxila e cortical fina da mandíbula foram significativamente superiores aos valores médios das radiografias de pacientes normais. Desses, merece destaque para cortical fina da maxila e mandíbula bem como para deformidades ósseas que atingiram valores de diferença superiores a 1,25. Embora a cortical fina maxilar e a cortical fina mandibular sejam atribuídas a situações de edentulismo observa-se que a diferença foi significativa nessa amostra sugestiva de uma modificação na matriz óssea mineralizada.

Na tabela 2 podemos ver a média apenas para os indivíduos com fluorose óssea relacionada a cada condição dividida pelo grupo dos ortodontistas e o grupo dos radiologistas.

Tabela 2 - Média de escores em indivíduos com fluorose óssea

Condição	Média (DP)		Diferença
	Ortodontista	Radiologista	
Osteopenia	**4,73 (3,8)[a]**	**0,57 (1,1)[b]**	**4,16**
Osteomalácia	0,46 (1,8)[a]	0,00 (0,0)[a]	0,46
Osteosclerose difusa	1,22 (2,3)[a]	0,77 (1,5)[a]	0,45
Linhas de crescimento	1,00 (2,1)[a]	0,40 (0,8)[a]	0,60
Alargamento diafisário	**1,58 (2,7)[a]**	**0,00 (0,0)[b]**	**1,58**
Ossificação dos tecidos moles	**1,69 (2,9)[a]**	**0,20 (1,0)[b]**	**1,49**
Ossificação dos tecidos	**1,51 (2,9)[a]**	**0,00 (0,0)[b]**	**1,51**

Deformidades ósseas	**4,49 (3,6)[a]**	**0,17 (0,9)[b]**	**4,32**
Calcificação dos ligamentos	**1,98 (3,0)[a]**	**0,47 (1,3)[b]**	**1,51**
Densidade da mandíbula	**4,36 (3,4)[a]**	**0,60 (1,3)[b]**	**3,76**
Cortical fina maxila	**6,80 (3,7)[a]**	**0,50 (1,2)[b]**	**6,30**
Densidade da maxila	**5,33 (3,7)[a]**	**0,53 (1,3)[b]**	**4,80**
Cortical fina mandíbula	**5,78 (4,1)[a]**	**0,43 (1,0)[b]**	**5,35**

**Teste T de Student. Letras diferentes denotam diferenças estatísticas na mesma linha e com probabilidade de p<0,05*

A maioria das variáveis se mostrou como discriminatória de fluorose óssea, exceto por osteomalácia, osteosclerose e linhas de crescimento dentre outras, onde os valores foram baixos e próximos de valores normais. No caso dos resultados para osteomalácia este dado era esperado já que esta condição só é frequente em pacientes com elevado grau de fluorose óssea. De acordo com o grau de classificação da severidade de fluorose óssea de Xiang et al. (2005), apenas no terceiro grau de severidade se apresentaria a condição de osteomalácia. Desta forma, fica o indicativo que os indivíduos com a fluorose óssea da amostra do nosso estudo não estão no estágio mais severo da doença.

Conclusão

Através da realização desse estudo, pode-se verificar que osteopenia, ossificação dos tecidos moles, deformidades ósseas, cortical fina maxila ,densidade da maxila e cortical fina da mandíbula foram as alterações ósseas que melhor discriminaram pacientes com fluorose óssea. Observou divergência entre a avaliação de ortodontistas e radiologista no uso das radiografias panorâmicas de pacientes com e sem fluorose óssea.

A radiografia panorâmica se mostrou como um recurso auxiliar e apenas indicativa de alterações ósseas relacionadas com a fluorose óssea, não podendo ser discriminatória de casos de fluorose óssea de graus I e II.

Referências

BIRKELAND JM et al. Some factors associated with the caries decline among Norwegian children and adolescents: age-specific and cohort analyses. **Caries Res**. 2000;34:2:109-16.

BRASIL. Ministério do Meio Ambiente - MMA. Secretaria de Recursos Hídricos - SRH. Programa de ação nacional de combate à desertificação (PAN-Brasil). Brasília, ago., 2004.

CAMPOS, LF. Desfluoretação parcial de águas de poços: uma aplicação do método de analise hierárquica. 2005. 117 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Saúde Pública, Fiocruz, Brasilia, 2005.

CURY, JA. Manipulando flúor com segurança. Parte III – Toxicidade Crônica. **J Aboprev**, ano 6. 1994.

EKSTRAND, J. Fluoride pharmacokinetics in infancy. **Pediatr Res**, 1994;1:157-163.

LEITE, AF. Correlação entre os indices radiomorfométricos de radiografias panoramicas e a densidade mineral óssea em mulheres na pós-menopausa. 2007. 144 f. Dissertação (Mestrado). Programa de pós-graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasilia, UnB. Brasilia, 2007.

NARVAI, PC. Cárie dentária e flúor: uma relação do século XX. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2000;5(2):381-392.

SAMPAIO, FC et al. Natural Fluoride Levels in the Drinking Water, Water Fluoridation and Estimated Risk of Dental Fluorosis in a Tropical Region of Brazil. **Oral Health Preventive Dentistry**, 2010;8:71-75. 43

CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM CARDIOPATIAS CONGÊNITAS: REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Caroline Almeida Magalhães – Universidade Fortaleza. E-mail: carolinee_magalhaes@hotmail.com
Kamila Ferreira Lima – Universidade de Fortaleza
Thaís Rogério dos Santos – Universidade de Fortaleza
Ana Larisse Teles Cabral – Universidade Fortaleza
Mirna Albuquerque Frota – Universidade Fortaleza

Palavras-chave:Cardiopatias Congênitas; Crescimento e Desenvolvimento; Criança.

Resumo

Apesar dos avanços no diagnóstico, tratamento e técnicas cirúrgicas para a correção das Cardiopatias Congênitas, algumas alterações são comumente encontradas nessas crianças, entre elas o déficit no crescimento e no desenvolvimento. Objetivou-se conhecer os fatores que determinam o crescimento e o desenvolvimento de crianças com cardiopatias congênitas. Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, realizada mediante uma busca online em bases de dados cientificas nacionais e internacionais, entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014. A amostra final foi composta por 10 artigos. O comprometimento no crescimento e desenvolvimento de crianças cardiopatas mostrou ser multifatorial, destacando o aumento do metabolismo, baixa ingestão calórica, condição clinica da criança, idade cirúrgica, cuidados pós-operatórios e fatores genéticos. Conclui-se que, dentre os fatores que comprometem o crescimento e desenvolvimento de crianças cardiopatas, aqueles extrínsecos e modificáveis devem ser objeto de intervenção da equipe multidisciplinar.

Introdução

As cardiopatias congênitas (CC) são enfermidades caracterizadas por malformações nas estruturas do coração ou dos grandes vasos intratorácicos, podendo se apresentar por um único defeito cardíaco ou uma combinação deles (ROCHA; ZAGONEL, 2009). Apresentam amplo espectro clinico, podendo ser classificadas em cianóticas e acianóticas, compreendendo desde cardiopatias assintomáticas até aquelas que determinam sintomas importantes e altas taxas de mortalidade em crianças de até um ano de vida (RIVERA et al, 2007).
Em diferentes estudos internacionais, a análise da prevalência de malformações cardíacas variou de 4-50:1000 nascidos vivos (HOFFMAN; KAPLAN, 2002). No Brasil, a proporção encontrada foi de 5,5:1000 nascidos vivos entre os anos de 1989 e 1998 no Paraná e 9,58:1000 nascidos vivos entre 1990 e 2003 em Minas Gerais (GUITTI, 2000; AMORIM et al, 2008). A análise da prevalência de CC

apresenta diferentes resultados, às vezes muito discordantes, pois sua estimativa depende de fatores não padronizados nos estudos, como idade e critérios de seleção da população analisada (RIVERA et al., 2007).
A suspeita de CC, ainda no período neonatal, pode ser levantada pela presença de quatro achados principais na criança: sopro cardíaco, cianose, taquipnéia e arritimia cardíaca (AMARAL et al., 2002) . Aliado ao exame clínico e com o advento das inovações tecnológicas em medicina, o ecocardiograma tem se tornado o método diagnóstico definitivo para o reconhecimento e acompanhamento desses pacientes (AMARAL et al., 2002; CAMPOS FILHO et al., 2004). Por se tratarem de um grupo heterogêneo de doenças cardíacas, o seguimento e as intervenções para o tratamento também poderão diferir, sendo necessário, em casos de maior complexidade, a correção cirúrgica precoce (ROSA, 2011).
Apesar dos avanços no diagnóstico, tratamento e técnicas empregadas nas correções cirúrgicas, algumas complicações são comumente encontradas nessas crianças, entre eles o déficit no crescimento e no desenvolvimento. Embora configurem um processo global, dinâmico e contínuo, o crescimento e o desenvolvimento de crianças com CC tendem a sofrer comprometimento logo ao nascimento (BRAVO – VALENZUELA, 2011).
O padrão de crescimento e desenvolvimento da criança portadora de CC é resultado do equilíbrio entre a subjetividade da doença, o atendimento às suas necessidades e o meio em que vive. Diante deste cenário, fica evidente a relevância do tema e faz emergir o seguinte problema de investigação: Quais são as evidências disponíveis na literatura acerca do crescimento e desenvolvimento de crianças portadoras de cardiopatias congênitas?
Buscando responder a este questionamento, o estudo tem como objetivo conhecer os fatores que determinam o crescimento e o desenvolvimento de crianças com cardiopatias congênitas.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, que segundo Mendes, Silveira e Galvão (2008) 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.
Para a realização do estudo percorreu-se as etapas: estabelecimento da hipótese e objetivos da revisão integrativa; 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.
Para guiar a presente revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais são as evidências disponíveis na literatura acerca do crescimento e desenvolvimento de crianças portadoras de cardiopatias congênitas? A seleção dos estudos foi realizada por meio de uma busca ampla em três bases de dados escolhidas como fonte de levantamento: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Scientific Eletronic Library Online (Scielo) e PUBMED.
Ressalta-se que a busca foi realizada pelo acesso online, entre dezembro de 2013 e fevereiro de 2014, sendo a amostra inicial desta revisão integrativa constituída por 364 trabalhos e, a final, por 10 artigos. A busca foi realizada com o cruzamento dos descritores “cardiopatias congênitas”, “crescimento e desenvolvimento” e “criança”. Os critérios de inclusão foram: artigos que abordassem a temática crescimento e desenvolvimento de crianças com cardiopatia congênita; publicados em português, inglês ou espanhol; disponível em texto completo. Os critérios de exclusão foram: publicações repetidas; trabalhos de tese e dissertação.

Resultados e Discussão

Crescimento e desenvolvimento são processos contínuos que ocorrem paralelamente, mas que se correlacionam. Iniciam-se desde a concepção até o fim da vida, compreendendo a regeneração e maturação tecidual a fim de sermos capazes de realizar atividades cada vez mais complexas (SABATES; DAVID, 2006). Este conceito, porém não se aplica às crianças nascidas com cardiopatias. O déficit no crescimento e desenvolvimento, associado aos defeitos cardíacos, mostrou-se determinado por multifatores, dentre eles: fatores intrínsecos do individuo, como também fatores modificáveis e não modificáveis, permeando desde o diagnóstico à recuperação pôndero-estatural e do neurodesenvolvimento (BRAVO-VALENZUELA, 2011).
Crianças com CC demonstraram ser potencialmente vulneráveis aos fatores considerados modificáveis para o baixo crescimento e desenvolvimento. Conforme observado em 40% dos artigos selecionados, o componente nutricional vem se tornando um dos grandes preditores do déficit do peso corporal. Isso é decorrente do inadequado aproveitamento biológico dos nutrientes disponíveis, devido ao aumento do metabolismo corporal inerente às condições clinicas e alterações cardíacas do paciente (SARNI et al., 2005). Dispnéia, aumento do gasto energético e baixa ingestão calórica foram relatados nos artigos como problemas frequentes nessa população, com repercussões primeiramente no peso, comprimento e por fim sobre o perímetro cefálico.
Entre as classes de cardiopatias, observa-se que os pacientes pediátricos cianóticos apresentam menor peso corporal quando comparados a uma população de crianças acianóticas. Deste modo, não foram relatadas evidencias de associação entre as cardiopatias cianóticas e baixa estatura, mas houve o comprometimento do crescimento em crianças portadoras de hipertensão pulmonar. Os defeitos cardíacos de maior repercussão sobre o crescimento infantil foram a Comunicação Interventricular, Tetralogia de Fallot, tendo também forte influencia sobre o retardo no desenvolvimento motor, e Persistência do Canal Arterial (DALILI et al, 2011).
Segundo Bravo-Valenzuela (2011), o aprimoramento de técnicas cirúrgicas e métodos diagnósticos nas ultimas décadas tem permitido corrigir defeitos no coração e vasos de forma a alcançar uma função cardíaca o mais próximo ao normal, aumentando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida de crianças cardiopatas.
Ao analisar o desenvolvimento em pacientes pré-cirúrgicos para CC, 20% dos artigos destacaram a presença de alterações nas estruturas cerebrais, a partir de exames de diagnóstico por imagem e suas conclusões foram convergentes. Descrevem lesões focais na substância branca e redução de medidas de todas as estruturas, com um maior, com um maior efeito sobre o lobo frontal e o tronco cerebral. Não houve evidência de atraso no crescimento ou maturação cerebral devido às lesões da substância branca, tornando esta uma área para pesquisas futuras (ORTINAU et al, 2012; DAYMONT et al, 2012).
Assim, a literatura destaca que o momento mais adequado para o procedimento cirúrgico depende do tipo e da natureza da cardiopatia, a presença e a severidade dos sintomas e o potencial de determinar alterações secundárias reversíveis (JANSEN et al., 2000). Contudo, a intervenção cirúrgica precoce, oferece melhores resultados tardios no que diz respeito ao neurodesenvolvimento de crianças (ROCHA et al., 2009).
Após a cirurgia cardíaca na criança, ainda são necessários cuidados particulares a sua condição. A adaptação cardíaca a reabilitação motora, social e da linguagem tornam-se indispensáveis. Para isso, uma melhor assistência nutricional para um ganho de peso após a cirurgia, foi identificada como fator promotor do reestabelecimento do desenvolvimento. Nesse contexto, o acompanhamento realizado por uma equipe multiprofissional auxiliam os benefícios dos procedimentos cirúrgicos (ROCHA et al., 2009).

Conclusão

Apesar dos avanços no desenvolvimento de técnicas cirúrgicas, para um melhor resultado, a longo prazo, o procedimento deve-se ser realizado nos primeiros meses de vida do bebê. Este fato permite destacar que é oportuno o envolvimento do profissional de saúde para um diagnóstico precoce.
Assim, evidenciou-se que o déficit no crescimento e no desenvolvimento de crianças com CC sofre influência de múltiplos fatores, durante o diagnóstico, pré, trans e pós-operatório. Dentre os que estão associados ao comprometimento motor os extrínsecos e modificáveis devem ser objeto de intervenção da equipe multidisciplinar.
Conclui-se, portanto que o monitoramento e o conhecimento dos fatores inerentes ao processo de desenvolvimento podem minimizar os efeitos deletérios sob a população infantil. O estudo foi, ainda, capaz de apontar a carência de evidências na literatura sobre as repercussões das alterações dessas crianças em seu cotidiano e nas relações sociais.

Referências

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**, v.1, n.4, 2008.

ROCHA, D.L.B.; ZAGONEL, I.P.S. Modelo de cuidado transicional à mãe da criança com cardiopatia congênita. **Acta Paul. Enferm**, v.22, n.3, p. 243-249, 2009.

RIVERA, I.R et al. Cardiopatia congênita no recém-nascido: da solicitação do pediatra à avaliação do cardiologista. **Arq Bras Cardiol**, v.89, n.1, p. 6-10, 2007.

HOFFMAN, J.I.; KAPLAN, S. The incidence of congenital heart disease. **J Am Coll Cardiol**, v.39, n. 12, p. 1890-1900, 2002.

GUITTI, J.C.S. Aspectos epidemiológicos das cardiopatias congênitas em Londrina, Paraná. **Arq Bras Cardiol**, v.74, n.5,p.395-399, 2000.

AMORIM, L.F.P et al. Apresentação das cardiopatias congenitas diagnosticadas ao nascimento: analise de 29.770 recém-nascidos. **J. Pediatr**, v.84, n.1, p.83-90, 2008.

AMARAL, F et al. Quando suspeitar de cardiopatia congênita no recém-nascido. **Medic**, v.35, p.192-197, 2002.

CAMPOS FILHO, O et al. Diretriz para indicações e utilização da ecocardiografia na prática clinica. **Arq. Bras Cardiol**, v.82, n.11, p. 11-34, 2004.

BRAVO-VALENZUELA, N.J.M et al. Recuperação pôndero- estatural em crianças com síndrome de Down e cardiopatia congênita. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v.26, n.1, p. 61-68, 2011.

SABATES, A.L.; DAVID, E.T.M. Avaliação do crescimento e desenvolvimento de lactantes portadores de cardiopatias congênitas: um estudo descritivo. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v.5, n.2, 2006.

SARNI, R.O.S et al. Tratamento de crianças com desnutrição grave utilizando o protocolo da OMS: experiência de um centro. **Arch Latino-am Nutr**, v.55, n.4, p.1-16, 2005.

DALILI, M et al. Growth status of Iranian Children with hemodynamically important congenital heat disease. **Acta Med Iran**, v.49, n.2, p.103-108, 2011.

ORTINAU, C et al. Regional alterations in cerebral growth exist pre-operatively in infantis with congenital heart disease. **J Thorac Cardiovasc Surg**, v.143, n.6, p. 1264-1270, 2012.
DAYMONT, C et al. Growth in children with congenital feart disease. **Pediatrics**, v.131, n.1, p. 236-242, 2012.

JANSEN, D et al. Assistência de enfermagem à crianca portadora de cardiopatia. Rev SOCERJ, v.13, n.1, p.22-29, 2000.

Agradecimentos

Agradecemos a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e ao Corpo Docente da Especialização em Saúde Coletiva (UNIFOR) que oportunizou a realização deste trabalho.

CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: DIFICULDADES ENFRENTADAS PELOS GENITORES

Sâmara Sirdênia Duarte de Rosário Belmiro (apresentador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte – sirdenia.dr@hotmail.com
Simone Regina de Carvalho – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Izabella Bezerra Lima Moura – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Clarice Anilena Dias de Paiva – Universidade Potiguar
Renata Perislanny Silva Nobre de Araújo – Universidade Potiguar
Francisco Arnoldo Nunes de Miranda (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave:Criança com deficiência. Acessibilidade. Paralisia Cerebral.

Resumo

Objetivou-se conhecer as principais dificuldades enfrentadas pelos genitores de uma criança com paralisia cerebral. Estudo descritivo com abordagem qualitativa, realizado com 07 (sete) mães de crianças com paralisia cerebral que frequentam um centro de educação especial em Apodi/RN. Os dados foram produzidos por uma entrevista semiestruturada e submetidos à técnica de análise de conteúdo na modalidade temática após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UNP), sob o CAAE n. 0169.0.052.000-11. Emergiram três categorias de análise: dificuldades de acesso; dificuldades na realização de cuidados; dificuldades de inserção no mercado de trabalho. A identificação das dificuldades possibilita a elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano dos genitores e crianças com paralisia cerebral.

Introdução

Paralisia cerebral (PC) caracteriza-se por uma lesão estática, causada por uma agressão ao cérebro em desenvolvimento, seja intra-útero, durante o parto, por algum acometimento perinatal ou até dois anos de vida pós-natal. É uma disfunção predominantemente sensoriomotora, envolvendo distúrbios no tônus muscular, postura e movimentação voluntária (RICCI, 2008).
Na PC os distúrbios caracterizam-se pela falta de controle sobre os movimentos, por modificações adaptativas do comprimento muscular e em alguns casos, chegando a resultar em deformidades ósseas (RICCI, 2008). Esta situação interfere diretamente na condução do processo de vida da criança, dos pais e da família.
A idealização da gravidez e da chegada de um filho saudável gera uma expectativa positiva nos pais. Espera-se uma criança que atenda aos padrões de normalidade estabelecidos socialmente, pois temem a exclusão, caso vivenciem a situação de deficiência. Este contexto pode gerar conflitos afetivos no casal, em razão do acúmulo de responsabilidades com a criança, comprometendo o relacionamento conjugal, também podem surgir sentimentos de rejeição por parte dos outros filhos, seguidos da cobrança excessiva em suprir as necessidades da criança com deficiência. A discriminação social e dos familiares é, sobretudo, fator frequente (VIEIRA *et al*, 2008).

Uma criança com PC necessita de uma assistência com uma atuação multidisciplinar, ampliando-se para as famílias, que requerem de cuidados (GLAT, 1996). Os pais tem papel importante no cotidiano da criança ao proporcionar melhoria na qualidade de vida, com possibilidades de ajudar no tratamento precoce, considerado fator significativo para o desenvolvimento (ROSÁRIO, 2013).
Diante da realidade apresentada questiona-se: quais as principais dificuldades enfrentadas pelos genitores de uma criança com paralisia cerebral?
O conhecimento destas dificuldades poderá subsidiar estratégias de intervenção baseadas na promoção à saúde que possibilitem a melhoria da qualidade de vida destas crianças e duas suas genitoras. Neste estudo optou-se por pensar numa perspectiva de promoção à saúde no espaço dos serviços de atenção à saúde individual e coletiva e no espaço das políticas públicas de desenvolvimento, da intersetorialidade e da ação comunitária (BUSS; CARVALHO, 2009).
Para isto, objetiva-se conhecer as principais dificuldades enfrentadas pelos genitores de uma criança com paralisia cerebral.

Metodologia

Estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa. Realizou-se no Centro Regional de Educação Especial Geovânia Andrade de Morais (CREEGAM) de Apodi, Rio Grande do Norte, Brasil. O CREEGAM é uma instituição de educação especial, referência para o atendimento a crianças e adolescentes com deficiência.
A amostra intencional compõe-se de 07 (sete) mães de crianças com paralisia cerebral que recebem atendimento no CREEGAM. Os critérios de inclusão foram: pai ou mãe de criança com PC na faixa etária de 0 a 12 anos; o filho em acompanhamento no CREEGAM há mais de 6 meses; comparecer na associação no dia marcado para a realização da entrevista. Excluíram-se: pais de crianças que abandonaram o tratamento no CREEGAM, crianças acompanhadas pelo cuidador que não seja o pai ou a mãe e faltosos ao agendamento do serviço.
Adotou-se como técnica para a produção de dados entrevista semiestruturada, as quais foram coletadas entre os meses de março a abril de 2012, após esclarecimentos sobre a proposta da pesquisa junto aos participantes e a confirmação de participação deu-se por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), gravadas em meio digital, armazenadas em um banco de dados e, posteriormente, transcritas e analisadas. Obteve-se a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (UNP), sob o Parecer n. 172/2011 e o CAAE n. 0169.0.052.000-11.
Na análise dos dados agrupou-se os discursos que apareceram com maior frequência, observando o conteúdo na modalidade temática. Essa análise se constitui em três etapas: quantifica-se as palavras ou frases; nas categorias repetidas, a repetição das falas; e estabelece-se um contraponto entre as falas dos sujeitos e o discurso bibliográfico (MINAYO, 2008).

Resultados e Discussão

Os resultados qualitativos foram distribuídos em 03 (três) categorias: dificuldades de acesso; dificuldades na realização de cuidados; dificuldades de inserção no mercado de trabalho.

Categoria 1: Dificuldades de acesso

Nos relatos das mães observou-se que as crianças com PC enfrentam dificuldades de acesso a equipamentos sociais, destacando-se o próprio acesso aos serviços de saúde. A locomoção é realizada por transporte particular com altos custos, sem adaptações de segurança. Os serviços de reabilitação encontram-se pulverizados em diversos pontos da cidade, aumentando as dificuldades de acesso.

[...] tenho dificuldades de me locomover com ele. Não tenho transporte para trazê-lo. Preciso pagar táxi, e pago muito caro! Ele não faz acompanhamento só aqui, também levo para outro serviço de reabilitação. (Mãe 1)
[...] Para fazer o tratamento dela a gente vem de moto se arriscando, ai fica difícil. (Mãe 7).

Para a garantia da acessibilidade discute-se a necessidade de investimentos em serviços de adequação do espaço urbano às necessidades de inclusão de toda população. Esta conjuntura visa eliminar os obstáculos existentes ao acesso, incorporando essas pessoas ao convívio social, possibilitando o ir e vir. A acessibilidade significa não apenas permitir que pessoas com deficiências ou mobilidade reduzida participem de atividades que incluem o uso de produtos, serviços e informação, mas a inclusão e extensão do uso destes por todas as parcelas presentes em uma determinada população. Visando sua adaptação e locomoção, eliminando as barreiras (FRANÇA; PAGLIUCA, 2009).

Categoria 2: Dificuldades de realização de cuidados

Os relatos mostram que as mães apresentam dificuldades na realização de cuidados básicos com a criança com PC, como a realização da higienização. Nota-se, nas falas, que as mães não receberam orientações necessárias para o cuidado adequado, tornando-se um processo difícil e de descoberta diária, que pode comprometer a qualidade de vida das crianças e de suas cuidadoras.

[...] É difícil cuidar dela, porque ela está crescendo e não tem cadeira de rodas. Tenho dificuldade de dar banho nela, porque ela se mexe muito. (Mãe 7)
[...] é muito complicado! Tem que saber lidar, é muito difícil! A gente descobre a cada dia um pouco mais, e assim a gente vai conseguindo lutar! (Mãe 5)

Fica evidente nas falas que as mães são as principais responsáveis pelo cuidado com as crianças. Não foi mencionando em momento algum a divisão de tarefas com outros membros da família. Sobre isto, um estudo realizado por Carvalho et al (2010) evidencia que a dependência funcional da criança com paralisia cerebral, ocasiona uma sobrecarga física e emocional em seus familiares, especialmente nas mães, que assumem com frequência os cuidados com o filho. O desgaste físico e psicológico tem sido associado a prejuízos na qualidade de vida materna.
Neste aspecto pode-se pensar na contribuição das ações de promoção à saúde desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, no cuidado e acompanhamento da criança, nas ações de educação em saúde, prevenção de agravos e desenvolvimento dos potenciais das famílias. Buss e Carvalho (2009) sugerem que essas e outras ações possam alcançar a todos de forma equânime e universal.

Categoria 3: Dificuldades de inserção no mercado de trabalho

As crianças com PC exigem uma atenção especial das mães, com maior tempo de dedicação para realização de cuidados e apoio na realização de atividades diárias. Os depoimentos evidenciam a dificuldade das mães articularem essa rotina de cuidados exaustivos a outras tarefas de sua vida. Esta circunstância dificulta a inserção das mães no mercado de trabalho, pois as crianças necessitam, em muitos casos, uma rotina com dedicação exclusiva.

[...] a rotina da vida da gente muda porque eu não trabalho em função dele, porque eu passo dois dias aqui [instituição], e a tarde ele vai pra escola e ninguém vai me empregar só à tarde. (Mãe 3).
A gente não trabalha e tem que viver a mercê deles todo o tempo, porque é no dia, na hora que eles querem, a gente não tem vontade própria, não tem esse negocio de sair e não tem hora pra voltar" (Mãe 6).

Estudo realizado por Carvalho *et al* (2010) verificou que as mães de crianças com PC apresentam indisposição para a realização de atividades físicas, para o relacionamento social, má percepção da saúde, predisposição ao estresse, falta de conhecimento a respeito da doença do filho, diminuição do humor e problemas no convívio social, familiar e profissional.
O ato de abdicar da mulher, de sua vida profissional em prol da dedicação exclusiva a ser mãe, altera a sua rotina e influencia a família como um todo, pois ao sair de seu emprego, além de diminuir a renda familiar, passa a depender financeiramente de outros (MILBRATH, 2008).
Buss e Carvalho (2009), numa perspectiva de pensar estratégias de promoção à saúde recomenda a inserção de famílias carentes em programa de transferência de renda. Neste tipo de programa o recurso é entregue a mulher, pois é ela, em geral, que se responsabiliza pelos cuidados à prole e pela gestão da economia doméstica.
Espera-se que estas ações gerem um círculo virtuoso nas quais as famílias tenham um melhor nível de saúde, nutrição e desenvolvimento dos locais onde esses arranjos se estabelecem. Buss e Carvalho (2009) ainda discutem a importância de refletir sobre a proposta das cidades saudáveis com projetos locais em saúde, saneamento, educação, habitação, esporte e lazer, geração de emprego e renda. Tais propostas podem ser de vital importância para a melhoria da qualidade de vida de pessoas que apresentam dificuldades para viver com qualidade.

Conclusão

A identificação das dificuldades apresentadas pelas mães possibilita a elaboração de estratégias de enfrentamento dos problemas vivenciados no cotidiano dos genitores e crianças com paralisia cerebral. A contribuição das propostas de promover saúde inclui, sobretudo, as pessoas que vivem em situação de desassistência. Refletir sobre estes aspectos poderá ofertar uma nova forma de vida às pessoas que estão marginalizadas e excluídas da sociedade.
Sugere-se a formação de um grupo de ajuda mútua para as mães ou responsáveis por crianças com PC, em que as reuniões poderiam acontecer no (CREEGAM) e inicialmente, encabeçados pelos profissionais desta instituição. Destaca-se também a importância de se criar uma associação para promover a mobilização de forças políticas e econômicas, com o objetivo de promover mudanças no acesso.

Referências

BUSS P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva** [online], 2009; 14(6):2305-2316. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>. Acesso em: 14 Ago 2014.

CARVALHO, J.T.M. et al. Qualidade de vida das mães de crianças e adolescentes com paralisia cerebral.**Fisioter. mov**. (Impr.) [online]. 2010, 23(3):389-397. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-51502010000300006>. Acesso em: 20 Jul 2014.

FRANÇA, I.S.X.; PAGLIUCA, L.M.F**.** Acessibilidade das pessoas com deficiência ao sus: fragmentos históricos e desafios atuais. **Rev. RENE**. 2008, abr./jun; 9(2):129-137. Disponível em:<file:///C:/Users/Izabella%20Moura/Downloads/572-7896-1-PB.pdf .>Acesso em 20 Jul. 2014.

GLAT, R. O papel da família na integração do portador de deficiência**. Revista Brasileira de Educação Especial**, 1996, 2(4):17-21. Disponível em:<http://educa.fcc.org.br/pdf/rbee/v02n04/v02n04a10.pdf>. Acesso em: 20 Jul 2014.

MILBRATH, V.M. et al. Being a woman, mother to a child with cerebral palsy. **Acta paul. Enferm**[online]. 2008, 21(3):427-431. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000300007>. Acesso em: 20 Jul 2014

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa Social:** Teoria, Método e Criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

RICCI, S.S. **Enfermagem Materna Neonatal e Saúde da Mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara 2008.

ROSÁRIO, S.S.D.; FERNANDES, A.P.N.L.; BATISTA, F.W.; MONTEIRO, A.I. Acessibilidade de crianças com deficiência aos serviços de saúde na atenção primária. **Rev. Eletr. Enf**. [Internet]. 2013 jul/set;15(3):740-746. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.19272>. Acesso em 14 Ago 2014.

VIEIRA, N.G.B.; MENDES, N.C.L.; FROTA, M.C.P.; FROTA, M.A.O cotidiano de mães com crianças portadoras de paralisia cerebral. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, 2008; 21(1,): 55-60. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/408/40821108.pdf>. Acesso em: 20 Jul. 2014.

CRIANÇAS INSTITUCIONALIZADAS: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE DESENVOLVIMENTO INFANTIL E AS IMPLICAÇÕES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Cíntia de Oliveira Castelo Branco Sales– Unifor (Bolsista FUNCAP); cintiacastelobranco@hotmail.com
Ana Sabrina Silva Carneiro – Unifor
Tatiana Maria Jucá Cavalcanti de Araújo – Unifor
Marina Frota Lopes – Unifor
Mirna Albuquerque Frota – Unifor

Palavras-chave:Desenvolvimento Infantil. Criança. Fatores de Risco

Resumo
Acompanhar o desenvolvimento é avaliar sistematicamente o aumento da capacidade do indivíduo na realização de funções cada vez mais complexas. Buscou-se investigar o conhecimento dos profissionais de um Abrigo para menores acerca do desenvolvimento infantil e a prática de avaliação para a possível detecção de atrasos ou alterações. Pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa, realizada em Unidade de Abrigo, que acolhe crianças até seis anos de idade, Fortaleza-Ce, no período de março a maio de 2009. A coleta de dados ocorreu mediante entrevista semi-estruturada com os profissionais de nível superior, a partir das seguintes questões: O que você entende por desenvolvimento infantil? Como você avalia o desenvolvimento neuropsicomotor? A análise de conteúdo temática constituiu duas categorias: *Desenvolvimento Neuropsicomotor e suas Alterações, e Avaliação Fragmentada.*Conclui-se, frente a esta dinâmica, que a promoção da saúde da criança institucionalizada pode ser comprometida enquanto não houver interdisciplinaridade e integralidade nas ações de cuidados, que vão do acolhimento, passam pela avaliação do desenvolvimento (multidimencional) e chegam à intervenção (facilitação) para o desempenho de habilidades neuropsicomotoras.

Introdução

Com a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, o Brasil busca garantir os direitos globais de meninos e meninas. A sociedade civil, as Organizações não Governamentais (ONGs) e, especialmente, o Estado, tornam-se responsáveis diretos pela proteção e promoção de condições favoráveis ao desenvolvimento de crianças, cujas famílias não estão aptas a fazer.
Em contexto de violação de direitos, é comum que menores sejam retirados do núcleo familiar e passem a serem cuidados por estranhos. A nova realidade compreende mudanças de ambiente físico e de aspectos psicológico. A capacidade de adaptação, como expõem Giacomello & Melo (2011), é singular a cada sujeito, diferenciando-o em tempo, atitudes (engajamento ou repulsa) e a experiência vivida na instituição.
Há crianças com comprometimento no desenvolvimento que, nem sempre, apresentam uma doença geradora de quadro sintomático. Há casos em que a carência afetiva faz o papel de agente etiológico. Estudo revela nexo entre sentimento de segurança, atividade cerebral cognitiva e habilidades sociais de infantes com a criação institucional precoce. Em seus resultados, as crianças colocadas em famílias de acolhimento (adoção), antes de 20 meses de idade, tiveram o desempenho social classificado como significativamente maior do que as crianças cuja portunidade se deu após 20 meses de idade. (ALMAS et al., 2012).

A ocorrência de atrasos/deficiências do desenvolvimento infantil provocada por processos patológicos identificáveis também são uma realidade institucional. Giacomello & Melo (2011), acerca da permanência em ambiente de abrigo, constatam a necessidade de profissionais preparados para identificar sinais de alarme e oferecer condições suficientemente saudáveis ao desempenho de habilidades neuropsicomotoras.A rapidez do diagnóstico e da intervenção é reconhecida por países desenvolvidos como parte essencial para uma boa saúde e prognóstico positivo. (SCHERZER, 2012).

Frente às implicações que uma patologia ou que uma situação de vulnerabilidade causa no desenvolvimento infantil, faz-se necessário que os profissionais comprometidos com a promoção da saúde da criança estejam aptos a reconhecer situações/fatores de risco, identificar atrasos/comprometimentos do desenvolvimento neuropsicomotor, e intervir precocemente, tanto no contexto quanto na facilitação do desempenho multifuncional do infante.

Posto isso, o estudo problematiza as habilidades básicas da equipe de assistência de um abrigo para menores. Qual a compreensão de seus membros acerca do atraso do desenvolvimento infantil (seu contexto, suas causas e manifestações)? Como e dá a avaliação do desenvolvimento de crianças institucionalizadas? Os profissionais se utilizam de protocolos de avaliação para se chegar à conclusão de inadequação/atraso do desenvolvimento? Diante dessas considerações, objetivou-se investigar o conhecimento dos profissionais de um Abrigo para menores acerca do desenvolvimento infantil e a prática de avaliação para a possível detecção de atrasos ou alterações.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, com abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade de Abrigo, no município de Fortaleza-Ceará, que acolhe crianças até seis anos de idade. Atualmente, o local abriga 87 crianças e conta com 170 profissionais, das áreas de serviço social, odontologia, pedagogia, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, economia doméstica, nutrição, enfermagem, medicina pediátrica e equipe técnica.

A coleta de dados foi realizada de março a maio de 2009, por entrevista semiestruturada com os profissionais de nível superior, a partir das seguintes questões: O que você entende por desenvolvimento infantil? Como você avalia o desenvolvimento neuropsicomotor? Por meio do método de análise de conteúdo temática, de Minayo (2007), chegou-se a estas categorias: *Desenvolvimento Neuropsicomotor e suas Alterações e Avaliação Fragmentada.* As informações obtidas mediante o instrumento realizado foram transcritas e analisadas, categorizadas, de modo a permitir a produção de ideias e hipóteses de acordo com as respostas dos informantes. Segundo MINAYO (2010), que a categoria, em geral, se refere a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações. Nesse sentido, trabalhar com elas significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso.

O componente ético esteve presente em todas as etapas da pesquisa como preconiza o Ministério da Saúde por meio da Resolução 466/12para preservar o anonimato, foram identificados pela letra “P”, seguida de número ordinal. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza sob Parecer Nº 450/2011.

Resultados e Discussão

Após incansável leitura em busca de validação dos dados, mediante a descrição cuidadosa das entrevistas por meio do agrupamento, descrição, documentação e classificação das falas, os dados coletados deram margem as seguintes categorias temáticas: *Desenvolvimento Neuropsicomotor e suas Alterações e Avaliação Fragmentada.*

Desenvolvimento Neuropsicomotor e suas Alterações

A avaliação do aspecto neuropsicomotor é parte essencial na atenção à criança, por esta razão, é fundamental que o profissional compreenda o desenvolvimento infantil em seus múltiplos e interligados prismas. Em caso de comprometimento do desenvolvimento, quanto mais precoce é o diagnóstico e a intervenção, mais se reduz a probabilidade de cronificação dos défits apresentados. A detecção precoce de atrasos resulta na recuperação satisfatória em 80% a 90% dos casos, mediante estimulação simples, apropriada e oportuna (CARVALHO, 2005). Diante disto, aquele que assiste à criança deve se utilizar de conhecimentos e de instrumentos que tenham sensibilidade para identificar pequenas variações, de preferência optando pelos que possam ser aplicados em etapas iniciais da vida de um bebê.

Os relatos demonstram uma análise sobre o desenvolvimento que vai do reconhecimento de sua complexidade e interfaces, até a significação unilateral, isto é, ao desempenho de habilidades em um único aspecto humano (neste caso o social). *O desenvolvimento diz sobre o interesse da criança por objetos e como se prontifica a atingir/adquirir, a forma de alimentação e a preferência por comidas (pastosa, liquida), a interação com outras crianças (socialização)* ***(P5)****. Atraso de desenvolvimento é atraso das fases de adaptação da criança ao meio* ***(P4)*** *A socialização com demais crianças, a receptividade a estranhos, a adequação a rotina do abrigo***(P6).**

Quanto às alterações, em especial, ao atraso na aquisição de habilidades neuropsicomotoras, identifica-se a tendência de focar na etiologia, nas razões pelas quais o processo está em descompasso. E diante das buscas, os informantes discursam no campo da unicausalidade... *Atraso é o retardo das fases do desenvolvimento normal* ***(P1);*** *Atraso das fases de adaptação da criança ao meio* ***(P4****); De início pensei que fosse uma síndrome [...], depois percebi a carência afetiva. Hoje entendo que o atraso do desenvolvimento pode ser causado pela perda de estimulo* ***(P8)****.*

Para Marcondes et al. (2005), o desenvolvimento resulta na capacidade de realizar funções cada vez mais complexas. Ribeiro et al (2009), aprofunda o entendimento quando afirma que a interação qualitativa entre os fenômenos de crescimento, maturação e aprendizagem provocam mudanças que podem ser percebidas em habilidades e comportamentos nos âmbitos físico, intelectual, emocional e social.

Avaliação Fragmentada

A soma de conhecimentos de uma equipe multidisciplinar propicia uma avaliação mais confiável na identificação de grupos vulneráveis. Desta forma, incorporar estratégias e práticas para avaliar a condição de desenvolvimento das crianças contribui para fortalecer a abordagem integral à saúde infantil, além de fortalecer a integração entre os profissionais para identificar eventuais problemas e traçar planos para estimulação precoce.

Durante a pesquisa foi possível observar a divergência entre a metodologia utilizada para o acompanhamento do desenvolvimento das crianças: *O foco do nosso atendimento é a fisioterapia respiratória, a motora é feita em crianças que são encaminhadas pela pediatra da unidade ou por outra instituição* ***(P1).*** *Nas nossas admissões procuramos avaliar os reflexos primitivos e a percepção do meio pela criança* ***(P2).*** *Em minhas avaliações observo sempre a parte neurológica da criança para saber o que pode estar provocando o atraso* ***(P3).***

A interdisciplinaridade possibilita a interação de metodologias, de material analítico, de modelos e conceitos complementares, visando à consistência teórica e operacional que estruture o trabalho dos profissionais empenhados na atenção à saúde da criança e do adolescente. Essa interdisciplinaridade conduz à compreensão dos problemas individuais e coletivos e à capacidade de dar respostas pertinentes, eficientes e eficazes (MARCONDES et al, 2005).

Os profissionais pesquisados avaliam a criança de modo fragmentado, de acordo com as especificidades de cada área de atuação. São vários olhares, mas eles não se inter-relacionam, somam partes e não integram uma atenção direcionada ao todo... *Observo atitudes de adaptação ao meio. Ex: Como procura se comunicar ou chamar a atenção-geralmente chorando, como brinca com outras crianças, como zela por seus objetos pessoais* ***(P7).*** *Além dos reflexos primitivos, o choro, o tônus muscular, a simetria corporal, a percepção do ambiente, a forma de interação na sala com educadores e demais crianças, a receptividade, o peso x idade, o sentar, o andar, intercorrências passadas e identificação de riscos* **(P9).**
A prática interdisciplinar torna possível à superação da fragmentação do cuidado à criança e a seus familiares e, ainda, à organização tecnológica do trabalho em equipe, considerando a especificidade de cada profissional. (MARCONDES et al, 2005). Portanto, trabalhar simultaneamente (coletivamente, articuladamente) pela promoção da saúde é superar as contribuições específicas de cada saber profissional, de modo a permitir que toda criança tenha oportunidade para alcançar o máximo e global potencial, para crescer e desenvolver-se como adolescentes jovens e adultos sadios.

Conclusão

A pesquisa deteve-se na concepção de desenvolvimento infantil dos profissionais de nível superior do Abrigo em questão, e na prática de avaliação neuropsicomotora, reconhecendo sua limitação, sugerindo a associação de outros estudos que envolvam um número maior de Abrigos, e a inclusão da intervenção como objetivo de estudo.
Os resultados revelaram que, na ótica dos investigados, o desenvolvimento está fortemente relacionado aos aspectos sociais da criança (vínculo afetivo, adaptação às mudanças do meio físico, interatividade com cuidadores e demais crianças).
Os profissionais são atentos às crianças, no entanto, não referem uso de protocolo padronizado de avaliação. Por meio de seus discursos, endendeu-se que o infante é percebido de modo fragmentado, e é investigado, analisado, de acordo com as habilidades de cada área de formação profissional, isto é, a psicologia, a pedagogia, a terapia ocupacional, a enfermagem... enfim, cada avalia os aspectos referentes ao seu universo de domínio.

Referências

ALMAS AN, et al. Effects of early intervention and the moderating effects of brain activity on institution**al**ized children's soci**al** skills at age 8. **Proc Natl Acad Sci USA**, PNAS2012 109 (Supplement 2) 17228-17231. Disponível em www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1121256109. Acesso em junho, 2014.
BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
CARVALHO, A. **Abordagem psicológica da criança**. Cap 16.In: Ennio Leão. [et al.]. Pediatria Ambulatorial. 4ª Ed.- Belo Horizonte: COOPMED; 2005.
GIACOMELLO, K.J.; Melo, L.L. Do faz de conta à realidade: compreendendo o brincar de crianças institucionalizadas vítimas de violência por meio do brinquedo terapêutico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, n. 1, p.:1571-1580, 2011.
MARCONDES, E. et al. Pediatria Básica. 9ed. São Paulo: SARVIER; 2005.
MINAYO, ML. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28ªed. Rio de Janeiro: Vozes; 2010.
SCHERZER AL; CHHAGAN M; KAUCHALI S; SUSSER E. Global perspective on early diagnosis and intervention for children with developmental delays and disabilities. **Dev Med Child Neurol**; 54(12): 1079-84, 2012 Dec.

Agradecimentos

As autoras agradecem à equipe profissional que se dispôs a dialogar, expor suas concepções e modos de agir no âmbito da atenção à saúde da criança. Esta livre expressão foi a base para a construção deste trabalho. À professora orientadora, os agradecimentos pela discussão do tema, pelas reflexões facilitadas e pela condução metodológica do trabalho. E à FUNCAP, o reconhecimento e agradecimento ao fomento à pesquisa.
.

CUIDADO EM ENFERMAGEM AO SUJEITO EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA PERSPECTIVA DA HUMANIZAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Kelianny Pinheiro Bezerra (Apresentador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN). Email: kelianyypinheiro@hotmail.com
Ana Karla Ramalho Paixão – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)
Fátima Raquel Rosado de Moraes – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Ana Ruth Macedo Monteiro – Universidade Estadual do Ceará
Lorrainy da Cruz Solano – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte
Deivson Wendell da Costa Lima (Orientador) – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Palavras-chave:Hospitais Psiquiátricos. Humanização da assistência. Saúde Mental. Promoção da Saúde.

Resumo

A prática cotidiana dos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo estes: acolhimento, autonomia, protagonismo e corresponsabilidade pode permitir a construção de um cuidado humanizado visando à Promoção da Saúde dos sujeitos, contudo, pressupõe-se a existência de entraves que impedem o seu cumprimento. Partindo dessa problemática, este trabalho objetivou analisar o cuidado de enfermagem em saúde mental em um hospital psiquiátrico tendo como base as discussões da PNH, visando à Promoção da Saúde. Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com dez enfermeiros inseridos no hospital psiquiátrico da cidade de Mossoró/RN, sob a égide da Resolução 466/2012, sendo aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado do Rio Grande do Norte, com o parecer nº 313.828/2013. Para a coleta de dados utilizou-se a observação não-participante e os registros de enfermagem no intuito de construir diários de campo cujo conteúdo foi analisado mediante a corrente francesa de pensamento. Identificou-se quatro categorias de análise: acolhimento como observação da doença; autoritarismo em detrimento à autonomia dos sujeitos; protagonismo como ser invisível do cuidado e corresponsabilidade como execução de ações fragmentadas.Observou-se, assim, que as práticas dos enfermeirosvoltam-se para intervenções da doença, reforçando o silenciamento dos sujeitos em sofrimento, suas opiniões e expectativas diante do seu tratamento, demonstrando ainda o reforço de práticas biologicistas em detrimento à Promoção da Saúde. Destaca-se, sobretudo, a visão de alguns enfermeiros que acreditam que humanizar significa uma obrigação, um fardo a mais, diante de todo o trabalho que ele já desempenha.

Introdução

Sabe-se que na história do Brasil, as práticas em saúde foram marcadas pelo caráter biologicista, vinculado a um “imaginário científico” que pode ser comparado à racionalidade da mecânica clássica. Dessa forma, essas práticas caminharam no sentido de isolar o corpo biológico adoecido, do corpo psicossocial, equiparando o ser humano a uma máquina, cujos componentes defeituosos devem ser tratados em separado para posteriormente reintegrar o sistema em perfeita sintonia, sem que os fatores diversos que levaram ao defeito em questão, sejam levados em consideração, o que caracterizou o modelo biomédico (CAMARGO JÚNIOR.,1997).

Buscando justamente distanciar-se das relações verticais que vigoram neste modelo, a PNH entra em cena, em meados de 2003, com o intuito de construir uma visão multifacetada, que gera reflexões e suposições sobre formas novas e ampliadas de agir. Visa relações mais harmônicas entre os sujeitos, por meio das quais o saber científico carregado pelo profissional da saúde, e o saber do senso comum, carregado pelos pacientes e acompanhantes, devem culminar num necessário denominador comum: o conhecimento (DESLANDES, ALVES e MITRE, 2009).

No que diz respeito à humanização em saúde mental, discute-se desde a década de 1970 no Brasil, mudanças no tratamento dos que sofrem distúrbios psíquicos, propondo a transformação das práticas hospitalocêntricas manicomiais, sendo tal fato reconhecedor da insuficiência do modelo biomédico. Assim, as discussões em saúde mental vêm pregando uma abertura ao encontro, ao diálogo entre os sujeitos ou ideias, culminando na necessidade de escuta. Tal fato, portanto, demanda para si a carga simbólica que existe em cada discurso, o que acaba extrapolando o caráter instrumental da escuta e passa fundamentá-la como uma ferramenta de intervenção (LIMA; SILVEIRA; VIEIRA, 2012).

A partir desse reconhecimento, intensos momentos de avanços e retrocessos foram necessários no cenário da saúde brasileira, para a inserção de espaços substitutivos de atenção em saúde mental, com características inerentes aos novos modelos de atenção psicossocial. Hoje tais serviços são ofertados em todo o país e integram a rede de atenção psicossocial do SUS. Tais centros devem atender aos sujeitos que sofrem de forma humanizada, valorizando os princípios norteadores da PNH através da escuta das histórias/estórias de vida de cada frequentador, reconhecendo suas queixas, fragilidades e acima de tudo, respeitando suas decisões sobre si.

A Promoção da Saúde traz uma concepção de saúde que supera a lógica unicausal, no qual a compreende como a ausência de doença e avança na perspectiva de compreender o modo como as comunidades se inserem no meio social, político e econômico, determinando a sua capacidade de adoecer/morrer. Além disso, entende que o indivíduo, enquanto ator social e detentor de desejos, habilidades e conhecimentos próprios, deve se tornar não unicamente responsável pelos seus perfis de morbimortalidade, mas, sobretudo, agente social de mudanças, politicamente consciente dos seus direitos e deveres, no processo de construção de sua história de vida e de saúde (BUSS, 2003).

Neste ínterim, reconhece-se a importância prática dos princípios e diretrizes da PNH e assim, entende-se que em qualquer serviço de saúde oferecido aos sujeitos em sofrimento psíquico, a humanização deve estar presente nas ações sendo possível observá-la nas relações entre enfermeiros e sujeitos em sofrimento psíquico através da vivência do acolhimento, da autonomia, protagonismo e corresponsabilidade, caracterizando os princípios norteadores da PNH durante todas as ações de cuidado realizadas nas rotinas dos serviços de saúde, numa perspectiva de Promoção da Saúde.

Metodologia

Trata-se de umapesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada com dez enfermeiros inseridos no hospital psiquiátrico São Camilo de Lélis, localizado na cidade de Mossoró/RN. Sob a égide da Resolução 466/2012, estapesquisa foi devidamente submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sendo aprovada com o parecer nº 313.828/2013.

A coleta de dados foi realizada em etapas diversas, porém concomitantes. Tais etapas constituíram-se de: observação não participante juntamente com a observação dos registros de enfermagem no intuito de construir diários de campo, de onde os resultados foram retirados. Estas etapas foram construídas ao longo de seis meses em campo (setembro de 2013 a fevereiro de 2014), variando nos dias de permanência no hospital, de acordo com a escala dos enfermeiros, utilizando inclusive finais de semana quando necessário, para que fossem obtidas informações suficientes para a montagem deste estudo.

Resultados e Discussão

Acolhimento como observação da doença

Acolher abrange em geral atitudes de inclusão e reconhecimento de dores cujo intuito é o de iniciar laços entre profissionais e pacientes que no dia a dia do tratamento, garantem sentimentos de segurança e corresponsabilidade. Assim, no contexto do hospital psiquiátrico, o momento do acolhimento pode ser concebido como ferramenta primordial da equipe de saúde, pois ao ser desenvolvido com a escuta dos sujeitos em sofrimento psíquico, tem a possibilidade de fortalecer laços promovendo um cuidado integral e subjetivo. Entretanto, durante o momento de observação desta pesquisa, o acolhimento visualizado e documentado nos diários de campo limitou-se a proporções pequenas que deturparam seu real sentido, transformando-o em uma ferramenta pouco eficaz, gerando ações contraditórias ao proposto pelo acolhimento descrito na PNH. O acolhimento para alguns profissionais servia unicamente para o preenchimento de um check-list que abrangia exame físico e breve histórico de internamentos, como forma de facilitar o diagnóstico médico, agilizando a prescrição de psicotrópicos. Além disso, outro grande número de profissionais entendia acolhimento como sinônimo de espaço físico, como a “sala do acolhimento” e não como tecnologia do encontro (BRASIL, 2010).

Autonomia como predomínio do autoritarismo

Nesta categoria, foi observado o estereótipo autoritário que os enfermeiros, de maneira geral, encarnavam ao lidar com os sujeitos em sofrimento psíquico. Seja com as portas, dos setores de internamento ou mesmo com os assuntos que os internos conversavam entre si, a vigilância era constante o que gerava um déficit de fortalecimento do senso autônomo dos sujeitos em sofrimento psíquico, uma vez que o cuidado maior dos enfermeiros girava em prol da manutenção do controle, em detrimento da manutenção de relações dialógicas de trocas, horizontais (FREIRE, 1993). Nesta categoria ainda é destacado o rótulo da doença mental que alguns enfermeiros jogavam aos sujeitos em sofrimento, como justificativa à não participação destes sujeitos em suas próprias decisões (esquema medicamentoso por exemplo).

Protagonismo como ser invisível no cuidado

Em muitos momentos (no horário do banho e comida, por exemplo) os profissionais de enfermagem transpareciam a ideia de que o sofrimento psíquico afetaria a capacidade cognitiva e crítica que envolve o pensar e o agir diante de escolhas importantes daqueles sujeitos em sofrimento e com isso, os mesmos necessitariam de decisões prévias, transparecendo mais uma vez existir uma relação hierárquica de saberes entre pacientes e enfermeiros. A estes profissionais cabia a função de obrigar, com palavras, os sujeitos em sofrimento a fazer a higiene diária mediante ameaças de aumentar o tempo de internamento deste no hospital, por exemplo. A partir desse momento, este sujeito não participa da tomada de decisões sobre seu próprio eu, tornando-se submisso à equipe de enfermagem que por sua vez, através dos momentos de observação desta pesquisa, não entende o protagonismo como coadjuvante no tratamento dos seus pacientes e como forma de promover a qualidade de vida e de saúde.

Corresponsabilidade como execução de ações fragmentadas

O compromisso da equipe multidisciplinar, em especial do enfermeiro, com o sujeito que sofre, envolve estimular sua participação na organização, construção e implementação de planos e ações terapêuticas diferenciadas, assentadas na avaliação das suas reais condições, minimizando vulnerabilidades e visando a corresponsabilidade na tomada de decisões. Vale salientar que o estímulo também vale para a participação do enfermeiro na construção e corresponsabilização das ações cotidianas do cuidar. No entanto, na visão de

alguns enfermeiros participantes do estudo, humanizar através da prática da corresponsabilização, é uma obrigação a mais diante de todos os outros que a equipe de enfermagem já realiza todos os dias, o que gera uma carga simbólica negativa ao cuidado humanizado, apresentando este como sinônimo de trabalho extra. Desse modo, as ações de cuidados observadas eram desempenhadas de maneira fragmentada, sem colaboração entre profissionais e pacientes.

São contextos que reforçam a teoria de Boorse (1997) de saúde como ausência de doença, onde cada profissional desempenha sua função de forma isolada, gerando um cuidado fragmentado e curativista, voltado apenas para a medicalização do sofrimento, em detrimento à promoção da qualidade de vida e de saúde desses sujeitos, os quais se encontram inseridos em um espaço onde os seus desejos e opiniões tornam-se sem valor e acabam sendo rejeitados.

Conclusão

O estudo demonstrou o quão distante caminha o cuidado intra-hospitalar psiquiátrico da PNH, e da Promoção da Saúde, indicando a necessidade de ampliação e fortalecimento urgente da rede substitutiva de atenção psicossocial, através principalmente da sensibilização dos profissionais mais experientes, como forma de garantir o acesso dos sujeitos que sofrem a práticas humanizadas em saúde em qualquer complexidade de atendimento que ele necessite, garantindo-lhe assim, maior qualidade de vida e de saúde.

Referências

ALVES, C. A.; DESLANDES, S. F.; MITRE, R. M. A. Desafios da Humanização no contexto da enfermagem de alta e média complexidade. **Rev. Interface – Comunic., Saúde e Educ.**, v.13, supl. 1, p. 581-94, 2009.

BRASIL. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde.** 2ª ed. Brasília, Ministério da Saúde, 2010.

BOORSE, C. **Concepts of health.** Filadélfia: Temple University ress, p. 359-393, 1987.

BUSS, P. M. Uma introdução ao Conceito de Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. de (org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CAMARGO, J. R. K. R. A Biomedicina. **Rev. Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro,v.7, n.1, p. 45-68, 1997.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia:** saber necessário à prática educativa. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

LIMA, D. W. C.; SILVEIRA, L. C.; VIEIRA, A. N. A escuta no tratamento do estresse psicológico: uma revisão integrativa. **Rev. de EnfermagemJournal of Nursing UFPE**. Pernambuco, v.6, n.9, p. 2273-80, 2012.

Agradecimentos

À Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN) pela prática constante de fomento às pesquisas.

CUIDADO FISIOTERAPÊUTICO HUMANIZADO EM PACIENTES APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Maria Helena Bezerra Girão – Universidade de Fortaleza. Email: mariahelena509@hotmail.com
Darliany Aguiar Vasconcelos – Universidade de Fortaleza
Annúbia Freitas Maia – Universidade de Fortaleza
Fladimir Gondim – Universidade de Fortaleza
Pedro Maciel Honório de Brito – Universidade de Fortaleza
Kátia Castelo Branco Machado Diógenes – Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Acidente vascular cerebral. Fisioterapia. Humanização da assistência.

Resumo

O AVC é definido como uma síndrome clínica que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral que duram mais de 24 horas. É a doença cerebrovascular que apresenta maior incidência, tem maior morbidade e resulta em incapacidade. Diante disso, essa pesquisa pretende realizar uma revisão de literatura acerca da humanização e cuidado em saúde dos fisioterapeutas atuantes com pacientes após um acidente vascular cerebral. A pesquisa realizada foi do tipo revisão de literatura, embasado na pesquisa de artigos científicos dos quais foram incluídos os que se apresentem em formato de texto completo, artigo, no período de 2003 a 2013, no idioma português, com limites de faixa etária de adulto e idoso. Os descritores utilizados foram: acidente vascular cerebral, humanização da assistência e fisioterapia. A fisioterapia apresentou-se eficaz na diminuição dos sinais e sintomas nos pacientes com AVC e promove a independência funcional desses pacientes. Portanto, pela valorização dessa humanização no cuidado, fica evidente a inserção do fisioterapeuta nos cuidados dos pacientes com AVC. A partir deste estudo, observa-se a necessidade de serem desenvolvidas novas pesquisas que aprofunde acerca dos cuidados da fisioterapia em pacientes com AVC.

Introdução

O aumento da vida média da população levou a uma elevação no número de pessoas portadoras de doenças crônicas, das quais se destacam as doenças coronarianas, a insuficiência cardíaca e as doenças cérebro vasculares (DCV) que constituem a terceira causa de morte no mundo (ANDRE, 2006).

Entre todos os países da América Latina, o Brasil é o que apresenta as maiores taxas de mortalidade por AVC, sendo entre as mulheres a principal causa de óbitos. No Brasil, segundo dados do Ministério da Saúde, as doenças cardiovasculares são responsáveis por 32% dos óbitos. Ao se ajustar os dados de mortalidade com a idade, o acidente vascular encefálico (AVE) aparece como líder de causas de morte no Brasil.

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é a doença cerebrovascular que apresenta maior incidência, tem maior morbidade e resulta em incapacidades (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). De acordo com o secretário da saúde do Estado do Ceará, Arruda Bastos, o acidente vascular cerebral (AVC) causa 4.200 óbitos por ano, em média, no Ceará (HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA, 2012).

O AVC é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como uma síndrome clínica que consiste no desenvolvimento rápido de distúrbios clínicos focais da função cerebral que duram mais de 24 horas ou conduzem à morte sem outra causa aparente que não uma de origem vascular (NICE, 2008).

A Doença Vascular Encefálica Hemorrágica (DVEH) que ocorre pela ruptura de um vaso intracraniano gera sangramento e formação de hematoma no parênquima cerebral. Já a Doença Vascular Encefálica Isquêmica (DVEI) é caracterizada pelo déficit neurológico resultante

da insuficiência de suprimento sanguíneo cerebral (SBDCV, 2001). O Ataque Isquêmico Transitório (AIT) caracteriza-se por episódios isquêmicos súbitos com a presença de sintomas de déficits neurológicos passageiros que tem geralmente duração de 10 a 20 minutos com permanência inferior a 24 horas (LUNDY, 2000; MERRIT, 2002; ANDRE, 2006).

Para Smeltzer e Bare (2002), o paciente com AVC pode apresentar qualquer um desses sintomas: dormência ou fraqueza da face, braço ou perna, especialmente num lado do corpo; c ou alteração do estado mental; dificuldade em falar ou compreender a fala; distúrbios visuais; dificuldade em deambular; tontura ou perda do equilíbrio; cefaleia súbita. Essas disfunções podem ser passageiras ou não, vai depender da região acometida, o nível da lesão e a capacidade individual de recuperação (PEDREIRA, 2010).

Programas de reabilitação melhoram a capacidade funcional de pessoas com sequelas ocasionada pela doença, ajudando o retorno ao convívio social em 80% dos casos (ANDRE, 2006). O tratamento da alteração do tônus e a reeducação funcional são o foco da fisioterapia e devem ser feitos com base na medida e na análise precisa do movimento, da postura e da função (CARVALHO et al, 2007).

Nos serviços de reabilitação, observa-se que os pacientes com AVC se concentram na faixa etária adulto-idoso, período no qual pode ocorrer, o comprometimento das capacidades funcionais devido ao processo de envelhecimento. A avaliação da independência funcional destes pacientes deve considerar a análise das atividades de vida diária que geralmente se encontram afetadas após o AVC, e assim, adequando a intervenção terapêutica às verdadeiras condições do paciente (COSTA et al. 2011).

Na atuação dos fisioterapeutas percebem-se dificuldades enfrentadas por pacientes e familiares, diante de mudanças físicas, psíquica e social pós-AVC (MENEZES et al, 2010).

A doença afeta a estrutura familiar, por ser um elemento antropológico que desarticula a existência do ser doente e de seu universo familiar, emergem sentimentos e percepções como a possibilidade da morte, geradora de estresse e ansiedade, provocando transformações no núcleo familiar que induzem à reestruturação com a definição de novos papéis, num novo modo de vida (MOTTA, 1998).

Uma das metodologias propostas para aprofundar esse conceito de humanização do cuidado é a medicina centrada no paciente, denominada por alguns autores como um novo método clínico capaz de romper com o atual paradigma biomédico (RIBEIRO; AMARAL, 2008), buscando conhecer mais profundamente o ser humano submerso na patologia clínica, compreendendo culturalmente esse sujeito e adequando a atuação clínica à individualidade de cada um.

Sendo assim, essa pesquisa pretende realizar uma revisão de literatura acerca da humanização e cuidado em saúde dos fisioterapeutas atuantes com pacientes após um acidente vascular cerebral.

Metodologia

A pesquisa realizada foi do tipo revisão de literatura. A revisão de literatura 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 será realizada a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa (LUNA, 1997). 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, artigo, no período de 2003 a 2013, no idioma português, com limites de faixa etária de adulto e idoso. Os descritores utilizados foram: acidente vascular cerebral, humanização da assistência e fisioterapia.

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: acidente vascular cerebral, humanização da assistência e fisioterapia. Após seleção rigorosa dos artigos científicos, os mesmos foram analisados e discutidos com embasamento teórico pertinente.

Resultados e Discussão

Após seleção inicial dos artigos na Biblioteca Virtual em Saúde, baseados nos limites estabelecidos na pesquisa foram encontrados 805 artigos, porém após leitura criteriosa foram selecionados de forma detalhada 30 artigos, que eram pertinentes à temática desenvolvida nessa pesquisa.

A atuação da fisioterapia em paciente com Acidente Vascular Cerebral

Nas últimas décadas, a fisioterapia apresentou-se eficaz na diminuição dos sinais e sintomas nos pacientes acometidos por AVC, a contribuição desse profissional, baseia-se no uso de mecanismos comportamentais, tais como a substituição, a adaptação e o reaprendizado, onde exercícios de habituação, coordenação, treinamento de equilíbrio e fortalecimento possam promover a independência funcional desses pacientes (O'SULLIVAN, 2004 & UMPHRED, 2004).

De acordo com um estudo desenvolvido por Piropo e colaboradores (2010), a atuação da fisioterapia contribui para a redução do sedentarismo, por constituir uma rotina de exercícios capaz de influenciar positivamente no estilo de vida dos pacientes pós-AVC e melhorar as relações sociais, onde a maioria dos pacientes procura manter relações sociais saudáveis.

Segundo Moraes e colaboradores (2009), para o fisioterapeuta tratar o paciente, significa, muitas vezes, uma rotina: ele já está familiarizado com as doenças, seus sintomas, as reações dos pacientes e as restrições do tratamento, o que o leva a preocupar-se apenas com a solução da queixa física do paciente.

Nos serviços de reabilitação, observa-se que a população de pacientes com AVC se concentra predominantemente na faixa etária adulto-idoso, período no qual pode ocorrer, naturalmente, a diminuição da acurácia das condições funcionais pelo processo de envelhecimento.(Minelli,2007). A avaliação da independência funcional destes pacientes deve contemplar a análise das atividades de vida diária que geralmente se encontram afetadas após o AVC, adequando assim a intervenção terapêutica às reais condições do paciente. Esta avaliação é usada para adequar a intervenção terapêutica às reais condições do paciente, comparar os resultados em diferentes momentos da intervenção, melhorar os procedimentos e determinar as necessidades pessoais de cada um. (Falcão, 2004)

Dentre as alterações encontradas, a hemiplegia/hemiparesia (perda/diminuição do controle motor de um lado do corpo) é um dos sinais clínicos mais evidentes da doença. Pacientes com sequelas de AVC apresentam tendência em manter-se na posição de assimetria postural, com menor distribuição de peso sobre o lado afetado, e, por conseguinte transferência de peso corporal para o lado sadio, havendo perda da seletividade de movimentos (MARINO JUNIOR et al., 2005; CESÁRIO; PENASSO; OLIVEIRA, 2006).

Nesse contexto, para Fernandes (2006), a hemiparesia não causa somente limitações motoras, mas influência nas atividades diárias dos pacientes. A fisioterapia tem demonstrado interesse em desenvolver novas terapias de reabilitação. Segundo Duncan et al. (2005), um programa de reabilitação iniciada precocemente após o AVC pode acelerar a recuperação e minimizar as incapacidades funcionais, com isso reduz os custos com cuidados a longo prazo e contribui com uma melhora da satisfação do paciente.

Pacientes portadores de sequelas do AVC demonstram maior fragilidade e baixa resistência durante os exercícios e podem ter a função respiratória prejudicada como consequência da fraqueza muscular, além de disfunções posturais e mobilidade reduzida do tronco

(TEIXEIRA-SALMELA et al., 2005). Wang et al. (2005), Marcucci et. al. (2007) e Mota (2008) afirmam que, os músculos abdominais são a base fundamental para o controle postural normal, sendo responsável pela mobilidade e estabilidade do tronco, então pode-se dizer, que o principal ponto da reabilitação do paciente está no restabelecimento da função normal dessa musculatura. A fisioterapia dispõe dentro da cinesioterapia exercícios específicos que visam a recuperação da função do tronco, o que aumenta também a eficácia dos músculos respiratórios e auxilia no mecanismo fisiológico da bomba ventilatória (TEIXEIRA-SALMELA et al., 2005).

Plavsic (2008) e Teixeira (2005) encontraram resultados semelhantes em relação ao benefício da fisioterapia, relatam que com a fisioterapia o paciente apresenta melhora postural, diminuição da influência dos padrões de movimentos sinérgicos anormais, e redução do tônus no tronco e na extremidade do membro superior mais afetada, com consequente melhora no índice da qualidade de vida.

Segundo Cesário, Penasso e Oliveira (2006), a perda da capacidade funcional após o AVC leva o indivíduo à incapacidade para realizar as atividades de vida diária, e também, as atividades mais complexas do cotidiano, correlacionando déficit de função física e emocional. Isso acaba por levar o paciente ao isolamento social e depressão.

Magri e colaboladores (2003) evidenciaram que pacientes portadores de sequelas de AVC que iniciam um programa de atividade física regular apresentam um quadro emocional mais estável, demonstrando maior confiança e segurança, treinando suas capacidades e reconhecendo suas limitações.

Campanhas de incentivo à prática de exercícios físicos regulares são o primeiro passo para que haja a redução da incidência e da prevalência dos fatores de risco que levam ao desenvolvimento do AVC. Sendo assim, o papel principal dos profissionais da área de saúde seria o de alertar a população quanto aos principais fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento, não só do AVC, mas também, de uma série de outras doenças (ESTOFALETE; PIERETTI, 2003).

A humanização dos pacientes com Acidente Vascular Cerebral

De acordo com os artigos pesquisados, é necessário criar políticas de saúde que incentivem a qualidade de vida e a melhora da assistência à saúde da população. As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para atender às necessidades do paciente, promovendo a capacitação dos profissionais, assim como orientar cuidadores familiares (MISNISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Segundo Machado e colaboradores (2007), a integralidade na atenção à saúde é uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua implementação visa ações que respondam às demandas e necessidades da população, nos diferentes níveis de atenção e complexidade, nas diferentes abordagens do processo saúde doença e nas distintas dimensões do ser cuidado.

A humanização requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde ao seu principal objeto de trabalho – o doente/ser fragilizado –, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais. O hospital humanizado é aquele que contempla, em sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, a valoração e o respeito à dignidade da pessoa humana, seja ela paciente, familiar ou o próprio profissional que nele trabalha, garantindo condições para um atendimento de qualidade (BACKES, 2006).

Martins et al (2008), relata que humanizar é dar qualidade à relação profissional paciente. O desafio da equipe de saúde é ser cuidar do paciente, vislumbrando a multidimensionalidade de seu ser.

Nessa perspectiva, Backes (2006) e Bifulco (2009) demonstram estarem cada vez mais à procura de respostas sobre as relações profissionais, principalmente as associadas à autonomia, à justiça e à necessidade de respeito à dignidade da pessoa humana. Desse modo, consideramos que a humanização do ambiente hospitalar e da assistência à saúde não se concretiza se estiver centrada unicamente em fatores motivacionais externos ou somente no usuário.

De acordo com um estudo desenvolvido por Mattos e colaboradores (2004) o acolhimento é uma estratégia de mudança das relações interpessoais entre os profissionais e também, entre a equipe e usuários, estabelecendo-se por meio da atenção humanizada o vínculo e a responsabilidade das equipes com os usuários. A humanização e o acolhimento deveriam entrar num ambiente hospitalar como tecnologia relacional, valorizando o diálogo e a escuta das queixas do paciente e de sua família, a identificação das suas necessidades e o respeito às diferenças.

Dessa forma, Selli e colaboradores (2004) definem o termo cuidado como uma relação usuário/profissional preocupada em incluir a subjetividade do usuário. O cuidado é um tipo de relação que inclui o acolhimento, a visão e a escuta do usuário num sentido global, em que o sujeito emerge em sua especificidade, mas também como pertencente a um contexto sociocultural. Logo, os profissionais de saúde, para estabelecerem um contato efetivo com os usuários, necessitam dispor de condições básicas tanto materiais como humanas para desenvolver as suas atividades, de forma digna e justa.

Conclusão

Para os profissionais de saúde, o programa de humanização auxilia no resgate ao verdadeiro sentido de sua prática, o valor do seu trabalho em equipe e a busca pelo aprimoramento das relações interpessoais de modo que seja valorizada a dimensão humana e subjetiva dos sujeitos.

Portanto, pela valorização dessa humanização no cuidado, a inserção do fisioterapeuta nos cuidados dos pacientes com AVC, junto a uma equipe multiprofissional, fica evidente, com os objetivos de controlar fatores de risco, avaliar e tratar os indivíduos com sequelas neurológicas de forma continuada.

Enfim, a partir deste estudo, observa-se a necessidade de serem desenvolvidas novas pesquisas que aprofunde acerca dos cuidados da fisioterapia em pacientes com AVC.

Referências

ANDRÉ, C. **Manual de AVC**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, p. 250, 2006.

BASTOS, M. R.; Roberto, E. L. (2008). **A eficácia do tratamento fisioterapêutico hospitalar precoce em paciente com AVE isquêmico: estudo de caso.** Recuperado em 12 maio, 2010, de http://www.wgate.com.br/conteudo/medicinaesaude/fisioterapia/neuro/avc_bastos.htm.

BACKES, Dirce Stein; Lunard, Valéria Lerch; Lunardi filho, Wilson D.. **A humanização hospitalar como expressão da ética.**Rev Latino-amEnfermagem 2006**,** Rio Grande, v. 1, n. 14, p.132-135, 2006.

BIFULCO, Vera Anita; IOCHIDA, Lúcia Christina. **A formação na graduação dos profissionais de saúde e a educação para o cuidado de pacientes fora de recursos terapêuticos de cura.** Revista Brasileira De Educação Médica, São Paulo, v. 33, n. 1, p.92-100, 2009.

CAPRARA A, RODRIGUES J. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** CiêncSaúdeColetiva. 2004 jan; 9(1):139-46.

CARVALHO, A.C; VANDERLEI, L.C.M; BOFI, T.C; PEREIRA, J.D.A.S; NAWA, V.A. **Projeto Hemiplegia – Um modelo de fisioterapia em grupo para hemiplégicos crônicos.**Arq Ciênc Saúde 2007 jul-set;14(3):161-8.
CESÁRIO, C. M. M.; Penasso, P.; Oliveira, A. P. R. **Impacto da disfunção motora na qualidade de vida em pacientes com acidente vascular encefálico.** RevistaNeurociências, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 6-9, 2006.
COSTA, Fabrícia Azevêdo da; SILVA, Fabríciadiana Lídice Araújo da; ROCHA, Vera Maria da. **Severidade clínica e funcionalidade de pacientes hemiplégicos pós-AVC agudo atendidos nos serviços públicos de fisioterapia deNatal (RN).** Ciência & Saúde Coletiva, Rio Grande do Norte, v. 16, n. 1, p.1341-1348, 2011.
DUNCAN PW, Zorovitz R, Bates B, Choi JY, Glasberg JJ,Graham GD, et al. **Management of adult strokerehabilitation care: a clinical practice guideline.** Stroke.2005;36;e100-43.
ESTOFALETE, M. O.; Pieretti, M. C. **A incidência de casos de acidente vascular cerebral (AVC) na Clínica de Fisioterapia da FAI - Faculdades Adamantinenses Integradas.** 2003. Disponível em: < http:// www.fai.com.br/fisio/resumos/37.doc>. Acesso em: 13 mar. 2007.
Falcão IV, Carvalho EMF, Barreto KML, Lessa FJD,Leite VMM. Acidente vascular cerebral precoce:i mplicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2004; 4(1):95-102.
FERNANDES, M. R, Carvalho LBC, Prado GF. **A functionalelectric orthesis on the paretic leg improves quality oflife of stroke patients.**Arq Neuropsiquiatr.2006;64(1)203.
FONTOURA RT, Mayer CN. **Uma breve reflexão sobre a integralidade.**Rev Bras Enferm. 2006; 59:532-7.
Lotufo PA. Stroke in Brazil: a neglected disease. São Paulo Med J. 2005;123(1):3-4.
LUNDY, L. E. **Neurociência: fundamentos para a reabilitação.** ESBÉRARD, C. A. Tradutor Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
MACKO RF, Ivey FM, Forrester LW, Hanley D, Sorkin J,Katzel LI, et al. **Treadmill exercise rehabilitation improves ambulatory function and cardiovascular fitness in patients with chronic stroke: a randomized, controlled trial.** Stroke. 2005;36;2206-11.
MARCUCCI, F. C. I.; Cardoso, N. S.; Berteli, K. S.; Garanhani, M. R.; Cardoso, J. R. **Alterações eletromiográficas dos músculos do tronco de pacientes com hemiparesia após acidente vascular encefálico.** Arquivos de Neuro-psiquiatria, São Paulo, v. 65, n. 3-B, p. 900-905, 2007.
MARINO junior, N. W.; ferreira, L. S.; Pastre, C. M.; Valério, N. I.; Lamari, N. M.; marino, L. H. C. **Intervenção fisioterapêutica na síndrome do ombro doloroso em portadores de hemiplegia.** Arquivos de Ciências da Saúde, São Jose do Rio Preto, v. 12, n. 4, p. 220-222, 2005.
MACHADO MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. **Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual.** Ciência saúde coletiva. 2007; 12:335-42.
MATTOS RA. **A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).** Cad Saúde Pública. 2004; 20:1411-6.
MENEZES, JNR; MOTA, LA; SANTOS, ZMSA; FROTA, MA.**Repercussões psicossociais do acidente vascular cerebral no contexto da família de baixa renda.** RBPS, Fortaleza, 23(4): 343-348, out./dez., 2010.
MERRIT, R. L. P. **Tratado de neurologia.** ARAÚJO, C. L. C.; MUNDIM, F. D., Tradutores. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.
Ministério da Saúde (Br). **Estatuto do idoso.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.
Minelli C, Fen LF, Minelli DP. Stroke Incidence, Prognosis, 30-Day, and 1-Year Case Fatality Rates in Matão, Brazil - A Population-Based Prospective Study. *Stroke* 2007; 38(11):2906-2911.
MORAES, Clóris Regina Elias de; Simão, Lívia Mathias. **Relação Fisioterapeuta-Paciente e a Integração Corpo-mente: um Estudo de Caso.** Psicologia, Ciência e Profissão, São Paulo, v. 29, n. 2, p.306-317, 2009.
MOTA, J. F.; Nicolato, R. **Qualidade de vida em sobreviventes de acidente vascular cerebral – instrumentos de avaliação e seus resultados.** Jornal Brasileiro de Psiquiatria, Rio de Janeiro, v. 57, n. 2, p. 148-156, 2008.
MOTTA, MGC. **O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital.**Florianópolis: UFPel; 1998.
NICE guideline DRAFT (January 2008); **Stroke: diagnosis and initial management of acute stroke and transient ischemic attack** (TIA).
PEDREIRA, Larissa Chaves; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. **Cuidados domiciliares ao idoso que sofreu Acidente Vascular Cerebral.** Rev Bras Enferm, Brasilia, v. 63, n. 5, p.837-840, out/nov. 2010.
RIBEIRO MMF, AMARAL CS. **Medicina centrada no paciente e ensino médico: a importância do cuidado com a pessoa e o poder médico.** Rev. bras. educ. med., Rio de Janeiro, v. 32, n. 1, Mar. 2008.
SMELTZER, SC; BARE, BG. In: Brunner LS, Studdarth RS. **Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgico**. 9ª ed. v 3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002.
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DOENÇAS CEREBROVASCULARES - (SBDCV).**Primeiro consenso brasileiro do tratamento da fase aguda do acidente vascular cerebral**. Arq Neuropsiquiatr, v. 59, p. 972-980, São Paulo, set. 2001.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer à Deus, pela oportunidade, aos meus colegas e minha orientadora.

CUIDADO MATERNO COM O RECÉM-NASCIDO PREMATURO PÓS-ALTA HOSPITALAR: REVISÃO DE INTEGRATIVA

Dayse Paixão e Vasconcelos (apresentadora) – Universidade Federal do Ceará (UFC). Email: daysepaixao@hotmail.com
Daisyanne de Carvalho Pinheiro – Universidade de Fortaleza (Unifor)
Tayrine Nogueira Moreira Dos Santos – Universidade de Fortaleza (Unifor)
Conceição de Maria de Albuquerque – Universidade de Fortaleza (Unifor)
Márcia Maria Tavares Machado – Universidade Federal do Ceará (UFC)
Regina Célia Carvalho da Silva (Orientadora) – Universidade de Fortaleza (Unifor)

Palavras-chave:Pós-alta; Recém-nascido; UTI.

Resumo

Objetivo: O objetivo desse estudo foi buscar na literatura evidências sobre o preparo dos pais para alta hospitalar do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva. **Métodos:** Trata-se de um método de revisão integrativa, em virtude da coesão da análise de literatura em relação à leitura prévia de artigos selecionados. Foram selecionados dez artigos para compor esta pesquisa integrativa, os, sendo oito periódicos nacionais e dois periódicos internacionais constantes na base de dados BIREME. **Resultados:** Na maioria dos artigos analisada houve falha na comunicação entre profissionais e familiares, dentre eles, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno e cuidados gerais com o RN. **Conclusão:** Concluímos que há grande necessidade de apoio da equipe de saúde no primeiro mês em casa.

Introdução

Nos últimos anos temos observado um aumento na taxa de sobrevivência de recém-nascidos prematuros e com baixo peso ao nascer, isso graças aos avanços no suporte tecnológico e de terapia, no conhecimento científico e nas recentes estratégias nutricionais, fato que, indiscutivelmente, tem melhorado a assistência neonatal. Embora esses recém-nascidos pré-termo estejam sobrevivendo, não temos a certeza que esses esforços têm garantido uma sobrevida sem problemas. Durante o período pós-natal o recém-nascido pode sofrer intercorrências clínicas, ser submetido a vários procedimentos invasivos durante sua internação, ou mesmo apresentar doenças que podem deixar sequelas permanentes com impacto no desenvolvimento global. Alterações de desenvolvimento e problemas na função de alimentação são frequentes nessas crianças (Freitas, *et al*, 2010)

No decorrer do seu desenvolvimento, as crianças que nascem de parto prematuro ou/e com baixo peso, quando comparadas a crianças com peso igual ou superior a 2.500g a termo, têm mais tendências a apresentar: deficiências cognitivas (ZOMIGNANI, *et al*, 2009; STEIN *et al*, 2006), problemas de desempenho escolar (MEIÓ *et al*, 2004) e dificuldades comportamentais (WIESE, 2009; ESPÍRITO SANTO, 2009). Verifica-se ainda que quanto mais baixo o peso de nascimento, mais dificuldades ocorrem no curso do desenvolvimento (NOBRE, *et al*, 2009).

Dessa forma, a alta hospitalar da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) deve se dar de forma contínua, sem interrupções bruscas e quando a família estiver plenamente preparada para dar continuidade ao cuidado no domicílio. A falta de um planejamento adequado da alta hospitalar tem sido causa de reinternações e até óbito de crianças que saíram com potencial de recuperação da UTIN. A preparação adequada dos pais pode reduzir reinternações, gerenciar o cuidado no domicílio com domínio do uso de medicações e alimentação, além de garantir que os pais reconheçam problemas precocemente e saibam quando buscar ajuda no serviço de saúde. (SMITH et al, 2009).

O objetivo desse estudo foi buscar na literatura evidências sobre o preparo dos pais para alta hospitalar do recém-nascido prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal.

Metodologia

Optou-se pelo método de revisão integrativa, em virtude da coesão da análise de literatura em relação à leitura prévia de artigos selecionados. A revisão integrativa da literatura consiste na construção de uma análise ampla da literatura, contribuindo para discussões sobre métodos e resultados de pesquisas, assim como reflexões sobre a realização de futuros estudos. O propósito inicial deste método de pesquisa é obter um profundo entendimento de um determinado fenômeno baseando-se em estudos anteriores. É necessário seguir padrões de rigor metodológico, clareza na apresentação dos resultados, de forma que o leitor consiga identificar as características reais dos estudos incluídos na revisão (BROOME, 2000).Elaborou-se como pergunta norteadora para responder ao objetivo geral da pesquisa: Como os pais estão sendo preparados para cuidar os recém-nascidos prematuros no domicílio após a alta da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal?

O levantamento bibliográfico foi realizado entre fevereiro e março de 2014, pelas pesquisadoras, quando se efetuou busca nas bases de dados: Biblioteca Virtual em Saúde – BIREME. Como critérios de inclusão, foram definidos: pesquisas disponíveis eletronicamente nas bases de dados selecionadas nos idiomas português e inglês, cujos resultados baseavam-se nos artigos que atendiam ao objetivo do estudo. Em relação aos critérios de exclusão, foram eliminados os Editoriais e as Cartas ao Editor.

Foram selecionados dez artigos para compor esta pesquisa integrativa, os que obedeceram aos critérios de inclusão estabelecidos e que estavam disponíveis em textos completos, sendo oito periódicos nacionais e dois periódicos internacionais constantes na base de dados BIREME, os demais não correspondiam com a proposta inicial da pesquisa. Foi estabelecido limite para data, ente 2008 a 2014.

Os dados obtidos foram organizados, tabulados e submetidos à análise descritiva. Por se tratar de uma pesquisa de cunho documental, na qual utilizou dados secundários, 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 preservados.

Resultados e Discussão

Quadro 1: Síntese dos artigos encontrados nas bases de dados, de acordo com Título do periódico, autor, objetivos e resultados. Fortaleza, CE, Brasil, 2014.

TÍTULO	AUTORES	OBJETIVO (S)	RESULTADOS
Educação em saúde e a família do bebê prematuro: uma revisão integrativa	CHIODI, *et al.*	Identificar as necessidades de educação em saúde da família do recém-nascido pré-termo.	Estratégias profissionais desejáveis. Necessidade de práticas educativas com metodologia ativa.
ALTA HOSPITALAR E O CUIDADO DO RECÉM-NASCIDO PREMATURO NO DOMICÍLIO: VIVÊNCIA MATERNA	FROTA, M.A *et al.*	Conhecer a percepção da mãe sobre a alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio após a primeira semana de alta.	Evidenciou que as mães não recebem orientações para a alta hospitalar dos profissionais de saúde.
Are families prepared for discharge from the NICU?	SMITH, V.C *et al.*	Quantify and compare the family's and the nurse's perception regarding the family's discharge preparedness. Determine which elements contribute to a family's discharge preparedness.	Assistência com a seleção pediatra e preparação casa pode melhorar o percentual de famílias preparadas para a alta.
AVALIAÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NO PRIMEIRO MÊS APÓS A ALTA	GUBERT, J.K *et al.*	Avaliar o aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após alta da UTIN. O estudo consiste de uma pesquisa exploratória e descritiva na modalidade estudo de caso.	Necessidade de apoio da equipe de saúde no primeiro mês em casa.
O SEGUIMENTO DA SAÚDE DA CRIANÇA PRÉ-TERMO E DE BAIXO PESO EGRESSA DA TERAPIA INTENSIVA NEONATAL	VIEIRA, C.S; MELLO, D.F	Descrever como ocorre o cuidado do pré-termo e baixo peso egresso da unidade de terapia intensiva neonatal, no que tange ao seguimento dessa clientela no contexto do domicílio.	O cuidado do RN ocorre de maneira fragmentada. Os serviços de saúde são focais e centrados no atendimento da demanda.

Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar	MORAIS, A.C; QUIRINO, M.D; CAMARGO, C.L	Identificar, suporte social que mães de prematuros tiveram para cuidar dos filhos no domicílio, descrevendo os desafios enfrentados para o seguimento ambulatorial.	Os resultados evidenciaram as inúmeras dificuldades que as mães e familiares enfrentaram para conseguir o acompanhamento ambulatorial das crianças prematuras.
Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life	LOPEZ, G.L; ANDERSON, K.H; FEUTCHINGER J.	To conduct an integrative literature review to studies that focus on the transition of premature infants from neonatal intensive care unit (NICU) to home.	Visitas domiciliares por uma enfermeira foram um componente chave, fornecendo educação, apoio e cuidados de enfermagem. Um programa, portanto, deve consistir em fornecer aos pais de bebês prematuros com visitas domiciliares implementados por uma enfermeira ou ficar em contato com uma enfermeira (por exemplo, através de
PREMATURO: EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE AMAMENTAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PÓS-ALTA	MELO, L.M *et al.*	Identificar as percepções e experiências maternas em relação aos cuidados com a alimentação durante o internamento do prematuro na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e após a alta hospitalar.	Pondera-se que a realização de grupos de apoio, baseado em dinâmicas e no diálogo aberto informal entre mães e profissionais seja uma ferramenta útil a elucidações de duvidas contra hábitos prejudiciais ao bebê.
A percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro	SIQUEIRA, M.B.C.; DIAS, M.A.B	Analisar a percepção materna sobre vivência e aprendizado de cuidado de um bebê prematuro.	A vivencia das mãe é marcada pelo trauma do parto prematuro
A VIVÊNCIA DE MÃES DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS NO PROCESSO DE LACTAÇÃO E AMAMENTAÇÃO	SILVA, R.V	compreender a vivência da amamentação de mães de recém-nascidos prematuros durante a internação de seus filhos e como objetivo específico descrever a performance de amamentação e condições de suas mamas e lactação, por ocasião da alta dos filhos.	Processo de avaliação contínua das condições de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança. Ações no desenvolvimento da amamentação.

A principal inquietação do profissional que atua em Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal volta-se à manutenção da vida de recém-nascidos cada vez mais prematuros e para isso prioriza a qualidade da assistência prestada no ambiente hospitalar, por meio de profissionais treinados e equipamentos de última geração. Gradativamente, com o sucesso das intervenções, é cada vez maior a sobrevida do recém-nascido prematuro egresso da Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal, o que amplia sua necessidade de cuidado domiciliar, o qual passa a ser desempenhado pelos principais cuidados dos pais e dos familiares.

A partir dos artigos selecionados categorizamos os resultados em dois temas: 1. O preparo das mães para cuidarem de seus filhos prematuros após alta da UTIN e 2. Percepção das mães sobre o cuidado do filho prematuro após alta da UTIN.

Na Categoria 1. O preparo das mães para cuidarem de seus filhos prematuros após alta da UTIN, constatou-se que alguns autores verificaram a participação da mãe e o conhecimento dos enfermeiros e de outros profissionais no que se refere ao cuidado no RN. Os resultados apontaram a visita domiciliar realizada pelos enfermeiros como importante estratégia para o conhecimento da situação socioeconômica e cultural da família o que proporcionaria subsídios para uma orientação adequada para realidade da família.
De acordo com Gubert, *et al.,* (2012), há uma necessidade de adesão da equipe de saúde no primeiro mês em casa, principalmente das UBSs, que as mulheres têm como referência primária e que são portas de entrada na busca de assistência diante dos dificuldades encontrados em domicílio.
Na Categoria 2. Percepção das mães sobre o cuidado do filho prematuro após alta da UTIN, observou-se que os resultados dos artigos evidenciam que as mães relatam despreparo, especialmente, quanto à amamentação, alimentação e dificuldades de acompanhamento ambulatorial dos filhos.
Conforme Silva, (2009) foi observado que as mães têm uma preocupação pela manutenção da amamentação regular mesmo depois quando retomam sua rotina. O papel do profissional no auxílio da amamentação e o estímulo na educação em saúde não foram evidenciados. Também se destaca a importância da atuação da equipe na ampliação de segurança e confiança no cuidado com o RN.
Para Vieira e Mello (2009), as famílias relatam insatisfação com os serviços do SUS, pois os seus princípios não são empregados dignamente. É necessária uma articulação dos profissionais e do serviço para que a continuidade do cuidado seja eficaz regularizado na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de maneira indissociável.
Segundo Morais *et al*., (2012) mães que recebem alta hospitalar evidenciam dificuldades para a o acesso de acompanhamento em ambulatório. Os profissionais da saúde, bem como os enfermeiros devem incorporar sistematicamente na assistência das famílias de crianças prematuras, desde a sua admissão na unidade de terapia intensiva neonatal, direções após a saída da unidade, visando a integração no binômio mãe e filho.
Por meio dessa revisão integrativa foi possível deduzir que, embora a produção científica sobre este tema seja insuficiente, a preocupação com o preparo da família para a alta do bebê prematuro está presente nas discussões que sustentam os trabalhos científicos da área.
Constatamos que as orientações são apenas pontuais, sem exploração aprofundada do seu conteúdo e em muitos casos a família retoma ao lar sem informações suficientes sobre os cuidados gerais e alimentação (aleitamento materno exclusivo), informações que deveria ser abordadas não apenas no momento da alta, mas em todo o período do pré-natal.
Falhas na comunicação entre profissionais e familiares foi evidenciado nos resultados, dentre as quais, o incentivo e o apoio ao aleitamento materno obtiveram uma preocupação maior, visto que a alimentação adequada ao recém-nascido influencia positivamente na recuperação e no desenvolvimento e crescimento saudável e adequado. Estas lacunas na comunicação são preocupantes, visto que, são informações básicas e essenciais e fazem parte do elenco de orientações previstas para a mãe no período pré-natal e pós-parto.
Vale salientar que o preparo do familiar e do recém-nascido prematuro para a alta hospitalar visa promover o desligamento da Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e proporcionar meios para uma readaptação dos pais e dos bebês no ambiente domiciliar. Este desligamento não exclui a manutenção do vínculo com a instituição, para seguimento pós-alta, pois esta deve, também, ser tida como suporte e apoio do binômio bebê-família.

Conclusão

Constatamos que além das orientações fornecidas na UTIN, há necessidade de apoio da equipe de saúde no primeiro mês em casa, principalmente das UBSs, espaço onde as mães têm como referência primária e que são portas de entrada na busca de auxílio diante dos problemas encontrados em casa. Muitas mães já procuram as unidades quando não há mais solução sobre o aleitamento materno e sobre cuidados gerais com os RN. Dessa forma, implementar um rotina de visitas domiciliares aos recém-nascidos que receberam alta da UTIN, especialmente nas primeiras semanas, averiguando às necessidades da mãe com o cuidado e a alimentação do prematuro seria uma estratégia de identificar precocemente às dificuldades e prevenir danos à saúde do recém-nascido prematuro.

Referências

FARIAS, L.M.; CARDOSO, M.V.L.M.L.; OLIVEIRA, M.M.C.; MELO, G.M.; ALMEIDA, L.S. Comunicação proxêmica entre a equipe de enfermagem e o recém-nascido na Unidade Neonatal. *Rev Rene*. 2010; 11(2):37-43.

EICKMANN, S. H. *et al*. Crescimento de nascidos a termo com peso baixo e adequado nos dois primeiros anos de vida. **Rev Saúde Pública** 2006;40(6):1073-81.
FREITAS, M, *et al*. Acompanhamento de crianças prematuras com alto risco para alterações do crescimento e desenvolvimento: uma abordagem multiprofissional. **Einstein**, 2010; 8(2): 180-6.
FROTA, Mirna Albuquerque et al . Alta hospitalar e o cuidado do recém-nascido prematuro no domicílio: vivência materna. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, June, 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200011&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200011.
GUBERT, J.K.; VIERA, C.S.; OLIVEIRA, B.R.G.; DELATORE, S.; SANCHES, M.M. Avaliação do aleitamento materno de recém-nascidos prematuros no primeiro mês após a alta. **Cienc Cuidado Saúde**. 2012 jan/mar; 11(1):146-55.
MÉIO, M.D.B.B. *et al.* Desenvolvimento cognitivo de crianças prematuras de muito baixo peso na idade pré-escolar. **Jornal de Pediatria,** Rio de Janeiro. 2004;80:495-502.
MELO, LEILA MEDEIROS; MACHADO, MÁRCIA MARIA TAVARES; LEITE, ÁLVARO JORGE MADEIRO;ROLIM, KARLA MARIA CARNEIRO. PREMATURO: EXPERIÊNCIA MATERNA DURANTE AMAMENTAÇÃO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL E PÓS-ALTA. **Revista: Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste** 2013 14(3)
MORAIS, A.C.; QUIRINO, M.D.; CAMARGO, C.L. Suporte social para cuidar da criança prematura após a alta hospitalar**. Rev Eletr Enf**.2012. 14(3):654-662.
NOBRE, F. D. A. et al. Estudo Longitudinal do Desenvolvimento de Crianças Nascidas Pré-Termo no Primeiro Ano de Vida. **Revista Interamericana de Psicologia**, 2009, Vol. 43, Num. 3 pp. 442-450.
SILVA, Rosangela Venancio da; SILVA, Isília Aparecida. A vivência de mães de recém-nascidos prematuros no processo de lactação e amamentação. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, mar. 2009 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100015&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 19 maio 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100015.
SMITH, V.C.1.; YOUNG, S.; PURSLEY D.M.; MCCORMICK, M,C.; ZUPANCIC, J.A.Are families prepared for discharge from the NICU?**J Perinatol**. 2009 Sep;29(9):623-9. doi: 10.1038/jp.2009.58. Epub 2009 May 21.

VIERA, CLÁUDIA SILVEIRA; MELLO, DÉBORA FALLEIROS DE. O seguimento da saúde da criança pré-termo e de baixo peso egressa da terapia intensiva neonatal. **Texto contexto - enferm**., Florianópolis , v. 18, n. 1, Mar. 2009 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 19 May 2014. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072009000100009.
WIESE, E. P. B. O desenvolvimento do bebê prematuro no primeiro ano de vida. **Psicologia: reflexão e crítica**. 2009; 22 (1): 76-85.
ZOMIGNANI, A. P.; ZAMBELLI, H. J. L.; ANTONIO, M. A. R. G. M. Desenvolvimento cerebral em recém-nascidos prematuros. **Revista Paulista de Pediatria**, 2009;27(2):198-203.

CUIDADOS CLÍNICOS E EDUCATIVOS DO ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES EM DIABÉTICOS E HIPERTENSOS

Sara Araújo dos Santos – Universidade Estadual do Ceará- sarasantos463@gmail.com
Gleudson Alves Xavier – Universidade Estadual do Ceará
Patricia Oliveira Cavalcante – Universidade Estadual do Ceará
Luara Abreu Vieira – Universidade Estadual do Ceará
Ariane Alves Barros – Universidade Estadual do Ceará
Letícia Lima Aguiar– Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave:Enfermagem .Educação. Hipertensão. Diabetes Mellitus.

Resumo

O objetivo desse estudo foi identificar os cuidados clínicos e educativos prestados pelo enfermeiro a pessoas com Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus para prevenção de complicações e seguimento do tratamento para viver saudável. Foi visto grande incidência dessas doenças entre idosos, pacientes de baixa escolaridade e baixa renda. Observou-se que praticamente todos os pacientes estavam com pico hipertensivo e hiperglicemia. Os pacientes relatam receberem orientações sobre alimentação saudável e prática de atividades físicas, no entanto não seguem tais orientações. A minoria realizam medidas caseiras para controle da doença. Através dos resultados foi visto que a orientação dos enfermeiros acerca da alimentação saudável, controle glicêmico, controle da P.A., prática de atividades físicas, medidas preventivas entre outros, é essencial para o tratamento dos pacientes, assim como orientação sobre as complicações. A educação em saúde mostra-se, portanto como uma ferramenta que colabora para a mudança de hábitos. A busca de medidas para transmitir conhecimentos aos pacientes deve ser constante, e combinar várias metodologias que possam se adequar a forma de aprendizado de cada comunidade, faixa etária, escolaridade e condições sócio-econômicas.

Introdução

A população humana vive em constante transformação, dentre essas mudanças estão o estilo de vida, a alimentação e muitos hábitos prejudiciais à saúde. Tais mudanças ao longo do tempo também modificaram o perfil de mortalidade, pois há anos atrás havia predomínio de doenças infecciosas, porém com o avanço da modernidade, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT's) tornaram-se como a principal causa de morte a nível mundial. Diante dessa situação a Organização Pan Americana de Saúde e a Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001 reuniram especialistas para discutirem a Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde considerada um instrumento de Promoção da Saúde para populações e indivíduos. O Relatório Final apontou a necessidade de atenção aos grupos considerados de risco para doenças crônicas a saber: obesidade, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer, osteoporose, fraturas ósseas e doenças da cavidade oral. O Diabetes *Mellitus* (DM) é um transtorno metabólico crônico, progressivo, caracterizado por hiperglicemia, sendo resultante de defeitos na produção e/ou secreção de insulina (BRASIL, 2013). O DM é considerado um problema de saúde pública, considerando os imensos gastos com tratamento e hospitalizações por decorrência da alta morbimortalidade do DM. Estudo realizado pela Federação Internacional do Diabetes (2012) constatou que em 2010, 11,6% do total dos gastos com atenção em saúde foi destinado ao diabetes. Segundo dados da VIGITEL (2012) disponibilizados pelo Ministério da Saúde, o percentual de diabéticos está crescendo no Brasil, e com o aumento da expectativa de vida tem-se cerca de 21,6% dos idosos diabéticos; o percentual de homens com a doença subiu para 5,2% e o de mulheres para 6%, em 2011. A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), considerada como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (DIRETRIZES, 2010). Na cidade de Fortaleza, o estudo Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Vigitel 2010, mostrou que o número de pessoas com diagnóstico de hipertensão foi de 21,1%, sendo maior entre as mulheres (22,2%) do que nos homens (19,7%) (BRASIL, 2011). Sabe-se que as medidas mais eficientes para controle de tais doenças e no controle das complicações são mudanças de hábitos, dessa forma os pacientes diabéticos e hipertensos necessitam de cuidados clínicos e educativos para melhor compreenderem como

poderão viver saudáveis. Os momentos de prestação de cuidados clínicos e educativos de enfermagem são propícios para ensinar essas pessoas. Assim sendo surge o questionamento: Quais são os cuidados clínicos e educativos prestados pelo enfermeiro para prevenção de complicações a hipertensos e diabéticos? Para tanto é necessário que o enfermeiro conheça os fatores de risco para que haja uma educação em saúde eficaz e assim possa estimular e auxiliar a pessoa a desenvolver seu plano de autocuidado em relação aos fatores de risco identificados durante o acompanhamento. Diante disto o objetivo desse estudo foi identificar os cuidados clínicos e educativos prestados pelo enfermeiro a pessoas com Hipertensão Arterial ou Diabetes Mellitus para prevenção de complicações e seguimento do tratamento para viver saudável.

Metodologia

Estudo transversal de caráter exploratório e descritivo. Os dados foram coletados em Centros de Saúde de Fortaleza-Ce. A pesquisa foi desenvolvida a partir do mês de agosto de 2012, após aprovação pelo Comitê de Ética. A amostragem foi por acessibilidade. A população que integrou a pesquisa foi formada por todos os pacientes adultos portadores de Diabetes *Mellitus* ou Hipertensão Arterial. Os critérios de inclusão do estudo foram: pessoas com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 ou de Hipertensão Arterial confirmado por médico há no mínimo seis meses, em tratamento, idade > 18 anos, ambos os sexos, consciente, em condições de participar da coleta de dados, verbalizando suas necessidades e não auto-referir outra doença crônica. Ao final foram avaliados 166 pacientes, sendo 121 hipertensos e 45 diabéticos. A coleta de dados dos pacientes foi feita por meio de uma entrevista semiestruturada. Durante toda a coleta de dados os pesquisados foram esclarecidos sobre a pesquisa, sua finalidade e contribuições, e, da liberdade para aceitar ou não o convite para participar e, mesmo desistir em qualquer etapa do estudo. As entrevistas ocorreram em local o mais reservado possível, de modo a garantir a privacidade do participante e o sigilo dos dados. Após esclarecidos, os participantes que aceitaram o convite para participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido confirmando que estavam ciente de todas as informações (BRASIL, 1996). Os discursos obtidos como resultados das entrevistas semiestruturadas foram transcritas e submetidos à análise de conteúdo e, se constituiu na técnica de organização de dados dos depoimentos para análise qualitativa a qual permite resgatar as representações sobre um determinado tema em um dado universo (BARDIN, 2010).

Resultados e Discussão

Em ambas as doenças houve predomínio do sexo feminino 33 (73,3%) DM; 89 (80,2%) HAS, com elevada porcentagem de pacientes idosos 20 (44,5%) DM; 42 (37,8%) HAS e de baixa renda 29 (66,4%) DM; 68 (61.3%) HAS e baixa escolaridade 9 (20%) DM; 16 (14,4%) HAS. Tais fatores podem interferir nas atividades de educação em saúde e mudança de hábitos, pois a pouca escolaridade pode dificultar a aquisição de conhecimento, das orientações terapêuticas no cuidado com a doença, e na aquisição de novos hábitos de vida (MENDES et al., 2011). Percebeu-se ainda que grande parte dos participantes faziam o tratamento há mais de 5 anos 19 (44,5%) DM; 83 (74.8%) HAS. Deve-se atentar para o tempo de diagnóstico e tratamento dos pacientes uma vez que quanto mais tempo maior o risco de desenvolvimento de complicações. O diabetes mellitus (DM) não controlado pode provocar, a longo prazo, disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (BRASIL, 2013). Do total de pacientes entrevistados 95 (57%) foram informados pelo profissionais do serviço de saúde sobre risco de complicações, sendo as mais citadas pelos diabéticos, problemas visuais, AVC e outros problemas relacionados ao sistema cardiovascular, pé diabético, problemas renais, hiperglicemia e amputações de membros e entre hipertensos AVC, Infarto Agudo do Miocárdio, pico hipertensivo, dor de cabeça, edema, tontura, náuseas, vômito, parestesia, arritimias, glaucoma, cardiomegalia, dispneia, aneurisma. Apenas 7 (15,6%) dos pacientes diabéticos já foram internados por complicações do DM. Dos hipertensos 14 (12,6%) já foram internados por decorrência da hipertensão ou complicações da mesma. A maioria, ou seja, 121 (72,9%) dos participantes receberam orientação sobre a alimentação, porém não têm conhecimento adequado e não seguem as orientações, entre as quais as mais citadas foram dieta hipossódica, hipolipídica, baixo consumo de açúcar e consumo de frutas e verduras. Mesmo com o reconhecimento atual dos benefícios de uma alimentação adequada, rica em frutas, hortaliças, cereais integrais e fibras, bem como da prática regular de atividade física para a promoção da saúde, prevenção e controle das DCNT, muitos brasileiros apresentam dificuldades em aderir a estilos de vida mais saudáveis em relação a esses fatores (TOLEDO, 2013). Apenas 82 (49,4%) realizam exercício físico, o que é um grande risco para o desenvolvimento de complicações. Entre as atividades praticadas foram citadas: caminhada, aeróbica, academia, pilates, futebol, exercícios dos bombeiros, bicicleta e hidroginástica. Os que não praticam apresentam como motivos outros problemas de saúde, falta de tempo, preguiça, cansaço e ainda por não gostar. As evidências científicas da importância da atividade física, tanto na prevenção quanto no retardo do aparecimento das doenças crônicas, são cada vez mais frequentes, embora ainda sejam muito baixos os níveis de atividade física em todo o mundo (KNUTH et al., 2009). Dos participantes 121 (72,9%) relatam terem recebido orientações sobre mudanças no estilo de vida. Foi visto que a maioria compareceu as consultas marcadas. Observou-se entre os participantes que a maioria apresentou com hiperglicemia 44 (97,8%) ou hipertensão 92 (76%), o que é motivo de preocupação e os profissionais devem estar atentos para auxiliar e orientar os pacientes em relação ao controle da doença. Com a realização do controle metabólico o paciente mantém-se assintomático e previne-se das complicações agudas e crônicas, promovendo a qualidade de vida e reduzindo a mortalidade. (BRASIL, 2013) Dos diabéticos 16 (35,6%) realizam medidas caseiras para controle do DM, sendo citadas o uso de chá (de mão de vaca, de insulina e outros não especificados), nonhi, linhaça, chuchu e babaçu. Quanto a medidas caseiras para controle da pressão arterial 32 (28,8%) hipertensos citaram o uso de chás (camomila, erva doce, folha de maracujá e colônia, capim santo, chuchu, cidreira); suco de maracujá e de berinjela; café; água de alho e de chuchu; babosa com mel e água e cachaça alemã. Mesmo realizando tais medidas, confirmam continuar a medicação prescrita. Sobre cuidados preventivos realizados em casa foram citados alimentação saudável, atividade física, uso correto dos medicamentos e especificamente dieta hipolipídica pelos hipertensos e evitar doces pelos diabéticos. O controle metabólico rigoroso associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas do diabetes mellitus, resultando em melhor qualidade de vida ao indivíduo diabético (MENDES et al., 2011). Dessa forma percebe-se que o paciente necessita constantemente de acompanhamento e orientações que possam contribuir para sua melhoria de vida, no entanto, as orientações acerca da alimentação são de certa forma massificadas, pois os profissionais estão presos a conceitos e valores tradicionais e não levam em conta as crenças do paciente. Os mesmos recebem as prescrições de forma unilateral, deixando uma lacuna onde caberia a orientação, o diálogo e a construção do conhecimento (PONTIERI; BACHION, 2010), assim deve-se estar sempre atento ao contexto no qual o paciente está inserido.

Conclusão

Ao final do estudo foi visto que o Brasil e o mundo vivem uma situação de saúde que está em constante transição epidemiológica. Diante desse quadro a atuação de profissionais na promoção, prevenção e controle das doenças crônicas tornou-se indispensável. Nessa perspectiva, enfatiza-se o papel do enfermeiro como principal elo entre a equipe de saúde e as redes de apoio social, por estabelecer uma relação de proximidade com as pessoas e suas famílias e encontrar-se numa posição privilegiada para promover recursos de apoio disponíveis às pessoas, por meio de intervenções tanto na rede social quanto na equipe de saúde (GOMES-VILLAS BOAS et al., 2009). A partir dos resultados foi visto que grande parte dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes mellitus não têm conhecimento adequado sobre a severidade da doença, alto risco de complicações, relevância do controle metabólico e prevenção das complicações. Assim a orientação dos enfermeiros acerca da alimentação saudável, controle glicêmico, controle da P.A., prática de atividades físicas, medidas preventivas entre outros, é essencial para o tratamento dos pacientes, assim como orientação sobre as complicações. Para que as intervenções possam causar impacto na melhoria de vida dos pacientes e para que seja possível monitorar os comportamentos de risco que levam a população a desenvolver DCNTs é preciso que se tenha o conhecimento do perfil de exposição populacional aos seus fatores de risco, ou seja, do seu estilo de vida. A educação em saúde mostra-se portanto como uma ferramenta que colabora para a mudança de hábitos. Contudo os enfermeiros têm que conhecer o contexto social em que o indivíduo está inserido, e usar linguagem acessível, ofertando um cuidado integral e individualizado de acordo com a necessidade de cada paciente. A busca de medidas para transmitir conhecimentos aos pacientes deve ser constante, e combinar várias metodologias que possam se adequar a forma de aprendizado de cada comunidade, faixa etária, escolaridade e condições sócio-econômicas.

Referências

BARDIN, L. Análise de conteúdo. ed. rev.ampl. Lisboa: Edições 70, 2010.
BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96.** Brasília, 1996.
_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).
_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Vigitel Brasil 2010:** vigilância de fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília (DF), 2011.
_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. – Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
GOMES-VILLAS BOAS, L.C.; SANTOS, C.B.; FOSS-FREITAS, M.C.; PACE, A.E. A relação entre o apoio social e as características sociodemográficas das pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre (RS). vol.30, n.3, p.390-6, 2009.
INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Facctsheets**. Disponível em: <http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-country-factsheets>. Acesso em: 15 jun. 2014.
KNUTH, A.G. et al. Conhecimento de adultos sobre o papel da atividade física na prevenção e tratamento de diabetes e hipertensão: estudo de base populacional no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.25, n.3, p.513-520, mar., 2009.
MENDES, T.A.B. et al. Diabetes mellitus: fatores associados à prevalência em idosos, medidas e práticas de controle e uso dos serviços de saúde em São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. vol.27, n.6, p.1233-1243, jun., 2011.
ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Grupo de Doenças Não-transmissíveis e Saúde Mental. Departamento de Prevenção de Doenças Não-transmissíveis e Promoção de Saúde. **Envelhecimento ativo**: um marco para elaboração de políticas, 2001. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br /destaque/Madri.doc>. Acesso em: 23 mai. 2014.
PONTIERI, F. M. BACHION. M. M. Crenças de pacientes diabéticos acerca da terapia nutricionale sua influência na adesão ao tratamento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 151-160, 2010.
Sociedade Brasileira de Cardiologia; Sociedade Brasileira de Hipertensão; Sociedade Brasileira de Nefrologia. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial,** VI, São Paulo, 2010.
TOLEDO, M.T.T. Adesão a modos saudáveis de vida mediante aconselhamento por profissionais de saúde. **Rev. Saúde Pública.** vol.47, n.3, p.540-8, 2013.

Agradecimentos

À nossa professora e orientadora Maria Vilani Cavalcante Guedes. À Universidade Estadual do Ceará. À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UMA PESSOA COM SEQUELAS DO TUMOR MEDULAR À LUZ DE NOLA PENDER: ESTUDO DE CASO

Milena de Melo Abreu. Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA). E-mail: enfermilena@gmail.com
Uilma Silva Sousa. Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).
Aline Maria Furtado de Carvalho. Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA).
Dilene Maria de Araújo Façanha. Universidade Federal do Ceará (UFC).
Antonia Eliana de Araújo Aragão. Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA).
Zuila Maria de Figueiredo Carvalho. Universidade Federal do Ceará (UFC).

Palavras-chave: Medula Espinhal.Promoção da Saúde. Reabilitação. Cuidados de Enfermagem.Educação em Enfermagem.

Resumo

O estudo descreve acerca da promoção da saúde de pessoas com sequelas do tumor medular à luz da teoria de Nola Pender tendo como objetivo implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente com sequela de tumor medular no âmbito da atenção primária. Trata-se de um estudo de caso, exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, desenvolvido em um Centro de Saúde da Família (CSF) localizado no município de Sobral/CE no período de maio a junho de 2014. O seguinte estudo respeitou as etapas do processo de enfermagem, onde foi realizado anamnese e construído o Diagrama do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Identificaram-se os problemas e elaborado plano de cuidados conforme os diagnósticos, utilizando a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). O plano de cuidados revelou que o paciente possui algumas fragilidades em relação a sua imagem e em sua relação com o seu pai.Foi disponibilizado o plano de cuidados em forma de guia prático. Contudo, a utilização do processo de enfermagem utilizando a Teoria de Nola Pender proporcionou uma maior aproximação com a sistematização da assistência de enfermagem e aprofundamento em relação à promoção da saúde, possibilitando colocar em prática os conhecimentos teóricos, na busca de prestar melhores cuidados.

Introdução

O tumor medular é considerado um crescimento anormal do tecido nervoso onde são caracterizados vários tipos de tumores que podem crescer na coluna ou em sua proximidade. Assim como todos os tumores do corpo, são de origem desconhecida onde podem comprimir a medula e os nervos causando problemas sérios de paralisia e parestesia, além de poder causar danos ao osso proporcionando instabilidade da coluna. Os sintomas são bastantes variáveis, mas incluem alterações sensitivas (dor, parestesia, formigamento) e motoras (fraqueza muscular) e também, pode vir a ocorrer distúrbios esfincterianos associados, causando alterações no funcionamento intestinal e urinário.

Por se tratar de uma doença que pode vir a ser benigna ou maligna leva o paciente a ter sequelas irreversíveis, podendo acometer fisicamente o corpo e de forma inesperada limitar ou mesmo anular o uso e o controle das funções orgânicas. As perdas da condição saudável, de papéis e responsabilidades provocam mudanças nos hábitos e no estilo de vida do indivíduo e exige que o mesmo atribua novos significados à sua existência, adaptando-se às limitações físicas e às novas condições geradas (VENTURINI; DECÉSARO; MARCON, 2007).

Apresentam-se nesse cenário os cuidados de enfermagem para a promoção de saúde de pessoas com sequelas do tumor medular na Estratégia Saúde da Família (ESF), onde se acredita que a partir do acompanhamento de qualidade de enfermagem, associado ao apoio de uma equipe multidisciplinar e de seus familiares, as pessoas com este problema alcancem melhores resultados em sua reabilitação.

A ESF como porta de entrada dos serviços de saúde tem um processo de trabalho o qual desenvolve ações multidisciplinares, planejadas a partir das necessidades locais, por meio do diagnóstico de saúde do território e estabelecimento de vínculos entre profissionais e população, com fins de garantir a efetividade da Atenção Primária a qual se caracteriza como um setor que realiza serviços preventivos, curativos, reabilitadores e de promoção da saúde (SILVA; CASOTTI; CHAVES, 2013).

Ressaltamos assim as intervenções do enfermeiro junto à pessoa com lesão medular, visto as suas diversas demandas de cuidados terapêuticos, o qual o torna capaz de intervir para promover uma melhoria na qualidade da vida, além de auxiliar significativamente em

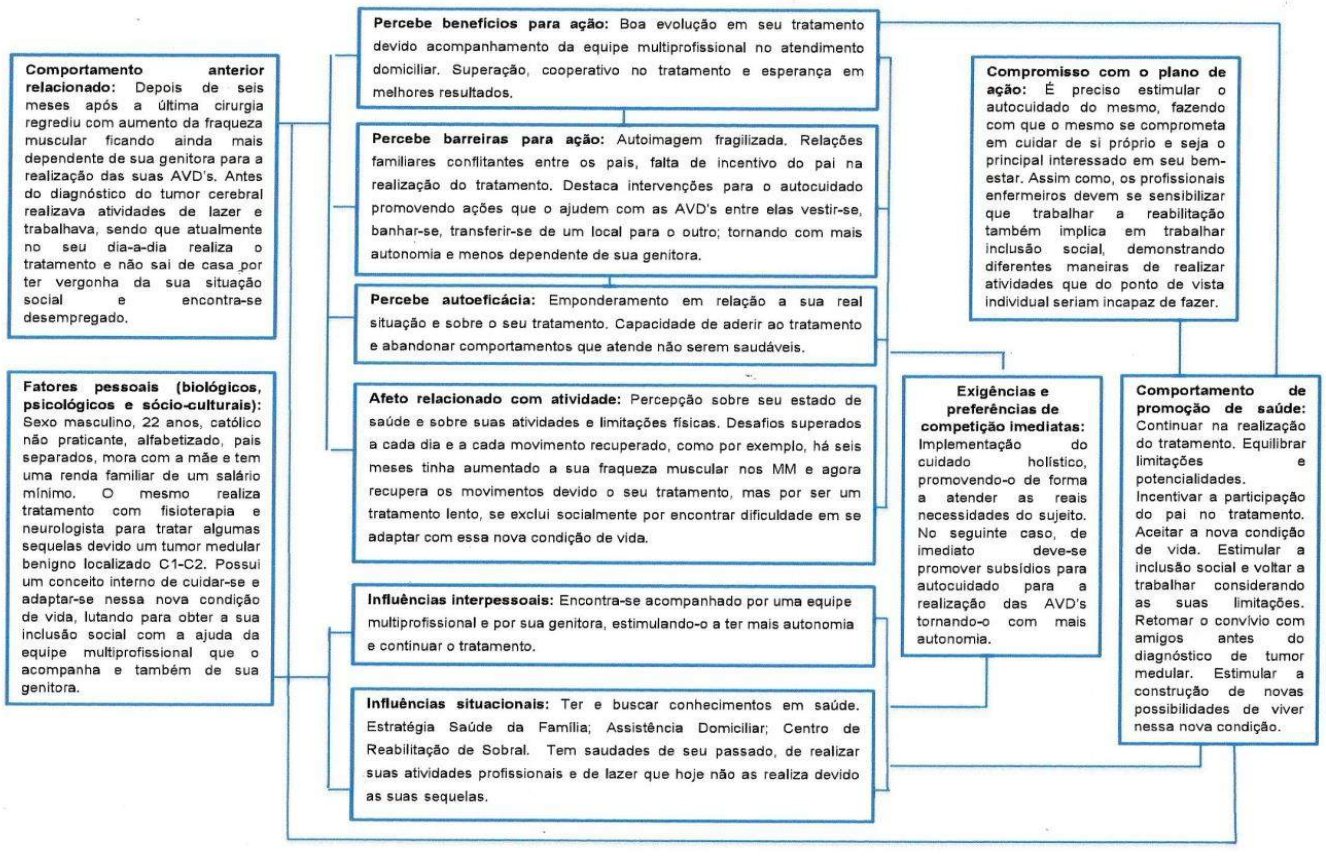
todo o processo de reabilitação. Esta área do conhecimento é, para a Enfermagem, um campo muito vasto de saber a ser explorado, com muito a ser descoberto e investigado. É também uma área que depende da atuação interdisciplinar, o que coloca para a enfermagem imensa responsabilidade de contribuição prática e teórica (SCHOELLER *et al.*, 2012).
Nessa perspectiva, o seguinte estudo partiu da inquietação em relação à enfermagem neurológica para a ESF, onde durante uma vivência prática percebeu-se que existiam vários casos de pessoas com patologias neurológicas no território no qual se evidenciou déficits de conhecimento na assistência de enfermagem. Além disso, busca trazer subsídios para a reabilitação da pessoa com sequelas do tumor medular por meio de ações de promoção da saúde à luz da Teoria da Promoção da Saúde de Nola Pender, considerando a sua complementariedade e similitude. Destacando assim a promoção da saúde como um processo que confere à população os meios para assegurar maior controle e melhoria de sua própria saúde, não se limitando a ações de responsabilidade do setor saúde (BRASIL, 2007).
A iniciativa torna-se relevante por oportunizar aos profissionais e acadêmicos de saúde o direcionamento de novos olhares e reflexões acerca das pessoas acometidas por patologias neurológicas dentro da atenção primária. Será relevante para a comunidade em geral e para o Sistema Único de Saúde (SUS), pois o seguinte estudo busca sensibilizar os profissionais da atenção primária para melhor abordagem, como também, promover subsídios para a inclusão social desse grupo ainda visto como incapazes. Diante do exposto, objetivou-se implementar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) a um paciente com sequela do tumor medular, no âmbito da atenção primária à luz de Nola Pender; proporcionar qualidade de vida por meio da promoção da saúde deste paciente e evidenciar a qualidade da assistência de enfermagem em uma equipe multidisciplinar.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caso, exploratório, descritivo com abordagem qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida no Centro de Saúde da Família (CSF) do bairro Sinhá Sabóia, anexo à unidade mista Dr. Thomaz Corrêa Aragão, uma unidade básica de saúde do município de Sobral/CE. Referida cidade localiza-se na região noroeste do estado do Ceará e é a segunda cidade mais importante do estado em termos econômicos e culturais (SOBRAL, 2014). O participante do estudo foi uma pessoa com sequela de tumor medular, cadastrada pelo CSF, cenário do estudo, no período de maio a junho de 2014.
Inicialmente foi realizado uma visita domiciliar ao participante do estudo juntamente com o Agente Comunitário de Saúde, para convidá-lo a participar do estudo, esclarecer e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que o seguinte estudo respeitou as etapas do processo de enfermagem, o qual consiste em cinco etapas inter-relacionadas: Investigação, Diagnóstico, Planejamento e Implementação.
No primeiro momento se realizou a coleta de dados durante uma visita domiciliar, por meio da anamnese e exame físico. Em seguida foi criado um diagrama do Modelo de Promoção à Saúde de Nola Pender, com vistas a melhor identificar os principais problemas de enfermagem, seguindo – se os princípios da teórica. Ao final foram elaborados os diagnósticos de enfermagem e um plano de cuidados baseando-se no CIPESC. O plano de cuidados construído encontra-se disponível em forma de um guia prático, apresentado em formas de categorias organizado de acordo com as etapas do processo de enfermagem.

Resultados e Discussão

J.J.F.M., gênero masculino, solteiro, 22 anos. O mesmo há aproximadamente dois anosapresentou uma diminuição da força muscular no membro inferior direito (MID), sendo encaminhado para uma avaliação com o neurologista, onde foi diagnosticado com um tumor medular benigno entre as vértebras cervicais 1 - 2, sugerindo um tratamento cirúrgico.
Foi submetido a seis procedimentos cirúrgicos no Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Sobral, após o último, recebeu alta hospitalar apresentando perda da mobilidade e perda da força muscular no membro superior direito (MSD), encaminhado para acompanhamento do Programa Melhor em Casa, sendo direcionado para abordagem com equipe multiprofissional, com fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro e médico. Concomitante a este, iniciou tratamento três vezes por semana em Centro de Reabilitação de Sobral, onde continuava com dificuldade em realizar as atividades da vida diária (AVDs) e com bloqueio articular no ombro e pescoço.
O paciente em estudo obteve boa evolução até outubro de 2013, onde estava retomando as suas AVDs, quando apresentou diminuição da força muscular nos membros inferiores (MMII), passando a se locomover com auxílio de muletas.
Atualmente encontra-se em tratamento com a atenção domiciliar e no Centro de Reabilitação de Sobral, realizando fisioterapia três vezes por semana hidroterapia duas vezes. Ainda assim, apresenta fraqueza muscular nos MMII e no MSD. Com base nesses achados foi construído um diagrama baseado na Teoria da Promoção à Saúde de Nola Pender, representado na Figura 1.



Fonte: Figura1: Elaborada pelos autores.

O modelo do diagrama surge como uma proposta para integrar a enfermagem à ciência do comportamento, identificando os fatores que influenciam comportamentos saudáveis, além de ser um guia para explorar o complexo processo biopsicossocial que motiva indivíduos para engajarem em comportamentos produtores de saúde (SAKRAIDA, 2006).
De acordo com o diagrama construído, foram identificados alguns diagnósticos e elaborado um plano de cuidados voltado para a promoção da saúde, fazendo algumas alusões à sua respectiva condição de saúde atual, ressaltando alguns sintomas específicos do tumor medular e do sujeito estudado,apresentados na Tabela 1:

Problemas de Enfermagem	**Diagnósticos de Enfermagem**	**Plano de Cuidados de Enfermagem**
Sintomas do tumor medular: **- Distúrbio esfincteriano, causando alterações intestinais e urinárias;** **- Fraqueza muscular.** **- Imobilidade física.**	**Eliminação intestinal inadequada**	- Reforçar a orientação sobre o aumento de ingestão de alimentos ricos em fibras e laxativos; - Reforçar a orientação sobre o aumento de ingestão de líquidos adequado ao peso e ao funcionamento renal; - Realizar treino de massagem abdominal diária; - Realizar treino de vaso diário; - Orientar encaminhamento ao profissional de nutrição ou médico, quando necessárias outras condutas.
	Eliminação urinária comprometida	- Investigar a frequência das eliminações vesicais; - Observar cor, quantidade ou alteração na urina; - Orientar hábitos de higiene; - Encaminhar para avaliação do funcionamento vesical, para definição de condutas do tratamento.
	Atividade motora alterada	- Esclarecer dúvidas sobre alterações na atividade motora; - Orientar sobre a mobilidade com segurança; - Ver formas alternativas de mobilidade; - Encaminhar para serviço especializado.
	Autocuidado prejudicado	- Encaminhar para oficinas educativas; - Estabelecer relação de confiança com a paciente; - Estimular a autoestima do paciente; - Estimular o desenvolvimento de hábitos de vida saudável; - Identificar rede de apoio familiar e comunitário; - Realizar treinos de AVDs com enfoque no paciente e cuidador - Monitorar através de visita domiciliar.
- Sequela pós-cirurga de ressecção de tumor meduçar. **- Imobilidade prejudicada, proporcionando dor e desconforto.**	**Dor**	- Avaliar frequência, intensidade e localização da dor; - Verificar uso adequado das medicações e orientar se necessário, conforme prescrição médica; - Orientar medidas de conforto e diminuição a dor (posicionamento, mudança de decúbito, uso de travesseiros); - Encaminhar para atendimento especializado.
- Percepção negativa do valor próprio em resposta a uma situação clínica agravada.	**Ansiedade decorrente do estado de saúde atual**	- Acolher o paciente conforme suas necessidades; - Envolver família/cuidador nos cuidados; - Estabelecer relação de confiança com a paciente; - Incentivar a socialização através de atividades físicas orientadas e de lazer; - Estimular o apoio familiar e comunitário; - Encaminhar para atendimento especializado, se necessário.
	Imagem corporal alterada	- Encorajar a verbalização de sentimentos, percepções e medo; - Estimular a participação em oficinas; - Estimular o autocuidado corporal; - Estabelecer escuta ativa;

- Pais separados, sentindo a ausência do genitor e do apoio em seu tratamento.	**Apoio familiar prejudicado**	- Esclarecer a família sobre a doença; - Orientar e tentar conscientizar a família sobre a sua responsabilidade com o paciente e seu tratamento; - Investigar o nível de compreensão e aceitação da família sobre a doença; - Conversar com a família sobre o planejamento dos cuidados, evitando sobrecarga; - Favorecer a aproximação do familiar ausente, quando possível; - Oferecer folders educativos.

Fonte: Tabela 1:Elaborada pelos autores.

Como forma de implementação dos cuidados, para que haja um comportamento de melhoria a qualidade de vida e de promoção à saúde, foi elaborado um guia prático, formulado com as respectivas necessidades individuais, contemplando o cotidiano do sujeito do estudo, onde em meio a uma visita domiciliar, foi feita orientações, retirado dúvidas envolvendo paciente e família, disponibilizando-o aos participantes do estudo.

Conclusão

A utilização do processo de enfermagem utilizando a Teoria de Nola Pender proporcionou uma maior aproximação com a Sistematização da Assistência de Enfermagem e aprofundamento em relação à promoção da saúde, possibilitando a prática dos conhecimentos adquiridos em sala de aula, na busca de melhores cuidados e assistência de enfermagem.

Diante do estudo percebem-se algumas lacunas dos serviços de saúde, devido às superlotações nos serviços pelas grandes demandas e necessidades da população, principalmente na atenção primária, por ser a primeira assistência recebida pelo paciente no Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, a assistência prestada ao paciente é deficiente em alguns aspectos como a atenção ao paciente, diálogo, orientação sobre a enfermidade e conduta adequada, sugerindo-se mais humanização e atendimento holístico no cuidado. Observamos pontos positivos e de ganho ao tratamento, tendo em vista o acompanhamento multiprofissional com atendimentos nos serviços de atenção primária, secundária e terciária, bem como acesso a medicação e atendimento domiciliar.

Diante deste estudo, percebemos o quanto é fundamental o papel do enfermeiro nos cuidados aos pacientes com alterações neurológicas, prestando uma assistência holística para o seu bem-estar, qualidade de vida para família e paciente, visando à promoção da saúde e evitando assim, eventos adversos e complicações, transmitindo segurança e confiança, direcionando atenção não apenas a enfermidade e sim a pessoa de forma integral. O estudo promoveu a análise das intervenções de enfermagem na ESF, proporcionando ao paciente melhoria e a enfermagem uma qualidade na assistência com visão de reabilitação, de suma importância a para um comportamento do paciente de forma ativa em seu tratamento, pensando em sua inclusão social e descobrindo uma forma de viver com qualidade em sua nova condição de vida.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Secretaria de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde.** 2º ed. Brasília: CONASS. 2007.

SCHOELLER, S.D. et al. Mudanças na vida das pessoas com lesão medular adquirida. **Rev. Eletr. Enf. [Internet],** v.14, n.1, p.95-103, jan/mar. 2012. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a11.htm. Acesso em: 01/06/2014.

SILVA, C.X. et al. CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: QUAL O IMPACTO NA VIDA DO CUIDADOR?**Rev. Rene, v.11, n. especial, p. 204-214. 2010.**

SOBRAL. **Prefeitura de Sobral.** 2014. Disponível em: http://www.sobral.ce.gov.br/comunicacao/novo2/index.php?pagina=cidade/historia-cidade.php. Acesso em: 26/04/2014.

VENTURINIL; D.A.; NEVES; D.; MARCON;S.S. Alterações e expectativas vivenciadas pelos indivíduos com lesão raquimedular e suas famílias. **Rev Esc Enferm USP,** v.41, n.4, p.589-96. 2007. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp. Acesso em: 01/06/2014.

SAKRAIDA, TJ. *Health promotion model.* In: Tomey AM, Alligood MR. Nursing theorists and their work. 6 ed. St Louis-Missouri (US): Mosby-Elsevier, p.452-471, 2006.

Agradecimentos

Agradeço aos projetos de pesquisa e extensão: Núcleo de Pesquisa e Extensão de Enfermagem em Neurologia (NUPEN) da Universidade Federal do Ceará (UFC) e Acessibilidade: Caminhando para a Cidadania das Faculdades INTA/Sobral.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM A UMA PESSOA COM TRANSTORNO ESQUIZOFRÊNICO E DEPRESSÃO.

Germana Maria da Silveira (Apresentadora)- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) – germanasilveira@hotmail.com
Samy Loraynn Oliveira Moura – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Flávio Silva Rodrigues – 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)
Eliany Nazaré Oliveira (Orientadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Palavras-chave:*Cuidados de enfermagem. Esquizofrenia. Depressão.*

Resumo

Este estudo objetiva prestar assistência de enfermagem a uma pessoa com transtorno esquizofrênico e depressivo bem como a família da mesma, com enfoque na teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta. Trata-se de um estudo de caso, realizado em um Centro de Saúde da Família no Município de Sobral/CE onde foi realizado a Sistematização da Assistência de Enfermagem com uma pessoa com diagnostico de esquizofrenia e depressão. Com base no levantamento de problemas, com dados obtidos por meio do histórico, englobou entrevista, exame físico, exame do estado mental, estudo das medicações utilizadas e patologias envolvidas, realizados os diagnósticos e então o plano de cuidados a paciente extensivo aos familiares. A realização deste proporcionou maior conhecimento, melhorando a nossa qualificação para uma melhor abordagem e assistência de enfermagem mais adequada com base cientifica e visão holística junto a esses pacientes.

Introdução

Esquizofrenia é uma doença psíquica que interrompe o funcionamento normal do cérebro, causando baixa nas capacidades cognitivas, os esquizofrênicos tem baixo desempenho, os aspectos mais afetados são a memória, a formação de conceitos, a vigilância, a capacidade de resolver problemas, a capacidade motora, dificuldade de manter atenção nas tarefas visuais. (SADOCK, 2008).

A esquizofrenia tem sido considerada um problema de saúde pública uma vez que, 95% das pessoas diagnosticadas permanecem com o transtorno, que é de caráter psicótico, durante toda a vida (STUART e LARAIA, 2001) e, de todas as doenças mentais é a que causa as hospitalizações mais prolongadas, e exige investimentos do sistema de saúde, causando grande sofrimento para o portador da patologia podendo desencadear um caos na vida familiar (GIACON e GALERA, 2006).

Estudos evidenciam uma taxa de aproximadamente 1% da população acometida pela doença (OLIVEIRA, RM *et al* 2012), homens e mulheres são igualmente afetados e a idade de pico para início em homens é de 15 a 25 anos e em mulheres de 25 a 35 anos. A esquizofrenia pode levar a uma considerável ruptura dos níveis psíquicos, físicos e da rede social do indivíduo, uma diminuição da habilidade para cuidar de si mesmo, estudar, trabalhar, desenvolver atividades do cotidiano e para se relacionar individual e socialmente (GIACON e GALERA, 2006). É difícil de ser definida, pois não existem sintomas próprios da doença, mas sim sintoma característicos que indicam uma desorganização da personalidade (GAMA et al, 2002). A doença interfere, de forma geral, nos pensamentos, emoções, motivações e constitui o mais comum dos transtornos psiquiátricos graves.

Nos episódios típicos de cada um dos três graus de depressão: leve, moderado ou grave, o paciente apresenta um rebaixamento do humor, redução da energia e diminuição da atividade. Existe alteração da capacidade de experimentar o prazer, perda de interesse, diminuição da capacidade de concentração, associadas em geral à fadiga importante, mesmo após um esforço mínimo. Observam-se em geral problemas do sono e diminuição do apetite. Existe quase sempre uma diminuição da auto-estima e da autoconfiança e frequentemente ideias de culpabilidade e ou de indignidade, mesmo nas formas leves. O humor depressivo varia pouco de dia para dia ou segundo as circunstâncias e pode se acompanhar de sintomas ditos "somáticos", por exemplo, perda de interesse ou prazer, despertar matinal precoce, várias horas antes da hora habitual de despertar, agravamento matinal da depressão, lentidão psicomotora importante, agitação, perda de apetite, perda de peso e perda da libido. O número e a gravidade dos sintomas permitem determinar três graus de um episódio depressivo: leve, moderado e Grave. (OMS, 2008).

Assim, a atuação de uma equipe de atenção à saúde é importante a fim de orientar, assistir, e de elaborar uma assistência sistematizada, individualizada e, principalmente, articulada com as necessidades do paciente e da família. Entre estes profissionais destaca-se o enfermeiro que representa importante papel nesta assistência, entre os cuidados, a assistência de enfermagem deve ser feita de modo

singular lembrando que o paciente portador de esquizofrenia e depressão é um ser humano que apresenta alterações emocionais e comportamentais, deve observar estão o estilo de vida que deve ser alterado para ser mais saudável, a adesão ao tratamento medicamento e o acompanhamento. É portanto um desafio para os profissionais da saúde e dentre eles o enfermeiro, cuidar de pacientes com transtornos mentais, assegurando que tenham qualidade de vida adequada.
Frente a essas assertivas o objetivo desse estudo, prestar assistência de enfermagem a uma pessoa com transtorno esquizofrênico e depressivo bem como a família da mesma, 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, oriunda de uma pesquisa maior: "A Sobrecarga da Família que Vivencia o cuidado de pessoas com transtorno mental". 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, consequentemente, a tentativa de se obter resultados satisfatórios. O estudo de caso foi realizado em agosto à setembro de 2013, com uma pessoa com diagnostico de esquizofrenia e depressão que é acompanhada pelo Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro e pelo CAPS Geral – Centro de Atenção Psicossocial – Damião Ximenes Lopes localizado no município de Sobral/CE.
Para a coleta de dados, foram realizadas 06 visitas domiciliares, 06 visitas ao Centro de Saúde da Família Dr. Grijalba Mendes Carneiro e 02 visitas ao CAPS Geral – Centro de Atenção Psicossocial – Damião Ximenes Lopes, as informações foram coletadas a partir de consultas ao prontuário clínico, entrevista semi-estruturada com esposo e a filha da paciente, aplicação do instrumento Avaliação da Sobrecarga do Cuidador, realização do exame físico da pessoa, exame do estado mental, estudo das medicações utilizadas pela paciente, estudo das patologias envolvidas, 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 466/2012 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, sendo apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Resultados e Discussão

Durante as observações e a entrevista semi-estruturada seguidas de registros podemos averiguar que a família da A.C.N encontrava-se muito aflita e receosa com o processo da doença da paciente.
Diante desses dados encontrados, realizamos orientações acerca da doença e os cuidados com pacientes com transtorno mental grave, com a finalidade de minimizar as angústias. Assim, à medida que as dúvidas surgiam, prestávamos esclarecimentos, estimulando, dessa forma, a construção de um conhecimento dialogado e promovendo o empoderamento da A.C.N e de seu esposo sobre o assunto. O esposo referiu que as orientações recebidas foram de fundamental importância para o esclarecimento de dúvidas e para o melhor entendimento da doença, conferindo, assim, uma maior segurança e tranquilidade para ele e sua família.
As orientações foram passadas de maneira objetiva, utilizando uma linguagem simples de fácil entendimento para a paciente, a família e a cuidadora.
Após o levantamento de dados, elaborou-se o histórico de enfermagem da paciente. Em seguida, foram estabelecidos os diagnósticos de enfermagem 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
A.C.N, 44 anos, feminino, Auxiliar de enfermagem, casada, nascida em Granja-CE, genitora de três filhas, sendo que a mesma mora atualmente com o esposo e duas filhas (17 e 20 anos) em casa própria residente em Sobral/CE, já a primogênita (21 anos) morar com o esposo próximo a residência materna. Exerceu atividades laborais na Grendene, Casa de repouso Guararapes e Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE. A renda familiar é proveniente do beneficio da paciente, de trabalhos informais realizados pelo esposo e um salário de uma das filhas. No decorrer da segunda gestação apresentou sintomas de depressão pós-parto, mas só na terceira gestação que a depressão pós parto foi diagnosticada e logo os familiares perceberam os primeiros sintomas de esquizofrenia (delírios, alucinações, diminuição dos impulsos e da vontade). Em 2008 foi encaminhada ao serviço pelo médico do CAPS Geral – Centro de Atenção Psicossocial – Damião Ximenes Lopes em Sobral/ CE, para tratamento psiquiátrico com diagnóstico de depressão e posteriormente feito o diagnóstico de esquizofrenia paranoide, apos a realização de exame de ressonância magnética que comprovou múltiplas lesões cerebrais. Atualmente não tem vida social ativa e apresenta dificuldade de relacionamento familiar. A paciente faz uso de medicamentos há mais ou menos 08 anos, mas acuidadora não soube especificar quais medicamentos nem as dosagem prescrita. É um paciente totalmente dependente na satisfação das seguintes necessidades básicas: comer e beber, movimentar-se, vestir-se e despir-se, pois além do diagnostico de esquizofrenia e depressão grave a paciente tem sequelas de hanseníase (mãos em garra e pé caído), possui pensamento letificado, desorientada no tempo, afeto destorcido e choro fácil. Desconhece seu diagnostico, apresenta um bom estado de hidratação, nutrição e higienização corporal. A cuidadora relata que ela faz três refeições diárias, sem restrição de qualquer alimento de acordo com as possibilidades e também não faz uso de substâncias psicoativas (álcool, tabaco ou outras drogas). Na sua história familiar não existem antecedentes psiquiátricos. Mostrou-se calma e calada durante toda a entrevista de enfermagem, respondendo apenas o que lhe era indagado. Tem bom padrão de higiene, toma banho diariamente. A sua história patológica pregressa é de Esquizofrenia, Depressão Grave,Hanseníase e Hipertensão Arterial Sistêmica – HAS.
Sinais vitais: Temperatura axilar = 36,5ºC ; Pulso = 80bpm; Respiração = 19irpm; Pressão Arterial = 130x80mmHg.
Diagnósticos de Enfermagem/Plano de cuidados/ Resultados esperados.
Analisando os dados colhidos no histórico, são identificados os problemas de enfermagem, que levaram à identificação das necessidades básicas afetadas. 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, validados pela análise dos dados identificados na anotação de prontuários (CSF da Coelce e CAPS Geral- – Centro de Atenção Psicossocial – Damião Ximenes Lopes) e as visitas domiciliares.

Diagnósticos de Enfermagem	**Plano de Cuidados**	**Resultados Esperados**

Déficit de interações sociais e familiares relacionado com a falta de vontade de relacionar-se socialmente	Iniciar uma relação individualizada e de confiança com o paciente, fazendo uma aproximação direta e individual; Iniciar o relacionamento com conversas breves e frequentes, aumentando gradualmente o tempo de permanência juntos; Estabelecer com o paciente uma relação empática de modo a que o mesmo verbalize os seus sentimentos e frustrações, se ele for capaz;	Diminuir o isolamento e despertar o interesse do paciente; Reinserção do paciente no convívio familiar e na sociedade, participar de grupos comunitário e os grupos do CAPS Geral.
Falta de conhecimento com relação à patologia, evidenciada por relato verbal.	Educação em saúde e assim proporcionar conhecimento sobre a patologia ao paciente e/ou à sua família; Orientar ao paciente e/ou sua família sobre a patologia e seu tratamento; Orientar quanto aos primeiros sinais de reaparecimento dos sintomas e o que deve ser feito; Orientar sobre quando procurar o serviço médico novamente.	Conscientização sobre o diagnostico e sobre a medicação; Reconhecimento dos sinais de eminencia de crise e as condutas a serem tomadas; Conhecimento da paciente e os familiares sobre a importância da continuidade do tratamento medicamentoso e as consultas no CSF e no CAPS Geral.
Falta de adesão ao tratamento, relacionada à desistência da terapia farmacológica.	Proporcionar ao paciente conhecimentos relacionados ao tratamento e Informar sobre os horários de tomar a medicação; Mostrar ao paciente e/ou família quais os medicamentos a serem tomados, especificando os respectivos nomes e horários; Orientar ao paciente e/ou sua família, que a desistência do tratamento acarreta o reaparecimento dos sintomas.	Espera a adesão ao tratamento;
Deambulação prejudicada, relacionada à força muscular insuficiente, evidenciado pela dificuldade de locomoção.	Proporcionar um ambiente com bom acesso e iluminação, sem a presença de batentes e móveis que dificulte a deambulação da paciente; Orientar a participação da pacientes em grupos de fisioterapia do CSF do bairro;	Tornar o ambiente mais seguro para praticas diárias da paciente/familiares; Fortalecimento muscular, com a finalidade de uma melhor qualidade de vida.
Memoria prejudicada, relacionado á distúrbios neurológicos, evidenciado por incapacidade de determinar se uma ação foi efetuada.	Orientar a família e a cuidadora de estar estimulando a paciente em participar das atividades diárias; Orientar os familiares e a cuidadora a estimular a paciente a relatar as suas atividades diárias realizadas; Utilizar jogos que estimule o raciocínio lógico;	Melhorar a cognição e o armazenamento de informações na memoria recente; Melhorar a comunicação e autonomia da paciente no convívio familiar.
Padrão de sono prejudicado, relacionado a motivos terapêuticos, evidenciado por relato de dificuldade para dormir.	Orientar quanto os efeitos colaterais de algumas das medicações e quando o horário a ser administrado; Orientar sobre o ambiente confortável e seguir uma rotina de horários para deitar.	Integridade do sono melhorado.
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 paciente e familiares.	Ansiedade reduzida.

QUADRO 1 - Apresentação dos diagnósticos de enfermagem segundo NANDA com o plano de cuidado e os resultados esperados de uma pessoal com transtorno mental grave.

Avaliação de Enfermagem

Com a visita domiciliar a uma pessoa com diagnostico de transtorno mental grave, percebemos que essa assistência domiciliária à saúde oferece subsídios para a execução do contato profissional paciente e familiares, e é através dela que os profissionais acessam a realidade das pessoas a serem cuidadas, reconhecendo realmente os seus problemas, fraquezas, fragilidades e identificando suas reais necessidades de saúde.
A partir da aplicação do processo de enfermagem com a identificação dos diagnósticos de enfermagem segundo NANDA e com o plano de cuidado e os resultados esperados, possibilitou sequenciar a estaleja do cuidar, o qual repercutiu positivamente na qualidade de vida da paciente em estudo, sendo que posteriormente a aplicação do plano de cuidado já ficou explicito a melhora na comunicação, padronização do sono e repouso, as medicações tiveram seus horários readequados, retomaram as consultas mensais realizadas no CAPS Geral de Sobral/CE.

Conclusão

A partir do presente estudo foi possível a nós, acadêmicos, observar como de fato se dá a assistência de enfermagem a pacientes com transtorno mental grave. Identificamos ainda as repercussões que algo dessa natureza traz, não só ao paciente, mas a família que se envolve plenamente quando se trata de um diagnostico de esquizofrenia e depressão grave.
O contato com o paciente, o estudo da literatura sobre as patologias, o estudo sobre as medicações, funções mentais e a realização da avaliação do estado mental, nos possibilitou ampliar o conhecimento, despertar curiosidades, interesses no campo da saúde mental e perder o medo e ansiedade frente à pacientes psiquiátricos. Por meio desta experiência e conhecimentos obtidos, foi nos proporcionado prestar uma assistência de enfermagem mais adequada com base científica e visão holística.

Referências

GAMA C. S.; SOUZA C. M.; LOBATO M. I. et al. **Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo Programa de Atenção à Esquizofrenia Refratária da Secretaria da Saúde e do Meio Ambiente do Estado do Rio Grandedo Sul**. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, v. 26, n. 1, jan./abr. 2004.

GIACON B. C. C.; GALERA S. A. F. **Primeiro episódio da esquizofrenia e assistência de enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP,

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

NANDA International. **Diagnósticos de Enfermagem da NANDA**: definições e classificação 2009-2011, organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

OMS – Organização Mundial de Saúde. (2008). Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas

OLIVEIRA, Renata Marques; FACINA, Priscila Cristina Bim Rodrigues and SIQUEIRA JUNIOR, Antônio Carlos. **A realidade do viver com esquizofrenia**. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2012, vol.65, n.2, pp. 309-316. ISSN 0034-7167

SADOCK, Benjamin J; SADOCK, Virginia A. **Manual Consico de Psiquiatria Clínica**.2ª edição. 2008
São Paulo, v. 40, n. 2, 2006.

STUART G. W.; LARAIA M. T. **Enfermagem Psiquiátrica: Princípios e Prática**. 6ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2001. 958 p

Agradecimentos

Agradeço a Universidade Estadual Vale do Acaraú e a professora Eliany Nazare Oliveira pelo incentivo a pesquisa e aos co-orientadores pela contribuição na construção dessa pesquisa.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PERIOPERATORIO

Cleidiana França Sousa - UNIFOR (Universidade de Fortaleza)
Eliádia Freitas Bastos - UNIFOR (Universidade de Fortaleza)
Fábio de Souza Lima - UNIFOR (Universidade de Fortaleza)
Heda Caroline Neri de Alencar – UNIFOR (Universidade de Fortaleza)* heda.hcna@gmail.com
Karla Maria Carneiro Rolim– UNIFOR (Universidade de Fortaleza)
VeridianeBatista de Freitas - UNIFOR (Universidade de Fortaleza)

Palavras-chave:enfermagem, perioperatório,cuidados de enfermagem

Resumo

A palavra Perioperatório é aplicada para descrever todo o período da cirurgia, incluindo antes e após a cirurgia em si. O período Perioperatório consiste em três fases dos cuidados que começam e terminam em um ponto específico na sequência de eventos na experiência cirúrgica. A fase pré-operatória começa quando a decisão para proceder à intervenção cirúrgica é tomada e termina com a transferência do paciente para a mesa da sala de cirurgia. A fase intra-operatória começa quando o paciente é transferido para a mesa da sala de cirurgia e termina com a admissão na unidade de cuidados pós-anestésico (UCPA). A fase pós-operatória começa com a admissão do paciente na UCPA e termina com uma avaliação de acompanhamento no ambiente clínico ou domiciliar. Cada fase perioperatório inclui um amplo espectro de atividades que a enfermeira desempenha utilizando o processo de enfermagem como base nos padrões da prática da American Society of PeriAnesthesia Nurses (2007).

Introdução

O Perioperative Nursing Data Set (PNDS) classifica a prática de enfermagem perioperatória em quatro domínios: segurança, resposta fisiológica, resposta comportamental e sistemas de cuidados de saúde. Os primeiros três domínios refletem os fenômenos que dizem respeito às enfermeiras que atuam no perioperatório e são compostos de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem. O quarto domínio, o sistema de cuidados de saúde, consiste em elementos de dados estruturais e enfoca os processos resultados clínicos. Planejar o cuidado de enfermagem a pacientes que serão submetidos à cirurgia requer do enfermeiro habilidades e conhecimentos sobre as possíveis alterações e reações emocionais que o paciente pode apresentar frente a esta situação. Na fase pré-operatória, o paciente se apresenta mais vulnerável, suas necessidades fisiológicas, psicológicas e sociológicas são alteradas, tornando-se propenso a um desequilíbrio físico-emocional, necessitando de cuidados especiais. Assim, o inter-relacionamento com a equipe de enfermagem torna-se fundamental para que suas demandas sejam atendidas.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo e desenvolvido a partir de uma revisão bibliográfica que tem o intuito de demonstrar a importância da assistência de enfermagem no cuidado e atendimento a pacientes submetidos a todo o trâmite do processo perioperatório. Os artigos analisados foram retirados das seguintes bases de dados: O BRUNNER livro e artigos da Scielo, publicados no período de 2011 a 2012. Esse estudo foi realizado no período do mês de maio do ano de 2014.

Resultados e Discussão

Existe uma ampla variedade de intervenções usadas para preparar o paciente física e psicologicamente, e para manter a segurança. A enfermeira deve orientar o paciente sobre o curso da experiência e permitir tempo para perguntas. Para alguns pacientes, descrições extremamente detalhadas podem aumentar a ansiedade; conseqüentemente, a enfermeira deve ser sensível a isso e proporcionar menos detalhes como base nas necessidades de cada paciente.
As metas da promoção da mobilidade no período pós-operatório são melhorar A circulação, evitar a estase venosa e promover a função respiratória ótima. O paciente deve ser ensinado que a deambulação precoce e freqüente no pós-operatório imediato, quando tolerada, ajudará a evitar complicações.a enfermeira explica a razão de mudanças freqüentes de posição após cirurgia e, em seguida, mostra ao paciente como virar de um lado para outro e como assumir a posição lateral sem gerar dor, nem interromper os acessos venosos, drenos ou outros equipamentos. Os tônus musculares são mantidos de tal modo que a deambulação se torne mais fácil. A enfermeira deve lembrar o uso da mecânica corporal apropriada e orientar o paciente a fazer o mesmo. Sempre que o paciente é posicionado, seu corpo precisa ser alinhado adequadamente.

Controle da Dor

A avaliação da dor deverá incluir a diferenciação entre a dor aguda e a crônica. Uma escala de intensidade da dor deve ser apresentada e explicada ao paciente para promover o tratamento mais efetivo da dor pós-operatória. No período pós-operatório os medicamentos são administrados para aliviar a dor e manter o conforto sem suprimir a função respiratória.

O paciente é orientado a tomar o medicamento com freqüência prescrita durante o período pós-operatório inicial para o alivio da dor. Um paciente com previsão de alta para casa provavelmente receberá agentes analgésicos orais. Esses métodos são discutidos com o paciente na fase pré-operatória, e o interesse e a vontade dele de usá-los é avaliada.

Intervenções Psicossociais

A enfermeira ajuda o paciente a identificar estratégias de enfrentamento que ele empregou anteriormente para diminuir o medo. O paciente se beneficia em saber quando a família e os amigos poderão visitá-lo após a cirurgia e que um conselheiro espiritual estará disponível. As intervenções psicossociais incluem identificar e demonstrar respeito pelas crenças culturais, espirituais e religiosas.

Manutenção da segurança do paciente

Proteger o paciente contra lesão é um dos principais papéis da enfermeira no período perioperatório. Essas se aplicam aos hospitais, bem como aos centros de cirurgia ambulatorial e às instalações de cirurgias realizadas em consultórios.

Metas nacionais de segurança do paciente (2009), recomenda, melhorar a exatidão da identificação do paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais; melhorar a segurança em relação a administração dos medicamentos; ; registrar os ricos de infecção associados aos cuidados de saúde; reduzir o risco de danos ao paciente; estimular o envolvimento ativo dos pacientes em seus próprios cuidados; evitar as úlceras de pressão; melhorar o reconhecimento e a resposta a alterações na condição de um paciente; etc.

Controle da nutrição e os líquidos

O principal propósito da suspensão dos alimentos e líquido antes da cirurgia consiste em evitar a broncoaspiração. As recomendações especificas dependem da idade do paciente e do tipo de alimento ingerido.

Administração de medicamentos pré-anestésicos

O uso de medicamentos pré-anestésicos é mínimo na cirurgia-dia ou ambulatorial. Quando prescrito, geralmente é administrado na área de espera pré-operatória. Se uma medicação pré-anestésica for administrada, o paciente é mantido no leito com as grades laterais elevadas, porque o medicamento pode provocar vertigem ou sonolência. Durante esse período a enfermeira observa o paciente para qualquer reação indesejada do medicamento.

Durante toda a cirurgia, as responsabilidades da enfermagem incluem fornecer a segurança e bem-estar ao paciente, coordenar os profissionais na sala de cirurgia e realizar as atividades de assepsia e de circulação. Como o estado emocional do paciente permanece preocupante, os cuidados iniciados pelas enfermeiras no pré-operatório são continuados pela equipe de enfermagem intraoperatório, que proporciona ao paciente informações e tranqüilidade.

A enfermeira apóia as estratégias de enfrentamento e reforça a capacidade do paciente de influenciar os resultados, encorajando a participação ativa no plano Ed cuidado, incorporando considerações culturais, étnicas e religiosas, quando apropriado. Outras responsabilidades incluem a manutenção dos padrões cirúrgicos de cuidados e a identificação e minimização dos riscos e complicações.

A enfermeira no centro cirúrgico concentra-se nos diagnósticos, prescrições e resultados de enfermagem que o paciente cirúrgico e suas famílias vivenciaram. Outras prioridades incluem problemas interdependentes e metas esperadas.

A unidade de cuidados pós-operatórios, também conhecida como sala de recuperação, está localizada adjacente ao centro cirúrgico. O paciente que ainda se encontra sob os efeitos da anestesia ou recuperando-se desta são colocados nessa unidade para facilitar o acesso de enfermeiros experientes e altamente habilitados, anestesiologistas, cirurgiões, monitoramento e suporte hemodinâmicos e pulmonares avançados, equipamento especiais e medicamentos.

Os objetivos dos cuidados de enfermagem para o paciente na unidade de cuidados pós-operatório são fornecer os cuidados até que o paciente tenha se recuperado dos efeitos da anestesia, esteja orientado, tenha sinais vitais estáveis e não mostre evidencia de hemorragia nem de outras complicações.

As avaliações freqüentes e competentes das vias respiratórias, função respiratória, função cardiovascular, colocação cutânea, nível de consciência e capacidade do paciente em responder a comandos são os marcos dos cuidados de enfermagem na unidade.

Durante as primeiras 24h após a cirurgia, os cuidados de enfermagem do paciente hospitalizado na unidade de cirurgia geral envolvem a continuidade da ajuda ao paciente para se recuperar dos efeitos da anestesia, frequentemente avaliando o estado fisiológico do paciente, monitorando complicações, tratando a dor e implementando medidas traçadas para alcançar as metas de autonomia progressiva para o autocuidado, controle bem-sucedido do regime terapêutico, alta pra casa e recuperação plena.

Conclusão

Após um aprofundamento teórico, concluímos que, a atenção e os cuidados com o cliente no Perioperatório é de suma importância na enfermagem. Os cuidados e preparos, oferecendo e desenvolvendo diversas ações de enfermagem de acordo com a demanda da cirurgia. Sendo que nesses cuidados engloba, preparo físico e emocional, encaminhamento cirúrgico, avaliando o risco cirúrgico, atentar quanto a medicação que será tomada, anestésicos, promover a recuperação e prevenir complicações no pós- operatório. Promovendo o auto cuidado para o controle do bem-estar físico e mental, proporcionando um cuidado mais humanizado e investimentos no controle da qualidade do atendimento.

Referências

Brunner - Suddarth - Smeltzer, Suzanne C. - Bare, Brenda G. - Hinkle, Janice L. - Cheever, Kerry H.Ed.12ª**Guanabara**;2012. Chistoforo , carvalho; cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatorio.

http://www.portaleducacao.com.br/educacao/artigos/23174/cuidados-perioperatorios#ixzz32rCDxBQ6

SANTOS, José Sebastião dos; KEMP, Rafael. **Fundamentos básicos para a cirurgia e cuidados perioperatórios**. **Fundamentos em ClÍnica CirÚrgica - 3ª Parte Capítulo I,**Ribeirão Preto, v. 5, n. 8, p.2-17, 01 abr. 2011. Anual. **Citação com autor incluído no texto:** Santos e Kemp (2011) http://www.fmrp.usp.br/revista

Agradecimentos

Queremos agradecer primeiramente a Deus por ter nos dado força e sabedoria para que este trabalho pudesse se realizar. Agradecemos aos nossos pais pelo apoio, incentivo e amor incondicional. Agradecemos também a nossa orientadora Karla Maria Carneiro Rolim pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e confiança.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO PROCEDIMENTO DE PUNÇÃO VENOSA PERIFÉRICA - UM ELO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Jéssyca Larissa Almeida Silva (apresentador) – Enfermeira. Universidade de Fortaleza. Email: jessycalarissa@hotmail.com
Camila Moreira de Paula Pessoa– Enfermeira. Universidade de Fortaleza.
Aline Lima Aragão - Enfermeira. Universidade de Fortaleza.
Andreza Moura Magalhães Ferreira - Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.
Juliana Silva Fernandes – Enfermeira. Universidade de Fortaleza.
Elizabeth Mesquita Melo (Orientador) – Doutora em Enfermagem. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave: Cateterismo venoso periférico. Equipe de enfermagem. Cuidados de enfermagem.

Resumo

O enfermeiro exerce as funções de gestor e administrador do cuidado, além da supervisão das ações dos demais membros da equipe. Assim, é importante o mesmo estar atento aos procedimentos desenvolvidos pela equipe. Objetivou-se analisar os cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem durante o procedimento de punção venosa periférica. Estudo exploratório descritivo, quantitativo, realizado em um hospital público, em Fortaleza-Ceará, com 92 profissionais. Dados coletados nos meses de outubro e novembro de 2012, com um questionário, expostos em gráficos e tabelas. Estudo aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza. A média de idade dos participantes foi de 38,4 anos; 90,2% eram do sexo feminino; 55,4% eram técnicos de enfermagem. A grande maioria sempre higienizava as mãos antes do procedimento e a quase totalidade após; a maioria usava luvas de procedimento e realizava antissepsia da pele do paciente com álcool a 70%, predominando a técnica de baixo para cima; 65,2% preparavam a medicação antes da punção e 81,5% nunca administravam medicação preparada por outro profissional. A seleção da veia iniciando pelo dorso da mão nem sempre era considerada e 53,3% não usavam a técnica de dar “tapinhas” no vaso; 92,4% não reutilizavam o dispositivo de punção em caso de insucesso no procedimento e todos retiravam o ar da seringa/equipo antes da venopunção; a quase totalidade sempre orientava o paciente. Os cuidados realizados pelos profissionais foram satisfatórios, porém há necessidade de mais enfoque nos equipamentos de segurança e na técnica de seleção da veia.

Introdução

Na equipe de enfermagem, o enfermeiro exerce as funções de gestor e administrador do cuidado, em todos os níveis de atenção à saúde, além da supervisão das ações dos demais membros da equipe. Desse modo, o mesmo deve estar atento ao desenvolvimento dos procedimentos realizados pela equipe, inserindo-se a punção venosa periférica, atividade, que, apesar de aparentemente simples, é complexa, pois pode gerar problemas sérios ao paciente quando realizadas sem a devida fundamentação teórica.
Segundo Pereira, Zanetti e Ribeiro (2002), a punção venosa constitui uma ação de média a baixa complexidade, sendo imprescindível a capacitação técnico-científica dos profissionais para sua execução, bem como para a administração de medicamentos, considerando que a decisão sobre a escolha dos locais, calibres dos dispositivos, manutenção dos curativos e prevenção de complicações pertinentes a cada caso deve ser responsabilidade do enfermeiro.
O paciente, quando admitido em uma emergência apresentando alterações em seu estado de saúde, na maioria das vezes é submetido à administração de medicamentos, por via oral ou parenteral. Dentre as vias parenterais, cita-se a via intramuscular (IM), subcutânea (SC), intradérmica (ID) e endovenosa (EV), sendo a via EV a mais utilizada, por ser a que proporciona ação mais rápida da droga e melhor resposta do paciente.Nesses casos a terapia EV periférica é preferencialmente instalada, pois oferece uma ação mais rápida e imediata do medicamento (GOMES; MARIANO; COSTA, 2006).
Essa via permite a infusão de grandes volumes no paciente. Porém, em casos de reações adversas, a suspensão deve ser imediata, sendo importante o controle da diluição e da velocidade em que as drogas são administradas pela equipe de enfermagem (HONORIO; NASCIMENTO, 2007).
Os dispositivos endovenosos para realização da técnica para acesso venoso periférico são os agulhados do tipo scalp, indicado para poucos volumes de infusão, menor permanência e realização de medicação, e o flexível, o qual constitui um dispositivo de maior permanência, com possibilidade de infusão de grandes volumes de forma rápida.
A equipe de enfermagem deve apresentar conhecimento teórico satisfatório acerca do procedimento de instalação e manutenção do cateter periférico. Dentre os cuidados, podem ser citados a técnica correta, o uso de equipamentos de proteção individual (EPI’s), os cuidados relativos à medicação e ao paciente.
Na busca da qualidade da assistência, é de grande importância a realização da atualização profissional. Na equipe de enfermagem, o enfermeiro deve sempre promover cursos de atualização, visando prioritariamente à qualidade da assistência, além da redução dos riscos para todos os envolvidos nos procedimentos, ou seja, profissionais e pacientes (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005).
Para que os procedimentos sejam bem executados é necessário que o profissional possua conhecimento e habilidades específicas, fatores considerados requisitos básicos para a realização de procedimentos de forma eficiente, em diferentes níveis de complexidade (TORRES; ANDRADE; SANTOS, 2005).
A prática hospitalar demonstra que os profissionais de enfermagem, diante de tantas atribuições a eles destinadas, algumas vezes não seguem à risca os cuidados mais básicos durante a punção venosa periférica, sendo importante a discussão acerca da temática, com o intuito de levantar dificuldades durante o procedimento por parte dos profissionais.
O estudo proporcionará dados inerentes às condutas dos profissionais que integram a equipe de enfermagem, direcionando a realização de educação permanente, bem como a elaboração de procedimentos operacionais padrão, contribuindo para a redução de riscos

associados à punção periférica e para a promoção da saúde do paciente. Diante do exposto, objetivou-se analisar os cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem durante o procedimento de punção venosa periférica.

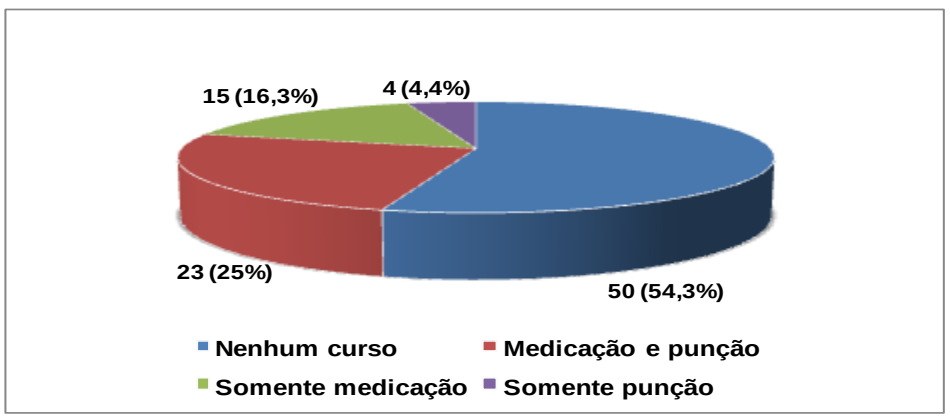
Metodologia

Estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa, realizado nas unidades de internação, na emergência, na pequena cirurgia e na unidade de terapia intensiva (UTI) de um hospital público de médio porte e nível secundário, localizado em Fortaleza-Ceará.
A população do estudo foi composta pelos profissionais de enfermagem lotados nos referidos setores, sendo a amostra definida a partir dos critérios de inclusão: estar escalado em qualquer um dos setores supracitados; trabalhar há pelo menos seis meses como profissional; e realizar o procedimento de punção venosa periférica. Como critérios de exclusão foram definidos: trabalhar de forma ocasional nos setores; e não demonstrar interesse em participar do estudo. Assim, a amostra foi composta por 92 profissionais.

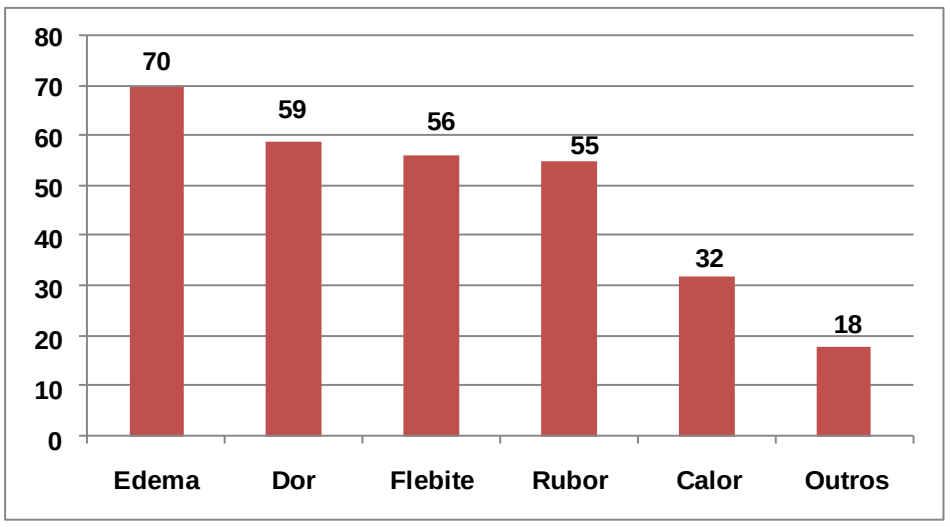
Os dados foram coletados nos meses de outubro e novembro de 2012, utilizando-se um questionário, sendo organizado a partir da quantificação em frequências absoluta e relativa, em um banco de dados no Programa Excel, com posterior exposição dos resultados em gráficos e tabelas.
O estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, recebendo parecer n° 114.660 (BRASIL, 1996). A participação no estudo foi voluntária, mediante assinatura de termo de consentimento e livre esclarecido.

Resultados e Discussão

Quanto à caracterização dos profissionais, 90,2% eram do sexo feminino, sendo somente 9,8% do sexo masculino. Apesar da mudança atual no perfil dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, representada pela procura maior de homens, ainda é superior o número de mulheres nessa área. Segundo Martins *et al.* (2006), a enfermagem possui como característica histórica o fato de ser exercida quase que exclusivamente por mulheres, mantendo-se feminina em todos os níveis.
A faixa etária variou de 21 a 61 anos, sendo a média de 38,4 anos. Dentre os setores em que estavam escalados, a emergência e a unidade de internação foram os que mais se destacaram, com 32,6% dos profissionais. Quanto ao tempo de atuação no setor, 34,8% atuavam há menos de dois anos, 33,7% de dois a cinco anos e 31,5% há mais de cinco anos.
Gráfico 1-Distribuição dos profissionais segundo realização de cursos na área de medicação e punção venosa. Fortaleza, 2012.



Fonte: Dados colhidos pelos pesquisadores.
Segundo os dados do gráfico 1, nota-se que mais da metade dos participantes (54,3%) nunca havia realizado cursos nessas áreas. Por outro lado, 25% relataram possuir cursos nas duas áreas, 16,3% somente curso de medicação e 4,4% na área de punção.
Os aspectos referentes ao uso de técnica asséptica foram explorados no estudo, considerando que durante o procedimento de punção, torna-se imprescindível o uso de medidas de segurança para o paciente e para o profissional. Observou-se que 89,1% sempre realizavam a higienização das mãos antes de iniciar o procedimento, porém 10,9% não tinham esse cuidado frequente.
Barreto *et al.* (2009) comprovaram que entre os procedimentos com maior adesão da higienização das mãos, tanto antes como depois, pelos profissionais de enfermagem, está incluído o preparo/administração de medicamentos.
A respeito do uso de luvas de procedimentos para a punção, 75% sempre utilizavam e 25% às vezes. Sobre a antissepsia da pele do paciente com álcool a 70%, 93,5% sempre realizavam. A técnica de antissepsia era realizada por 65,2% de baixo para cima, 22,8% de cima para baixo, 7,7% em movimentos circulares e 4,3% não especificaram.
Ao serem indagados acerca do procedimento de punção venosa periférica e preparo da medicação, constatou-se que 65,2% dos profissionais preparavam a medicação antes de iniciar o procedimento e 22,8% não adotavam essa conduta. Sobre a administração de medicação preparada por outro profissional, a grande maioria dos profissionais afirmou que nunca administrava.
Uma prática comum na realização da punção diz respeito ao uso do “flash”, com a intenção de observar se o dispositivo encontra-se inserido no vaso. Sob essa ótica, a grande maioria dos integrantes da pesquisa evidenciou que sempre usava.
A seleção da veia do paciente a partir do dorso da mão foi referida por 34,8% dos profissionais. Contudo, 58,7% nem sempre demonstravam esse cuidado e 6,5% nunca o adotavam. A técnica de dar “tapinhas” no vaso, buscando a melhor visualização não foi observada em 53,3% dos questionados.
O acesso venoso periférico apresenta várias desvantagens, especialmente associadas às dificuldades para sua manutenção, quando houver a necessidade de uma terapia prolongada, fato que exigirá a realização de várias punções (GOMES *et al.*, 2011). Assim, é imperativo que ao selecionar a veia, o profissional opte inicialmente pela região dorsal dos membros superiores, pela possibilidade da busca ascendente, no caso da falta de êxito no procedimento.
Referente à reutilização do dispositivo na vigência de insucesso do procedimento, 92,4% enfatizaram nunca reutilizar. Cumpre salientar que, em relação à retirada do ar da seringa/equipo antes da venopunção, todos os profissionais tinham essa precaução.
Ao realizar qualquer procedimento junto ao paciente, é fundamental que o mesmo seja orientado, com o intuito de obter sua cooperação, possibilitando maior êxito no procedimento. Nesse contexto, a quase totalidade dos profissionais sempre orientava o paciente ao iniciar o procedimento.
Quando questionados acerca da importância da seleção da veia de forma ascendente, 45,7% não justificaram, enquanto os demais justificaram pelas seguintes razões: facilidade na visualização do vaso (15,2%), técnica correta (9,8%), possibilidade de maior movimento e conforto ao paciente (6,5%).
Gráfico 2-Distribuição das respostas dos profissionais referente aos sinais que indicam a retirada do acesso. Fortaleza, 2012.



Fonte: Dados colhidos pelos pesquisadores.

Buscou-se identificar no gráfico 3 os sinais que indicam a retirada do acesso periférico. Em resposta a essa pergunta, o principal fator referido foi o edema, registrado por 70 participantes, seguido de dor com 59, flebite (56), rubor (55) e calor (32). Outros fatores foram citados por 18 profissionais, envolvendo: o tempo de permanência do acesso, ocorrência de reação pirogênica, falta de perviedade, hematoma e extravasamento de soluções.

É oportuno ressaltar que para a prevenção da flebite é importante levar em conta alguns cuidados no momento de realizar a administração intravenosa da medicação, constituindo medida essencial a lavagem incondicional das mãos, o preparo eficaz da pele no local que vai receber a inserção e a renovação dos dispositivos intravenosos.

Conclusão

O acesso venoso é um artifício indispensável a pacientes em situação de emergência ou que exijam atendimento imediato para a resolução de problemas decorrentes de doenças que afetem o funcionamento normal do organismo, podendo ser representando pelo acesso central ou periférico.

A equipe de enfermagem é a principal executora da punção venosa periférica, o que exige um conhecimento fundamentado e atenção voltada aos cuidados indispensáveis durante a sua realização.

Os dados obtidos em relação aos cuidados de enfermagem permitem concluir que o desempenho global dos profissionais foi satisfatório, porém há necessidade de maior enfoque em determinados aspectos, os quais são essenciais para a redução de riscos para o paciente e o profissional.

Levando em conta a importância do procedimento de punção venosa periférica como atribuição da equipe de enfermagem, sugere-se o desenvolvimento de outras pesquisas acerca dessa temática, a fim de auxiliar os profissionais na implementação de novas técnicas e o aperfeiçoamento de técnicas já existentes, com o objetivo principal de prevenir erros, visando sempre à segurança do profissional e do paciente.

Referências

BARRETO, R. A. S.; ROCHA, L. O.; SOUZA, A. C. S.; TIPPLE, A. F. V.; SUZUKI, K., BISINOTO, S. A. Higienização das mãos: a adesão entre os profissionais de enfermagem da sala de recuperação pós-anestésica. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2009; 11(2):334-40. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a14.htm Acesso em 12 nov. 2012.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96. Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. **Bioética**, v. 4, n. 2, Supl., 1996.

GOMES, F. V. L.; MARIANO, L. A. A.; COSTA, M. R. **Prevenção de infecção de corrente sanguinea.** Goiânia: Santa Casa de Misericórdia de Goiânia, 2006.

GOMES, A. V.O.; NASCIMENTO, M. A. L.; CHRISTOFFEL, M. M.; ANTUNES, J. C. P.; ARAÚJO, M. C.; CARDIM, M. G. Punção venosa pediátrica: uma análise crítica a partir da experiência do cuidar em enfermagem. **Enfermería Global**, n. 23, p. 287-97, jul. 2011. Disponível em: http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n23/pt_revision2.pdf Acesso em 17 nov. 2012.

HONORIO, Melissa Orlandi; NASCIMENTO, Keyla Cristine do. **Acessos venosos periféricos.**Santa Catarina: Núcleo de Educação em Urgências - Santa Catarina, 2007.

MARTINS, C.; KOBAYASHI, R. M.; AYOUB, A. C.; LEITE, M. M. J. Perfil do enfermeiro e necessidade de desenvolvimento de competência profissional. **Texto & Contexto Enferm** [Internet]. 2006 [Cited 2012 May 11];15(3):472-8. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300012&script=sci_arttext

PEREIRA, R. C. C.; ZANETTI, M. L.; RIBEIRO, K. P. Motivos de interrupção da terapia endovenosa relacionada ao tempo de permanência do dispositivo venoso periférico in situ. **R. Gaúcha Enferm,** Porto Alegre, v.1, n. 23, 2002, janeiro, p. 70-83, jan., 2002. Disponível em: http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4398 Acesso em 20 Set. 2012.

TORRES, M. M.; ANDRADE, D.; SANTOS, C. B. Punção venosa periférica: avaliação de desempenho dos profissionais de enfermagem**. Rev Latinoam Enfermagem,** São Paulo**,** v. 3, n. 13, p. 299-304, maio-junho, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a03.pdf Acesso em 20 Jul 2012.

Agradecimentos

Especialmente, agradecemos aos profissionais que aceitaram participar do estudo; a todos os enfermeiros e demais membros da equipe de enfermagem, por se dedicarem ao cuidado ao paciente; e à orientadora do estudo, Profa. Beth.

CUIDADOS DO PACIENTE RENAL CRÔNICO COM A FÍSTULA ARTERIOVENOSA: FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Violeta Frota Lima(Apresentador) – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista do Programa Aluno Voluntário de Iniciação Científica (PAVIC). Universidade de Fortaleza. Email: violetafrota@yahoo.com.br
Camila Raquel de Almeida Cardoso – Enfermeira. Universidade de Fortaleza.
Diana Fontenele Moraes Azevedo – Enfermeira. Universidade de Fortaleza.
Janaína da Silva Oliveira – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.
Lorena Pontes de Souza – Acadêmica de Enfermagem. Bolsista PAVIC. Universidade de Fortaleza.
Elizabeth Mesquita Melo(Orientador) – Doutora em Enfermagem. Universidade de Fortaleza.

Palavras-chave:Cuidados. Insuficiência renal crônica. Fístula vascular.

Resumo

Objetivou-se avaliar os cuidados do paciente portador de lesão renal crônica para a manutenção da fístula arteriovenosa (FAV). Estudo exploratório, descritivo, quantitativo, realizado em uma clínica privada, em Fortaleza-CE, com 110 pacientes. Os dados foram coletados em março e abril de 2012, utilizando-se um roteiro estruturado, sendo expostos em tabelas e gráficos. Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, com protocolo nº. 443/2011. Grande parte dos pacientes (61,8%) era do sexo masculino, com média de idade de 54,4 anos; 69,1% eram procedentes da capital. A principal doença de base foi a glomerulonefrite (31,8%). Os pacientes que realizavam hemodiálise há mais de dez anos foram os que mais realizaram transplante. Quanto ao tempo da FAV, predominou o período de um a cinco anos (40,9%) e 60% encontravam-se com o primeiro acesso; 73,6% possuíam a fístula no braço esquerdo, predominando a anastomose radiocefálica (66,4%). Os cuidados com a FAV mais destacados foram: não permitir verificação de pressão arterial no braço da fístula e não remover pêlos no local (97,3%); não permitir realização de vacinas ou coleta de exames no membro da fístula e a punção por profissionais não qualificados (86,4%); palpação da FAV, para sentir o frêmito (94,5%); e pressionar a fístula com um pano limpo em caso de sangramento (90,9%). O acesso vascular é essencial para o tratamento hemodialítico, sendo imprescindível conscientizar o paciente acerca dos cuidados relacionados, visando a maior qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

Introdução

A insuficiência renal pode ser classificada em aguda ou crônica, considerando os sintomas apresentados pelo paciente e o tempo de deterioração da função renal. Joannidis e Metnitz (2005) colocam que a insuficência renal aguda (IRA) caracteriza-se pela redução abrupta da taxa de filtração glomerular, por períodos variáveis de tempo, resultando na inabilidade dos rins para exercer as funções de excreção, manter o equilíbrio ácido-básico e a homeostase hidroeletrolítica do organismo
Na insuficiência renal crônica (IRC) a redução na função renal ocorre de forma lenta, permitindo ao organismo lançar mão de mecanismos de adaptação. Assim, há possibilidade de alguns pacientes com doença renal avançada apresentarem-se completamente assintomáticos, sendo o diagnóstico realizado por acaso, devido a uma intercorrência, como infecção ou trauma (RIELLA, 2003).
Os sinais e sintomas variam conforme a doença de base, hábitos alimentares e grau de redução da função renal. Os sinais indicativos de falência renal só aparecem em estágios avançados da doença, sendo esta considerada silenciosa de início, com grande repercussão na vida dos pacientes e elevando custos para o sistema de saúde (RIELLA, 2003; REMBOLD *et al.*, 2009).
Atualmente o tratamento dos pacientes renais crônicos engloba: diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC), diálise peritoneal automatizada (DPA), diálise peritoneal intermitente (DPI), hemodiálise (HD) e transplante renal (TX) (MARTINS; CESARINO, 2005).
A HD remove as substâncias tóxicas e o excesso de líquido acumulado no sangue e tecidos do corpo em conseqüência da insuficiência renal. Nesse tipo de tratamento, o sangue com excesso de toxinas e resíduos nitrogenados é desviado do paciente para uma máquina, passando por um dialisador, no qual é limpo e, em seguida, devolvido ao paciente (KOEPE; ARAÚJO, 2008).
Para a realização da HD, é necessário um acesso vascular, sendo este um dos principais motivos de medo do paciente. Segundo Riella (2003), apesar da evolução no tratamento da DRC terminal, o acesso vascular continua sendo considerado o maior entrave do nefrologista.
A Fístula Arteriovenosa (FAV) constitui uma anastomose subcutânea de uma artéria com uma veia adjacente, representando a maneira mais segura para acesso vascular permanente e apresentando uma série de vantagens, tais como: excelente patência, baixa morbidade associada com sua criação e baixos índices de complicações, como infecções, estenose e roubo. Um acesso vascular ideal deve oferecer um fluxo sanguíneo satisfatório, apresentar meia-vida longa e baixo índice de complicações (DAUGIRDAS; BLAKE; ING, 2008).
É conveniente enfatizar a importância do papel do enfermeiro na manutenção do acesso vascular, especialmente da FAV, em virtude desse profissional ser o coordenador da equipe de enfermagem e, dessa forma, o principal responsável pela assistência de enfermagem ao paciente em HD.
Observa-se na prática que os pacientes portadores de IRC encontram-se extremamente temerosos em relação ao tratamento hemodialítico e, principalmente, ao acesso vascular. Os profissionais de enfermagem são os principais responsáveis pelo manejo da FAV, incluindo a punção, avaliação e evolução. O estudo é relevante, uma vez que tem como intuito contribuir para a prática destes profissionais, enfocando a importância do cuidado com a fístula pelos pacientes, a partir de ações básicas consideradas fundamentais para a manutenção desse acesso. Diante do exposto, o estudo objetivou avaliar os cuidados do paciente portador de lesão renal crônica para a manutenção da FAV.

Metodologia

Estudo do tipo exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido em uma clínica privada, conveniada ao SUS, com experiência de 13 anos na área de HD com pacientes renais crônicos, localizada em Fortaleza-CE.
A população foi representada por todos os pacientes portadores de IRC que realizam tratamento hemodialítico na referida instituição, sendo a amostra composta por 110 pacientes, definida a partir dos seguintes critérios de inclusão: possuir FAV; idade igual ou superior a 18 anos; e condições de comunicação ou um acompanhante para fornecer as informações. Como critérios de exclusão foram estabelecidos: possuir outra via de acesso para o tratamento hemodialítico; e apresentar alterações clínicas que o impossibilitassem de participar do estudo.
A coleta dos dados foi realizada durante os meses de março e abril de 2012, utilizando-se um roteiro de entrevista semi-estruturado, contendo perguntas fechadas e abertas, incluindo dados de identificação e dados relacionados ao conhecimento e prática dos pacientes

referentes aos cuidados com a FAV. A coleta foi realizada concomitante à HD, visto que o paciente já chega à instituição com horário previsto para o início do tratamento e este demora cerca de quatro horas.
Os dados foram organizados em uma planilha do programa Microsoft Excel 2007, com realização de análise estatística descritiva, enfocando a frequência absoluta e relativa, sendo expostos em tabelas e gráficos.
Com base na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996), a pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Fortaleza,com o protocolo nº. 443/2011. Além do mais, a participação foi voluntária, mediante assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo dada liberdade de desistência e garantia de anonimato aos participantes.

Resultados e Discussão

De acordo com os dados, 61,8% dos pacientes eram do sexo masculino, enquanto 38,2% eram do sexo feminino. A faixa etária apresentou bastante variação, predominando a faixa de 46 a 60 anos (35,5%), seguida da faixa de 61 a 75 (25,4%) e 31 a 45 (19,1%), sendo a média de idade 54,4 anos.
Tais dados corroboram estudo anterior realizado com pacientes renais crônicos em tratamento hemodialítico, o qual demonstrou que 47% dos pacientes encontravam-se na faixa etária de 50 a 59 anos, sendo 60% do sexo masculino (NIFA; RUDNICKI, 2010).
A maioria (69,1%) era procedente da capital e 30,9% do interior do estado. Quanto à escolaridade, 50,9% possuíam o ensino fundamental, 31,8% o ensino médio, 10,9% eram analfabetos e apenas 6,4% possuíam nível superior. Em relação à ocupação, os aposentados prevaleceram, com 43,6%.
O paciente renal crônico, em virtude da complexidade da doença e da necessidade da realização continuada do tratamento de HD, muitas vezes necessita afastar-se de suas atividades profissionais de forma temporária ou definitiva, ou realizar modificações, especialmente pelas mudanças que a doença exige. Os resultados da pesquisa de Terra e Costa (2007), relacionados à atividade ocupacional dos pacientes em tratamento hemodialítico, demonstraram que 86,6% encontravam-se aposentados ou com licença para tratamento de saúde.
Como doença de base a glomerulonefrite predominou, com 31,8% dos pacientes, seguida da hipertensão arterial sistêmica (HAS), com 19,1% e do diabetes mellitus (DM) com 17,3%. Nifa e Rudnicki (2010), ao explorarem a origem da doença renal em sua pesquisa, evidenciaram como principais etiologias: DM (36%), HAS (25%), DM e HAS (18%), glomerulonefrite (11%), dentre outras em menor proporção.
Conforme achados de Ferreira e Silva Filho (2011) a HAS foi a principal causa de doença renal entre a população foco de seu estudo, observada em 55,38%, seguida da associação multifatorial de diabetes e HAS, correspondendo a 22,3%.

Os cuidados com a FAV são valorizados pelo paciente, sendo os mais destacados, conforme os achados desta pesquisa: não permitir verificação de pressão arterial (PA) no braço da fístula e não remover pêlos no local desta, com 97,3% dos pacientes; não permitir a realização de vacinas ou coleta de exames no membro da fístula e a punção por profissionais não qualificados, com 86,4%; palpação da FAV, para sentir o frêmito (94,5%); e a grande maioria dos pacientes (90,9%), costuma utilizar um pano limpo para pressionar a fístula, em caso de sangramento.
São vários os cuidados que devem ser levados em conta pelo paciente renal em tratamento de HD, especialmente aqueles relativos às mudanças em seu cotidiano, alterações na dieta e os cuidados com a fístula arteriovenosa (PACHECO; SANTOS; BREGMAN, 2007).
Tendo em vista a importância da preservação do acesso vascular para o paciente renal crônico, é fundamental a observação de alguns cuidados, englobando: preservar o braço, evitando a verificação de PA, assim como a coleta de sangue; evitar uso de relógios ou outro objeto que pressione o braço, bem como carregar peso e dormir sobre o braço do acesso; palpar diariamente o acesso para verificar a presença de frêmito, dentre outros (MORSCH; VICARI, 2006).
Embora sejam cuidados importantes, foram citados em menor proporção: a lavagem do braço com água e sabão ao chegar na unidade (77,3%) e a realização de compressas frias no dia do tratamento e quente no dia seguinte (51,8%). Quanto ao intervalo de tempo para retirada do curativo compressivo, 62,7% afirmaram retirar esse curativo em um período igual ou maior do que três horas, ressaltando-se, todavia, que esse cuidado deveria ser seguido por um maior número de pacientes, visto a necessidade de evitar o risco de sangramento, sendo ressaltado por Morsch e Vicari (2006) como ideal a retirada do curativo somente após 4 a 6 horas.
A higienização do braço antes da punção do acesso com água e sabão ou antisséptico faz parte da rotina de preparo do paciente para a HD, consistindo parte dos cuidados com a fístula, devendo ser realizada, preferencialmente, pelo próprio paciente (MORSCH; VICARI, 2006; KUMAR *et al.*, 2008).

Os dados do estudo revelaram que a maioria dos pacientes, representado por 70% não apresentou nenhuma dificuldade inerente à presença da FAV. Dentre as dificuldades citadas, destacaram-se: estética (12,7%); o fato de não poder levantar peso (8,2%); e a presença de dor (6,4%). Outras dificuldades, expressadas por dois pacientes (1,8%), foram alergia à fita adesiva no curativo da fístula e a realização de determinadas atividades do lar.
Após o conhecimento sobre o diagnóstico e início do tratamento de HD ocorre comprometimento nos diversos aspectos do cotidiano do paciente, com destaque, por ordem de ocorrência, para as atividades corporais, recreativas e laborais (MARTINS; CESARINO, 2005).
Segundo Pascoal *et al.* (2009), os pacientes renais vivenciam diversas limitações em seu cotidiano, assim como inúmeras mudanças em sua vida, tais como: perda do emprego, alterações na imagem corporal, além das dificuldades com restrição alimentar e ingestão de líquidos.
Entretanto, tais pacientes precisam ser esclarecidos sobre a importância do tratamento hemodialítico para a manutenção da homeostase e da vida, sendo, dessa forma, essencial, a observação dos aspectos relacionados aos cuidados com a FAV, a fim de reduzir os riscos de complicações.

Conclusão

O paciente portador de IRC requer cuidados multidisciplinares e especializados, pois um tratamento renal substitutivo como a HD afeta de maneira significativa o cotidiano destes pacientes, visto que a alteração dos hábitos de vida, fatores físicos, psicológicos e sociais repercutirão em sua vida.
O acesso para a realização do tratamento é um dos principais cuidados no qual o enfermeiro é o responsável, seja no manejo da FAV, durante e após a punção, bem como referente à avaliação e evolução diária, incluindo as orientações direcionadas aos pacientes inerentes aos cuidados diários com a mesma. Enfatiza-se que o acesso vascular é essencial para o tratamento hemodialítico, sendo imprescindível conscientizar o paciente acerca dos cuidados relacionados, visando à maior qualidade de vida e a adesão ao tratamento.

Referências

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96.** Decreto nº 93.333 de janeiro de 1987. Estabelece Critérios sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Bioética, v. 4, n. 2, Supl., 1996.

DAUGIRDAS, J.T; BLAKE, P.G; ING, T.S. **Manual de Diálise.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
FERREIRA, R. C.; SILVA FILHO, C. R. A qualidade de vida dos pacientes renais crônicos em hemodiálise na região de Marília, São Paulo. **J Bras Nefrol**, v. 33, n. 2, p. 129-135, 2011.

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. IF 1,156 Apr, 2005.

KOEPE, G. B. O; DE ARAÚJO, S. T. C. A percepção do cliente em hemodiálise frente à fístula artério venosa em seu corpo. **Acta Paul Enferm.** Rio de Janeiro, v. 21 (Número Especial), p. 147-51, 2008.

KUMAR, V. et al. Acesso arteriovenoso para hemodiálise. In: DAUGIRDAS, J.T; BLAKE, P.G; ING, T.S. **Manual de Diálise.**4ª edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008. p. 100-119.

MARTINS, M. R. I; CESARINO, C. B. Qualidade de vida de pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico**. Rev. Latino-Am. Enfermagem**. São Paulo, v.13, n. 5, p. 670-6, setembro-outubro, 2005.

MORSCH, C.; VICARI, A. A enfermagem na hemodiálise. In: BARROS, E. et al. **Nefrologia:** rotinas, diagnóstico e tratamento. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 527-44.

NIFA, S.; RUDNICK, T. Depressão em pacientes renais crônicos em tratamento de hemodiálise. **Rev. SBPH,** Rio de Janeiro, v.13, n.1, Jun. 2010. p. 64-75.

PACHECO, G.S.; SANTOS, I.; BREGMAN, R. Clientes com doença renal crônica: avaliação de enfermagem sobre a competência para o autocuidado. **Esc Anna Nery R Enferm,** Rio de Janeiro, v. 11, n.1, p. 44-51, mar, 2007.

PASCOAL, M.; KIOROGLO, P.S.; BRUSCATO, W.L.; MIORIN, L.A.; SENS, Y.A.S.; PEDRO JABUR, P. A importância da assistência psicológica junto ao paciente em hemodiálise. **Rev. SBPH,** Rio de Janeiro, v.12, n. 1, dez. 2009.

RIELLA, M. C. **Princípios de Nefrologia e Distúrbios Hidroeletrolíticos.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 869-907. 1240p.

REMBOLD, S. M.; SANTOS, D. L. S; VIEIRA, G. B; BARROS, M. S; LUGON, J. R. Perfil do doente renal crônico no ambulatório multidisciplinar de um hospital universitário. **Acta Paul Enferm.** Rio de Janeiro. v. 22, p. 501-4, 2009.

TERRA, F. S.; COSTA, A. M. D. D. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes submetidos à hemodiálise. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 403-6, jul./set., 2007.

Agradecimentos

Agradecemos, inicialmente, aos pacientes, fonte de inspiração e objetos do nosso cuidado; aos enfermeiros que atuam com pacientes renais e com pacientes críticos; e a orientadora do estudo, profa. Dra. Elizabeth Melo.

CUIDANDO DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Autor 1 Rosângela Cruz de Oliveira (apresentador) – Instituição e Email
Autor 2 Rosimery Cruz de Oliveira Dantas – Universidade Federal de Campina Grande/ Grupo GEPASH
Autor 3 Dilermando Simões Dantas – Prefeitura Municipal de Patos - VISA
Autor 4 Jéssica Barreto – Universidade Federal de Campina Grande/ Grupo GEPASH
Autor 5 Layz – Universidade Federal de Campina Grande/ Grupo GEPASH

Palavras-chave: Cuidado. Idoso. Abrigo. Projeto.

Resumo

Introdução: O envelhecimento é um processo natural, e deve ser vivido com qualidade de vida (QV), representada pela capacidade funcional, independência e envolvimento em atividades diárias. A institucionalização é um recurso para os idosos excluídos por sua família ou pela sociedade. Objetivo: descrever o impacto do projeto de extensão na formação acadêmica profissional dos atores envolvidos. Método: Relato de experiência das atividades desenvolvidas no Probex/UFCG/CFP/UACV com idosos institucionalizados, realizado a partir de uma pesquisa-ação com atividades direcionadas aos idosos para valorizar suas habilidades motoras e cognitivas, e promover a sociabilização e o lazer. Análise quantitativa para a caracterização dos idosos e qualitativa para as narrativas dos membros do grupo. Resultados: Grupo de idosos constituído majoritariamente por mulheres (82,%), com média de idade de 78,1 anos e analfabetos (67,4%), não acamados (64,7%) mas destes 64,2% necessitam de ajuda para locomoção.58,8% apresentam algum agravo. O projeto contribui para o crescimento profissional e pessoal de todos, ensinou a importância do envelhecer com QV. Construiu uma nova forma de ver e vivenciar o cuidar. Fortaleceu a valorização do trabalho multiprofissional. Conclusão: O envelhecimento deve ser alvo de ações que promovam uma melhor QV para os idosos, que depende de uma ação conjunta e humanística. O projeto de extensão transformou o pensar, o fazer e o sentir dos envolvidos, construiu uma nova concepção sobre assistência e incorporou os valores de uma ação multidisciplinar, por isso é uma ferramenta imprescindível para a construção de uma formação includente, transformadora e participativa.

Introdução

Com a diminuição na taxa de fecundidade, evolução nos cuidados com a saúde, o avanço tecnológico e o desenvolvimento global, houve um aumento na expectativa de vida da população, fazendo com que o número de idosos aumentasse, demandando uma nova área de atuação para todos os profissionais de saúde.

No Brasil, em 2008, existiam 17,9 milhões de pessoas com idade acima de 60 anos. As projeções do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) indicam que vamos ultrapassar os 64 milhões em 2050. O aumento da expectativa média de vida também aumentou acentuadamente no país. Em 2008 para cada grupo de 100 crianças de 0 a 14 anos existiam 24,7 idosos de 65 anos ou mais, e a projeção é que em 2050 o quadro mude e para cada 100 crianças de 0 a 14 anos existam 172, 7 idosos (BARROS JUNIOR, 2009; BRASIL, 2010). A expectativa de vida para o ano de 2012 projetada para o ano de 2012 é de 74,6 anos para ambos os sexos, um acréscimo de 5 meses e 12 dias em relação a 2011(IBGE, 2013).

Segundo Brasil (2006) o aumento da expectativa de vida está associado à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de saúde, e nas ofertas dos serviços, que estão focados para todos os grupos etários, resultando no aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade no aumento absoluto e relativo da população idosa.

Sabe-se que envelhecer é um processo natural, que começa a partir do momento que nascemos e só termina quando morremos, entretanto a forma como enfrentamos este processo depende do conceito construído ao longo da existência, e para que o envelhecimento seja um processo além do fato de ganhar rugas, cabelos brancos, flacidez e acúmulo de experiência, é preciso entendê-lo como uma arte, um estado de espírito, um saber viver.

Este grupo, frágil nas suas necessidades necessita de estratégias de ação direcionadas para favorecer a sua saúde e qualidade de vida, e, entre tantas outras conquistas, a Lei: 10.741, de 1º de outubro de 2003, instituiu o Estatuto do Idoso, instrumento que serve como guia essencial para que as políticas públicas sejam cada vez mais adequadas ao processo de re-significação da velhice (BRASIL, 2010). E, para efetivar estas conquistas em 2006 foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, através da portaria 2.528 GM/2006, cuja finalidade primordial é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, através de medidas coletivas e individuais, em consonância com os princípios e diretrizes do SUS. É alvo dessa política todo cidadão e cidadã brasileiro com 60 anos ou mais de idade (BRASIL, 2006).

A qualidade de vida (QV) do idoso pode ser descrita em termos de capacidade funcional, independência e do seu envolvimento em atividades diárias (VITORINO, PASKULIN, VIANNA, 2012). Segundo a OMS apud Cruz (2010) é a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Isso se traduz na manutenção de uma boa auto-estima, ao bem-estar pessoal, equilíbrio emocional, auto-cuidado, interação social e adaptação ao ambiente em que se vive.

Todavia nem todo idoso termina seus dias em seu lar de origem, com seus familiares e rodeado de seus objetos que trazem suas histórias, e desta realidade surgiram os abrigos, que muitas das vezes não oferecem condições propícias de funcionamento, e para minimizar este problema a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005, aprovou o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, para qualificar a prestação de serviços públicos e privados destas instituições, como forma de prevenir e reduzir os riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes.

A institucionalização de idosos acelera as perdas funcionais já que os mesmos são submetidos às rotinas estabelecidas e perdem seus direitos de expressar desejos e deveres. Apesar disso muitos apresentam uma boa aceitação asilar considerando os colegas como "família". Em contrapartida há aqueles que relatam à convivência asilar como "depósito de velhos", pois muitas vezes são levados aos asilos à revelia com falsas promessas de retorno para casa, fazendo-os perderem sua independência e o contato com familiares, amigos , vizinhos e com o meio social (PAVAN et al., 2008).

Destaca-se que, na existência da necessidade de um abrigo, além de um teto, é necessário uma prestação de serviço que conduza o idoso a desenvolver seus dias com QV. Na ciência de que nem todo idoso termina seus dias com a família, e que os abrigos não oferecem atividades básicas como: consultas, atividades físicas e recreativas, dinâmicas, entre outras, foi desenvolvido o projeto de extensão *promoção da qualidade de vida do idoso institucionalizado* por docente e discentes da Universidade Federal de Campina Grande, com o objetivo propiciar a melhoria da QV dos idosos institucionalizados e avaliar as mudanças ocorridas no bem estar dos idosos a partir das práticas desenvolvidas.

Para alcançar tais objetivos utilizou-se da realização atividades educativas multiprofissionais como dinâmicas, recreações, momento religioso, leituras, recordes, desenhos, pinturas, momento de beleza e atividades específicas para prevenção de certas patologias: verificação de pressão, cuidados com a pele, exame físico, mudança de decúbito, curativos, massagens e outras que se faziam necessário.
Esse relato objetiva descrever o impacto na formação acadêmica profissional dos atores envolvidos.

Metodologia

Trata-se de um relato de experiência das atividades desenvolvidas no Probex/UFCG/CFP/UACV, para o qual se utilizou um trabalho de cunho epidemiológico, ecológico, no Abrigo Luca Zorn, município de Cajazeiras, no período de maio a dezembro de 2012, atendendo aos 17 idosos abrigados. Para atender as necessidades dos idosos o abrigo conta com 12 funcionários , sendo um para limpeza; quatro Técnicos de Enfermagem; uma Enfermeira; dois cuidadores; uma lavadeira; uma passadeira: duas cozinheiras e uma assistente. O abrigo é gerido por uma diretora administrativa.
Adotou-se pesquisa-ação com atividades direcionadas aos idosos, de modo que pudessem ser valorizadas suas habilidades motoras e cognitivas, e promovessem a sociabilização, o lazer, a criatividade e a coordenação motora. Além destas também foi lançado mão da leitura de estórias infantis e o incentivo para os idosos contarem aquelas que sabiam. Eram realizados três momentos semanais no abrigo com os idosos e um encontro com a equipe para avaliação das atividades e programação de outras.
Para o acompanhamento dos idosos foi implantada a ficha de enfermagem, na qual era registrado o exame físico e a evolução de cada um, bem como o levantamento de suas necessidades a partir do qual se planejava novas atividades.
Para a análise dos dados adotou-se o método quantitativo para o perfil dos idosos e o qualitativo com a análise das narrativas para avaliação do impacto sobre os membros do projeto.

Resultados e Discussão

O grupo de idosos estava constituído de 82,3%(14) mulheres e 27,75(3) homens, com uma média de idade de 78,1 anos, onde o mais velho tinha 92 anos e o mais novo 65 anos, 5,9%(1) graduado, 29,4% (5) ensino fundamental e 64,7%(11) analfabetos. De acordo com sua condição física estavam distribuídos em: 5,5% (1) restrito ao leito; 29,4% (5) acamados que vão para o pátio e ficam em cadeiras em decúbito semi-dorsal; 64,7% (11) nove não acamados 45,4 (5) são cegos e 18,2%(2) se locomovem com ajuda, e por isso eram mais limitados. No tocante ao quadro de saúde 17,6% (3) eram diabéticos/hipertensos, 11,8% (2) hipertensos, 17,6% (3) portadores do mal de Alzheimer e 11,8% (2) sequelados de Acidente vascular encefálico. Ao final do projeto só totalizavam 15 decorrente do falecimento de 02.
Com as atividades realizadas foi possível observar como os idosos cresceram socialmente, pois os mesmos, mesmo apresentado alguma limitação física, se engajaram naquelas que mais se adequava a sua condição, uma vez que as mesmas tinham como propósito estimular os sentidos, melhorar a mobilidade articular, resistência, a velocidade de reação, exercitar a memória, melhorar o padrão respiratório e a auto-estima, promovendo uma melhor coordenação, equilíbrio, além de uma série de alongamentos, e momentos de relaxamento.
O convívio com os idosos e o desenvolvimento das atividades fez o grupo crescer como um todo. Conforme as falas expostas:
"Isso transformou minha visão sobre o que é trabalhar com idosos ... uma vez que pude perceber que ser enfermeiro cuidador de idosos não é só ter a capacidade de administrar medicação ... o principal é aprender a ouvir e conversar com os idosos. Essas ações, em alguns casos, se tornam tão importantes quanto um medicamento (voluntária Acadêmica de enfermagem)."
" trabalhar com idosos ... trabalhar com idosos é reaprender o sentido da vida... ver onde podemos agir melhor.... o que fazer para nos melhorar e melhorar a sociedade... (voluntária Acadêmica de Serviço Social)."

Essa fala demonstra o quanto o projeto contribuiu para o crescimento profissional e pessoal dos alunos. Lima; Lima; Ribeiro (2010) afirmam que estudos dessa natureza além de trazer para o meio acadêmico as discussões que permeiam as políticas públicas de atenção aos idosos, servem para preencher a lacuna deixada pelo poder público e a sociedade, que não tem se apresentados aptos para dar uma resposta efetiva ao idoso institucionalizado.
As atividades motoras que tiveram mais aceitação por parte dos idosos foi a de lançar a bola no cesto, que de foi adaptada, utilizando-se um balde onde os mesmos faziam cesta, pois desta forma eram respeitadas as condições de quem não podia ficar de pé, ou que não tinha um bom equilíbrio. Para os acamados com déficit motor, foi realizada atividade com bolinhas de plásticos, nas quais eles faziam pressão manual, tonificando os músculos da mão e antebraço.
"movimentar, pegar, tocar... ser capaz... ajudar a quem já não pode nos torna profissionais mais completos"(Voluntário - Acadêmico de fisioterapia).
"Trabalhar com outros profissionais foi uma experiência marcante , pois permite a troca de saberes" (Acadêmica de enfermagem).
A realização de atividades motoras/recreativas influenciam na QV desses idosos, e quanto mais atividades praticarem, mais aumenta o nível dessa qualidade. Lima; Lima; Ribeiro (2010) afirmam que essas atividades tornam-se uma ferramenta importante na ocupação do tempo ocioso dos idosos e na interação entre eles.
No aporte motricidade e criatividade, foram realizadas atividades de recorte e colagem, bem como desenhos e pinturas a mão livre, onde por meio delas buscava-se que o idoso expressassem seus sentimentos e desejos, situando-se na sua realidade cotidiana. Os depoimento expressam como essas ações são necessárias para um envelhecimento com qualidade, tanto para si como para o outro, no qual o projeto serve como um instrumento de capacitação profissional:
"aprendi que o envelhecimento é natural e saudável, desde que a atenção necessária seja assegurada pelos cuidadores do público alvo, e que esta possa proporcionar melhores condições de vida, fazendo-os vivenciar seus dias com mais qualidade" (Acadêmica de enfermagem).
"A adaptação do ambiente, a capacitação de cuidadores, a inserção de uma equipe multidisciplinar são requisitos essenciais para uma assistência digna aos idosos ... trabalhar com idosos fortalece ainda mais as nossas práticas de vigilância em saúde (inspetor sanitário).
" trabalhar com idoso só requer um pouco mais de atenção ... e dedicar mais amor e zelo nos seus atos (voluntária Acadêmica de serviço social).
Esse vivenciar possui forte implicação na prática profissional da saúde, pois subsidia o cuidado com qualidade, já que a capacitação dos envolvidos com os idosos institucionalizados conduz ao desenvolvimento de estratégias, que proporcionam a adaptação, ajustamento e manutenção da QV em geral (VITORINO, PASKULIN..., 2012).

Afastados do convívio social, a realização de eventos festivos no abrigo proporcionou para os mesmos um momento de sociabilização, a exemplo do São João, com café da manhã junino, contendo comidas típicas adaptadas a realidade clínica dos mesmos, além de músicas e danças regionais, e da comemoração natalina. A importância desta atividade se espelha nos depoimentos:
"Notei que os idosos ficam mais ativos depois das festinhas.... se sentem mais valorizados... um até disse que se sente mais gente... e custa tão pouco" (Acadêmico de enfermagem).

“ Percebe-se que cuidar não é só tratar do corpo, mas também da alma... É sermos família...” (voluntária Acadêmica de serviço social).

A partir do levantamento das suas necessidades, realizado a partir da implantação da ficha de anamnese e exame físico, foi detectado que os idosos estavam com a pele ressecada e desidratada, o que estimulou a implantação do dia de beleza, com oferta de cuidados com a pele, unhas e cabelos. Os benefícios vão além dos ofertados aos idosos, como é expresso no depoimento do membro do projeto:

“O desenvolvimento do projeto ainda nos levou a aprender a avaliar as necessidades individuais, a mostrar interesse, atenção, cuidado e acolhimento com o idoso” (Acadêmica de enfermagem).

“ Pode-se perceber que a instituição acolhe principalmente idosos que já não possuem família ou que foram abandonados pela mesma, ou seja aqueles que foram excluídos do convívio familiar e que necessitavam de uma nova família para o amparar... nós nos tornamos um pouco família deles” (Acadêmica de serviço social).

Outro momento importante foi as reuniões ocorridas entre coordenador e membros do projeto, que propiciou um crescimento mútuo, com feedback positivo, onde o processo ensino/aprendizagem se fortaleceu, com cada membro aprendendo a aprender.

Conclusão

O envelhecimento é uma fase da vida que ninguém deixa de passar por ela, a não ser que a vida seja ceifada precocemente, e ela chega trazendo para o idoso diversas fragilidades, que estão retratadas na motricidade, na cognitividade e na memória, e por isso ele deve ser alvo de ações que promovam uma melhor QV.

As políticas públicas trazem nas suas diretrizes o direito a saúde, ao lazer, aos cuidados, enfim a um envelhecimento saudável, porém a sociedade que deveria promover o acolhimento deste grupo, na maioria da vezes é a primeira que o deixa excluído. Atrelado a isso estão os familiares, que envolvidos nas suas atividades cotidianas e nos seus interesses individuais, passam a ver o idoso como um estorvo, alguém que tira o direito deles viverem suas vidas, uma vez que são pessoas de certo grau de dependência.

Em função desta realidade, muitos idosos acabam seus dias em instituições, que mantêm uma estrutura física adequada para recebê-los, mas não mantêm um contingente de funcionários necessários para ofertar aos idosos uma assistência que vá além das necessidades de alimentação, de higiene e de abrigo, fazendo com que a lacuna afetiva seja mantida.

Os resultados do projeto são palpáveis, pois, transformou o pensar, o fazer e o sentir dos envolvidos. Construiu uma nova concepção sobre assistência e incorporou os valores de uma ação multidisciplinar. Foi notável a melhoria da QV dos idosos em função do projeto uma vez que eles se apresentavam mais acolhedores as ações propostas e mostravam maior afetividade com a equipe, fazendo com que idosos, anteriormente reclusos, resolvessem sair do seu mundo, restrito a quatro paredes, seu quarto, e começassem uma nova vida partilhada com seus pares.

Outro ponto de destaque foi a valorização dos membros do projeto sobre o processo de envelhecer, quando passaram a ver nas rugas, marcas de beleza, símbolo das experiências de vida. Esse projeto deve ter continuidade, pois além de oferecer uma melhor QV, propicia uma formação mais humanística, onde o cuidar, o aprender e o ser adotam dimensões inseparáveis.

Referências

BARROS JÚNIOR, J.C (org.). **Empreendedorismo, Trabalho e Qualidade de Vida na Terceira Idade**. 1.ed - São Paulo: Editora Edicon, 2009, 500 p.

BRASIL.. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.44 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12)

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de Outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006.

CRUZ, L.N. Medidas de qualidade de vida e utilidade em uma amostra da população de Porto Alegre. Tese [Doutorado]. 269p. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de medicina.Programa de pós-graduação em epidemiologia. Porto Alegre, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Tábuas completas de mortalidade por sexo e idade Brasil 2012 - Breve análise da mortalidade no período 2011-2012.** IBGE: Rio de Janeiro, 2013.

_____. Comunicação Social, 27 de novembro de 2008. Disponível em http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=1272

LIMA, D.L.; LIMA, M.A.V.D.; RIBEIRO, C.G. Envelhecimento e qualidade de vida de idosos Institucionalizados. **RBCEH.** Passo Fundo, v. 7, n. 3, p. 346-356, set./dez. 2010

PAVAN, F.J.; MENEGHEL,S.N.; JUNGES, J.R.; Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24 (9). 2187-2190, setembro, 2008.

VITORINO, L.M.; VIANNA, L.A.C.; PASKULIN, L.M.G. Qualidade de vida de idosos em instituição de longa permanência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem. V.20, n.6,** [09 telas], nov./dez. 2012

Agradecimentos

Agradecemos aos idosos, funcionários do abrigo e a Universidade Federal de Campina Grande por ter acolhido o nosso projeto e possibilitado a sua efetivação. E a todos os membros do projeto por sua dedicação e força de vontade em seguir em frente.

CUIDAR, ENSINAR, TRANSMITIR: OSTEOPOROSE E PROMOÇÃO DE SAÚDE NO GRUPO DE IDOSOS LONGA VIDA

Ana Caroline Lira Bezerra- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); ana.caroline_bezerra@hotmail.com
Rayann Branco dos Santos- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Jocielma dos Santos de Mesquita- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Davi Rodrigues de Souza- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Raíssa Mont'Alverne Barreto- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)
Átila Maria Albuquerque Machado (Orientador) – Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: Promoção da Saúde. Osteoporose. Saúde do Idoso.

Resumo

O Objetivo deste estudo foi realizar atividades de promoção da saúde acerca da osteoporose, com mulheres frequentadoras de um grupo de idosas em uma Unidade de Saúde da Família (UFS) do município de Sobral-CE. Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. Os sujeitos da ação foram 24 mulheres pertencentes ao grupo Longa Vida, com idade entre 60 a 80 anos. O encontro desenvolvido foi uma ação educativa que abordou a temática Osteoporose, dividida em oito momentos distintos que instigaram o questionamento de dúvidas, opiniões e troca de experiência do grupo com a equipe realizadora da ação. Procurou-se transmitir informações acerca da osteoporose por meio de momentos dinâmicos com músicas, peça teatral, atividades físicas e brincadeiras a fim de atrair o interesse dos participantes. Por ser uma metodologia didática foi possível obter maior interação e envolvimento do grupo, que aprendiam brincando e se divertindo. O clima de satisfação foi contagiante. Percebeu-se assim, que promover saúde vai muito além da estrutura física e assistencial das unidades básicas de saúde. É preciso ir ao encontro, buscar formas que sejam prazerosas e de fácil apreensão por meio de metodologias ativas e dinâmicas. E isso foi possível ser executado na ação com o grupo de idosos Longa Vida, em que conhecer e aprender sobre saúde se deu de forma simples e espontânea, permitindo que o encontro ocorresse de forma agradável, com mútua troca de conhecimentos e experiências de vida.

Introdução

As inúmeras formas de aplicações das atividades grupais e seus benefícios mostram a necessidade e importância destas para a promoção de saúde. Na Enfermagem, esta prática é muito utilizada na Saúde Pública, no âmbito hospitalar e em ambulatórios, o que a torna atualmente difundida e satisfatória (SIMÕES & STIPP, 2006).

No que se refere à Estratégia Saúde da Família (ESF) os processos grupais abarcam atividades em grupo com a finalidade de proporcionar suporte aos clientes em períodos de mudanças, tratamento ou crises e de oferecer auxílio para adaptação a comportamentos mais saudáveis. Para isso, os mediadores utilizam-se do compartilhamento de experiências entre os clientes que vivenciam situações semelhantes e as expõem nas atividades grupais como meio de prevenir doenças e promover saúde (ROCHA *et al.*, 2010).

Nesse contexto, destacam-se as atividades em grupo enquanto espaços educativos para a promoção de saúde e desenvolvimento humano da pessoa idosa. Assim, o idoso pode relacionar-se consigo mesmo, com os outros e com o mundo, possibilitando, simultaneamente transformá-los. Tais atividades, além disso, visam a superar práticas educativas pautadas exclusivamente nas doenças, com vistas às orientações centradas nos profissionais para o comportamento individual e o autocuidado (ASSIS *et al*., 2007).

São várias as doenças as quais a população idosa está exposta, porém entre as mulheres salienta-se a osteoporose. Esta é uma doença sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e deterioração da micro arquitetura do tecido ósseo, levando à fragilidade mecânica e consequente predisposição a fraturas com trauma. A doença é considerada uma importante questão de saúde pública mundial devido a sua alta prevalência, em função dos seus efeitos devastadores na saúde física e psicossocial, com grandes prejuízos financeiros. Causa invalidez pelas deformidades e incapacidades dos indivíduos afetados e, além de ter demorado tratamento das fraturas (CARVALHO, FONSCECA & PEDROSA, 2004).

Logo, este estudo justifica-se pela necessidade de conhecimento sobre osteoporose que foi visualizado em um grupo de idosas que se reúnem duas vezes por semana, na cidade de Sobral-Ce. Muitas das participantes de tal grupo já haviam sido diagnosticadas com a doença, todavia, não entendiam muito bem como esta acontecia e se manifestava. Percebeu-se também a importância do compartilhamento de experiência entre as que já estavam doentes com as que estavam saudáveis. Outro fator importante observado foi a prevenção de agravos para as mulheres e promoção de saúde para evitar a osteoporose. Em decorrência disso fez-se necessário a aplicação da estratégia grupal com o objetivo de promover a saúde de mulheres frequentadoras de um grupo de idosas na cidade de Sobral acerca da osteoporose.

Metodologia

Trata-se de um estudo de natureza exploratório-descritiva com abordagem qualitativa do tipo relato de experiência. A abordagem grupal utilizada foi a operativa.

Segundo Minayo (2010) uma pesquisa qualitativa se ocupa, nas ciências com um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes.Já a pesquisa exploratória tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a tomá-lo mais explícito ou a constituir hipóteses. Por outo lado, a pesquisa descritiva tem como objetivo primordial à descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2010).A abordagem grupal operativa se caracteriza por estar centrada, de forma explícita, em uma tarefa que pode ser o aprendizado, a cura, o diagnóstico de dificuldades, visualizadas no grupo ao ser feita a ação (SIMÕES & STIPP, 2006).

A ação foi desenvolvida por acadêmicos de enfermagem em uma Igreja Católica localizada próxima a Secretaria de Saúde de Sobral. Neste ambiente são realizadas algumas atividades do grupo, principalmente as reuniões quando não se está realizando as atividades físicas.

Os sujeitos da ação foram um grupo de idosas pertencentes ao grupo Longa Vida com idade entre 50 a 80 anos. Esse grupo é vinculado ao Centro de Saúde da Família Centro. O grupo conta com uma média de 30 membros, sendo que no dia da ação estavam presentes 15 integrantes. O principal objetivo desse grupo que é coordenado por uma enfermeira, por um agente de agente de saúde comunitário e por uma educadora física, é a realização de atividades físicas semanais, todas as terças e quintas para melhor qualidade de vida dos participantes.

Resultados e Discussão

O primeiro contato com o grupo de idosos se deu em uma manhã de atividades físicas realizadas em um galpão próximo a prefeitura municipal de Sobral. Estava presentes cerca de 20 pessoas que seguiam as atividades propostas pela educadora física. O momento foi oportuno para conhecer o perfil dos participantes, a dinâmica do grupo e as possíveis necessidades por eles apresentadas.

O contato inicial se deu primeiramente por meio da observação. Desta forma, pudemos analisar a participação das pessoas que ali estavam, à dedicação nas atividades e as dificuldades presentes. Posteriormente, interagimos com o grupo nas atividades desenvolvidas neste dia: exercícios de alongamento, danças, relaxamento, entre outras. Isso com certeza permitiu ao longo dos exercícios uma maior aproximação entre acadêmicos, coordenadores e participantes do grupo.

Após as atividades, no final do encontro foi possível uma conversa sucinta com o grupo. Foi aí, que nos apresentamos e dialogamos a respeito de dúvidas e necessidades que gostariam de aprender em encontros posteriores. Após esta conversa, chegou-se a conclusão de que o grupo gostaria de aprender mais sobre osteoporose.

A partir do tema proposto pelo grupo de idosos, ficamos durante o restante da semana, planejando e estudando a melhor forma de conduzir o grupo no dia da intervenção. Tudo foi preparado da melhor forma possível e com muito entusiasmo, já que o grupo nos cativou bastante. O encontro desenvolvido foi uma ação educativa que abordou a temática Osteoporose. Estavam presentes no dia o coordenador do grupo, a educadora física e 15 integrantes idosos do CSF Centro. A ação foi dividida em oito momentos distintos que instigaram o questionamento de dúvidas, opiniões e troca de experiência do grupo com a equipe realizadora da ação.

No primeiro momento houve mais uma vez a identificação dos acadêmicos e uma apresentação geral do que iríamos abordar no encontro. Foi realizada uma animação pelos acadêmicos por meio da paródia “Ossos sem fraturas para não enfraquecer”. Ensinamos os participantes a cantar com a gente, pois a letra era bem simples e a melodia fácil de aprender. A paródia tratava de uma alimentação saudável para não adoecer e para não enfraquecer os ossos. Houve grande animação, pois o grupo cantava e dançava junto. Muitos diziam ter adorado a letra da paródia e que a mesma ensinava muito, mesmo sendo por meio de música. Em seguida, por meio de uma encenação teatral, tentamos demonstrar uma situação em que uma “vovó” procura o médico pra saber o que significava osteoporose nos resultados dos seus exames. A partir daí, já pudemos explanar bem o assunto, uma vez que o *“Sr. Dr.”* explicava a vovó o que era a doença e como tratá-la. Foi um momento bem dinâmico que chamou a atenção dos integrantes do grupo e que inclusive lhes abriu novos conhecimentos e questionamentos. Posteriormente, foi realizada a Roda de Conversa: Conversando sobre Osteoporose. Na roda de conversa, primeiramente, foi feita uma discussão acerca da dramatização realizada pelos acadêmicos. Perguntamos o que eles acharam e fizemos algumas perguntas relacionadas à cena. O grupo nos surpreendeu com as respostas, perguntas e também com os elogios. Após isso, nos aprofundamos no assunto abordando as seguintes temáticas: Definição de osteoporose e seus tipos; Fatores de risco; Diagnóstico da osteoporose; Prevenção e tratamento; e Prevenção de quedas. A roda de conversas foi um momento de aprendizado mútuo. O grupo participou ativamente. Este momento foi muito agradável, já que não eram apenas os acadêmicos que explanavam o assunto, e sim a inserção de todos em uma conversa informal. Destaca-se então, a troca de experiências e a oportunidade ímpar de aprendizado.

Após este momento trouxemos as dicas de posturas para as atividades diárias. Aqui apresentamos medidas simples que podem ser praticadas nas atividades do dia-a-dia para ajudar na manutenção da massa óssea e melhor qualidade de vida, alertando o quanto as posturas inadequadas podem trazer complicações graves para os ossos e a coluna. Resolveu-se apresenta-las porque as sugestões de postura podem ser adotadas durante as atividades do cotidiano como a lavagem de roupa, louças, passar roupas, varrer a casa, vestir-se ou calçar-se. Este foi um momento diferente, bem dinâmico. Surgiram gargalhadas e as participantes tentavam fazer junto com os acadêmicos as posições sugeridas. O encontro prosseguiu-se com um momento destinado a prática de exercícios e atividades físicas. Íamos propondo movimentos e atividades, ao mesmo tempo em que o grupo nos acompanhava. Os exercícios eram feitos com muita satisfação e boa vontade, até porque o grupo já tinha o costume de realizar atividades físicas.

Ao fim do encontro, propusemos um momento de avaliação da ação em que o grupo teve a oportunidade de dizer o que achou do encontro: se gostou ou não, se deu pra aprender algo, se foram superadas as expectativas. Sugerimos assim por meio de uma brincadeira conhecida por teia do conhecimento, fazer esta avaliação. Surpreendemo-nos e ficamos muito gratos com o que ouvimos dos participantes. Eles nos elogiaram, agradeceram pelo momento e chegaram até mesmo a pedir nossa participação mais vezes ao grupo, assim como os coordenadores do grupo que se mostraram bastante satisfeitos com nossa apresentação.

Após a realização da avaliação pela teia do conhecimento foi realizado o momento do lanche. Foram oferecidos diversos tipos de alimentos nutritivos e importantes para a aquisição de cálcio e outros nutrientes. Depois do lanche foram feitos os agradecimentos finais e a despedida dos acadêmicos ao grupo de idosos e seus coordenadores, finalizando-se a ação.

Dessa forma, a ação realizada no grupo de idosos do CSF Centro foi muito gratificante. Sentimo-nos bem acolhidos, valorizados, respeitados. A participação, o envolvimento, a interação das pessoas, nos fez ver realmente a importância de se trabalhar em grupo para promover saúde, repassar conhecimentos e aprender também. Percebeu-se assim, que promover saúde vai muito além da estrutura física e assistencial das unidades básicas de saúde. É preciso ir além, ir ao encontro, buscar formas que sejam prazerosas e de fácil apreensão por meio de metodologias ativas e dinâmicas. E isso foi possível ser executado na ação com o grupo de idosos Longa Vida, em que conhecer, entender e aprender sobre saúde se deu de forma simples, espontânea e satisfatória.

Conclusão

Observamos, de forma gratificante, um interesse e receptividade pelos membros do grupo, participando de forma ativa por meio de perguntas, solicitações, e sugestões, especialmente quanto ao atendimento muitas vezes desumanizado de muitos profissionais de saúde. Isso permitiu que o encontro ocorresse de forma agradável e acolhedora, com uma mútua troca de conhecimentos e experiências de vida, que podem ser inseridos no cotidiano dos participantes do grupo possibilitando uma melhor qualidade de vida para os mesmos, além do fator emocional positivo envolvido na relação entre os membros.

Contamos com o importante auxílio do agente comunitário, o qual intermediou o contato inicial com participantes do grupo facilitando a relação de confiança estabelecida com os mesmos. Além disso, juntamente com ele realizamos um planejamento que atendesse as expectativas do grupo de idosos.

A experiência e o conhecimento teórico sobre atividades grupais e sua coordenação, a disponibilidade de tempo para planejamento, execução de atividades e encontros que permitam o estabelecimento de um maior vínculo e confiança entre todos participantes, uma boa relação entre os organizadores da atividade grupal com troca de ideias e realização de ações que despertam o interesse e a atenção dos membros, bem como encontros iniciais para conhecimento sobre os interesses e necessidades dos membros do grupo, são fatores potencializadores do trabalho grupal.

Apesar de nossa inexperiência na realização de ações grupais e do exíguo tempo existente para o planejamento e execução da atividade grupal, limitando a realização de apenas dois encontros, sendo o primeiro apenas prospectivo para conhecimento das reais necessidades do grupo e outro principal, avaliamos como positiva toda a ação, pois nos permitiu adquirir conhecimento por meio de uma inserção teórica na literatura relativa a coordenação e trabalhos grupais, e especialmente o contato com todos os participantes e a aquisição de uma experiência enriquecedora, fundamental para nosso aprimoramento no assunto e implementação em futuras atividades com grupo. Certamente com a experiência desta ação poderemos obter resultados ainda mais satisfatórios nas próximos encontros de promoção de saúde.

Referências

ALVAREZ, A. M. GONCALVES, L. H. T.**Enfermagem e o cuidado ao idoso no domicilio**. *Rev. bras. enferm.*[online]. 2012, vol.65, n.5, pp. 715-716. ISSN 0034-7167. Disponível em http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672012000500001 Acesso em: 21 de Novembro de 2013.

ASSIS, M., P. *et al.***Ações educativas em promoção da saúde no envelhecimento: A experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ**. *O mundo da saúde, 31*(3), 438-447, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000121&pid=S0102718220100003000160006&lng=en> Acesso em 21 de Novembro de 2013.
CARVALHO, C. M. R. G. FONSECA, C. C. C. PEDROSA, J. I.**Educação para a saúde em osteoporose com idosos de um programa universitário: repercussões**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.3, pp. 719-726. ISSN 0102-311X. Disponível em <*www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/08.pdf*> Acesso em: 21 de Novembro de 2013.
GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ROCHA, L. P. et al. **Processos grupais na estratégia saúde da família: um estudo a partir da percepção das enfermeiras**; Revista enfermagem UERJ. V18, n. 2, p. 210-215. 2010. Disponível em <www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a08.pdf> Acesso em 21 de Novembro de 2013.

RUWER, S. L. ROSSI, A. G. SIMON, L. F.**Equilíbrio no idoso**. *Rev. Bras. Otorrinolaringol.* 2005, vol.71, n.3, pp. 298-303. Disponível em <*www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-72992005000300006&script...*> Acesso em: 21 de Novembro de 2013.

Agradecimentos

À Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA) pelo incentivo em levar para fora do âmbito da universidade os conhecimentos até então adquiridos e pela confiança depositada em nós enquanto acadêmicos.
Ao grupo de idosos Longa Vida do município de Sobral-Ce pela receptividade, confiança e envolvimento.

CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES DA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Gracyelle Alves Remigio Moreira (apresentador) - Universidade de Fortaleza - gracyremigio@gmail.com

Ludmila Fontenele Cavalcanti - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza
Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Violência sexual. Mulher. Atenção em saúde. Gestores.

Resumo

A violência sexual contra a mulher, entendida uma das expressões da violência de gênero e uma das formas de violação dos direitos humanos, vem requerendo a criação de novos marcos legais e a implementação de políticas públicas para o seu enfrentamento. O processo decisório acerca da intervenção específica em saúde é afetado por múltiplos fatores inclusive pelo modo como uma determinada questão é transformada em problema de saúde pelos gestores. Esse estudo, de abordagem quantitativa, buscou analisar comparativamente a caracterização dos gestores inseridos nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual em onze serviços de saúde referências para atenção às mulheres em situação de violência sexual, no Município do Rio de Janeiro e nove em Fortaleza. Foram entrevistados 15 gestores em Fortaleza e 19 no Rio de Janeiro responsáveis pela direção da unidade e pelas coordenações relacionadas a esse tipo de atendimento. A experiência e qualificação profissional dos gestores, bem como a inclusão diversificada de categorias profissionais são características positivas para a gestão responsável pela organização do cuidado em saúde nas unidades estudadas, no entanto, a fragilidade da qualificação profissional decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação dos gestores coloca para a instância municipal desafios relacionados com a oferta de capacitações e com o monitoramento das ações. A caracterização desses gestores é determinada pelas possibilidades de exercício na gestão hospitalar em cada contexto e pela trajetória diferenciada dos municípios pesquisados na implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

Introdução

A violência sexual contra a mulher, uma das expressões da violência de gênero, é relevante na sociedade, tanto pela sua alta incidência como pelo seu impacto na saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2002; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, FRANÇA JUNIOR, 2008).

A violência sexual contra a mulher é uma das formas de violação dos direitos humanos, principalmente no que concerne à segurança pessoal, à saúde, à vida e à não descriminação. O reconhecimento da violência sexual contra a mulher como questão de interesse público, que requer o envolvimento de toda a sociedade para reduzir a sua incidência, tem possibilitado, especialmente na última década, a criação de novos marcos legais e a implementação de políticas públicas coordenadas envolvendo estados e municípios no seu enfrentamento (CONTRERAS *et al*., 2010).

A atenção da saúde pública voltada para esse tipo de violência está relacionada, por um lado, às consequências que este fenômeno acarreta à saúde da mulher, implicando em respostas mais imediatas no âmbito dos serviços (assistência pré-hospitalar, serviços de emergência e reabilitação) capazes de romper com o ciclo de violência; e, por outro, ao alto potencial preventivo das ações de saúde dirigidas para a igualdade de gênero (promoção da saúde e cultura da paz).

Como parte de um processo internacional e nacional mais amplo no campo dos direitos humanos e da saúde pública, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) está atuando no enfrentamento à violência contra a mulher tendo por base a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011), estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2003). Nesse processo, destaca-se a construção da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, editada em 1999, e constantemente revisada, que buscou organizar a atenção nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2010). A Norma Técnica vem sendo traduzida para os serviços de saúde sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às vítimas de violência sexual.

A incorporação da perspectiva de gênero na gestão governamental das políticas públicas objetivando garantir os direitos de cidadania ainda ocorre de maneira tímida e esporádica nos serviços de saúde. O processo decisório acerca da intervenção específica em saúde é afetado por múltiplos fatores inclusive pelo modo como uma determinada questão é transformada em problema de saúde pelos gestores (PORTO *et al*., 2003). Nesse sentido, compreender quem são os gestores de saúde das unidades de referência para a atenção às mulheres em situação de violência sexual contribui para a análise acerca da implementação da política de saúde nesta área, além de apontar caminhos para o processo de formação/capacitação dos gestores.

Metodologia

Esse estudo exploratório de abordagem quantitativa (MINAYO *et al*., 2005) integra uma pesquisa multicêntrica que buscou analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras. O universo da pesquisa correspondeu aos 11 serviços de saúde referências para atenção às mulheres em situação de violência sexual, no Município do Rio de Janeiro (RJ) e nove em Fortaleza (CE).

Neste estudo buscou-se analisar comparativamente a caracterização dos gestores inseridos nestes serviços, responsáveis pela direção da unidade e pelas coordenações relacionadas a esse tipo de atendimento. A coleta foi realizada no período de maio de 2013 a dezembro de 2014

através de entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro. A seleção dos participantes foi baseada na diversidade e no acesso, totalizando 19 gestores no Rio de Janeiro e 15 em Fortaleza.

Os dados foram analisados de forma descritiva, considerando-se os seguintes domínios analíticos: sociodemográfico, formação profissional e inserção institucional.

O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob o Parecer nº 45A/2013 em cumprimento à Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados da caracterização dos gestores da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual estão descritos na tabela abaixo.

Tabela. Caracterização dos gestores da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fortaleza, CE e Rio de Janeiro, RJ. 2013.

Variáveis	**Fortaleza (N = 15)**	**Rio de Janeiro (N = 19)**
	Nº	**Nº**
Sexo		
Masculino	08	07
Feminino	07	12
Idade		
35 a 39 anos	-	02
40 a 44 anos	03	03
45 a 49 anos	03	-
50 a 54 anos	05	08
55 a 59 anos	04	03
Acima de 60 anos	-	02
Sem informação	-	01
Naturalidade (Estado)		

Ceará	14	-
Piauí	01	-
Rio de Janeiro	-	14
Espírito Santo	-	01
Minas Gerais	-	01
Pernambuco	-	01
Rio Grande do Sul	-	01
Amazonas	-	01
Situação conjugal		
Unido(a)	11	15
Não unido(a)	04	04
Orientação religiosa		
Católico(a)	11	15
Agnóstico(a)	01	-
Espírita	01	02
Evangélico	-	01
Nenhuma	01	01
Sem informação	01	-
Profissão*		

Médico(a)	09	11
Enfermeiro(a)	03	06
Assistente Social	02	-
Farmacêutico(a)	01	-
Advogado(a)	01	-
Cirurgião-dentista	-	01
Administrador(a) Hospitalar	01	01
Instituição do curso de graduação*		
Pública	13	11
Privada	03	08
Tempo de formado*		
< 5 anos	01	-
5 a 10 anos	-	01
11 a 20 anos	04	03
a 25 anos	03	03
> 25 anos	08	12
Pós-graduação		
Sim	14	18
Não	01	01

* Admite resposta múltipla.

No Rio de Janeiro observa-se que a maioria dos gestores são do sexo feminino, o que pode indicar que neste município vem ocorrendo uma mudança de postura nos serviços públicos de saúde municipal, não somente em relação aqueles voltados para a assistência à mulher, mas também em hospitais gerais.

Tanto no Rio quanto em Fortaleza a maioria dos gestores concentra-se na faixa etária entre 50 e 54 anos. A necessidade de experiência no âmbito dos serviços faz com que os gestores concentrem-se numa faixa mais alta de idade, especialmente quando se constata a correspondência com o tempo de formado e, portanto, a mais oportunidades de capacitação em serviço.

A maioria dos gestores nos dois subgrupos é natural do Rio de Janeiro e do Ceará. Isso pode ser explicado pela proximidade entre local de nascimento e a oferta de concursos públicos municipais, além da disponibilidade de cargos de gestão na área de saúde. Quanto aos gestores que não são naturais dos respectivos estados, observa-se no caso do Rio de Janeiro que são naturais de outros estados em outras regiões do país, enquanto no Ceará são naturais de municípios do próprio Estado.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a classificação unido(a) (casamento formal e união estável) e não unido(a) por retratá-la mais fielmente. A maioria dos gestores de ambos os municípios pode ser considerada unida. Essa condição, assim como a socialização em determinado modelo de família a partir da idade dos entrevistados faz parte do contexto interno de experiências anteriores que vai interferir nas representações sociais sobre violência sexual.

Quanto à orientação religiosa, foi possível observar que a maioria dos gestores dos dois municípios se declarou católica. Apesar dessa predominância, outras religiões vêm ganhando espaço nas orientações religiosas, podendo também interferir nas percepções dos entrevistados acerca do fenômeno da violência sexual.

Apesar de a formação médica predominar nos dois grupos, observa-se que no Rio de Janeiro a segunda formação predominante é a Enfermagem, enquanto em Fortaleza há uma maior participação de outras formações da área da saúde como Serviço Social e Farmácia. Chama atenção a participação de profissional do Direito em Fortaleza e da Odontologia no Rio de Janeiro. Para além do quantitativo da categoria médica, a inserção de outros profissionais na gestão pode permitir uma visão ampliada da gestão dos serviços de referência.

A maioria nos dois subgrupos foi formada em universidades públicas, sendo que no Rio de Janeiro a participação das universidades privadas é maior que em Fortaleza. Isso pode ter relação com o fato de os municípios analisados disporem de um número diferenciado de instituições públicas de ensino superior em seus municípios. Outro fator pode ser a dificuldade de acesso às instituições públicas de ensino.

A maioria dos dois subgrupos possui mais de 25 anos de formado e realizou especialização, o que pode estar associado ao interesse na qualificação voltada para prática profissional. As áreas de especialização concentram-se tanto em subespecialidades médicas quanto em especialidades voltadas para a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Os gestores também informaram a realização de mais de uma especialização e, em um número reduzido, a realização de mestrado e doutorado.

Acerca da inserção institucional, além da direção geral, técnica e administrativa, os setores da gestão envolvidos com a atenção às mulheres em situação de violência sexual se diferenciam. Em Fortaleza, estão envolvidos os setores de epidemiologia, emergência e serviço social, enquanto no Rio de Janeiro estão envolvidos os setores de pacientes externos, apoio diagnóstico-terapêutico, coordenação materno-infantil, clínica buco-maxilo, enfermagem e ambulatório. Isso aponta para uma maior diversidade de serviços oferecidos pelas unidades de saúde e uma maior capilaridade da atenção. As atividades mencionadas pelos gestores foram: coordenação, suporte, controle e fiscalização. Apenas quatro gestores do Rio de Janeiro mencionaram o monitoramento dos casos de violência sexual atendidos na unidade de saúde.

A maioria dos gestores dos dois subgrupos considerou que a gradação não proporcionou o preparo para lidar com as situações de violência sexual, no entanto, reconheceram a participação em capacitações de diferentes formatos (seminários fóruns, cursos e congressos) voltados para a temática. Em Fortaleza, as capacitações foram relacionadas ao processo de implantação dos serviços de referência e cumprimento da Norma Técnica.

Conclusão

A área da saúde vem se caracterizando de certo modo como um lugar de concentração de trabalho feminino embora isso só ocorra em um dos municípios. A incorporação da categoria gênero, como definidora das estratégias adotadas na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nas unidades de referência (PEDROSA, 2010), é fundamental para o êxito na implementação das ações previstas no âmbito da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

A experiência e qualificação profissional dos gestores, bem como a inclusão diversificada de categorias profissionais, são características positivas para a gestão responsável pela organização do cuidado em saúde nas unidades estudadas, no entanto, a fragilidade da qualificação profissional decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação dos gestores coloca para a instância municipal diferentes desafios (CAVALCANTI, FLACH, FARIAS, 2012).

Desse modo, o investimento nas capacitações continuadas dos gestores dos diferentes setores das unidades de saúde voltadas à compreensão ampliada

do fenômeno da violência sexual, assim como o monitoramento das ações realizadas, pode ser capaz de impactar as práticas gerenciais qualificando o cuidado oferecido pelas unidades de saúde.

A caracterização dos gestores é determinada pelas possibilidades de exercício na gestão hospitalar em cada contexto e pela trajetória diferenciada dos municípios pesquisados na implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nas unidades de referência.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. 3ª revisão; 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011.

CAVALCANTI, L. F.; FLACH, R. M. D.; FARIAS, R. S. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, v. 28, p. 99-124, 2012.

CONTRERAS, J. M. *et al*. **Violência sexual na América Latina e no Caribe**: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual; 2010.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. organizadoras. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Geneva: OMS; 2002.

PEDROSA, C. M. **O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual** – desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no Programa Iluminar Campinas. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

PORTO, M. *et al*. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, S243-S252, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 127-137, 2008.

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa denominada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”, através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos; às Secretarias Municipais de Saúde de Fortaleza e do Rio de Janeiro pelo apoio na realização da pesquisa; aos gestores, sujeitos pesquisados, pela disponibilidade em participar da pesquisa; à equipe de pesquisa do Núcleo de Políticas Públicas, Identidades e Indicadores (NUPPII) da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza pela participação no desenvolvimento da pesquisa.

Conhecimento em saúde: análise da produção científica do curso de enfermagem de uma IES particular de Fortaleza

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

Rihianne Frota Carneiro. Enfermeira. Mestranda em Saúde Coletiva. Fortaleza-Ceará

Paula Dayanna Sousa dos Santos. Enfermeira na Unidade Básica Saúde da Família em Aquiraz-Ceará.

Verydianna Frota Carneiro. Dentista. Mestranda de Educação na Saúde. Bolsista da Escola de Saúde Publica. ESP.

Zélia Maria de Sousa Araújo Santos – Enfermeira. Pós-Doutora em Saúde Coletiva. Professora Titular do Curso de Enfermagem e do Programa de Pós-Gradução em Saúde Coletiva da UNIFOR. Fortaleza-Ceará-Brasil

Palavras-chave: Ensino superior. Pesquisa. Enfermagem.

Resumo

A pesquisa é uma atividade importante para a formação e atuação de qualquer profissional. É através da pesquisa que ao aluno é dada a oportunidade de confrontar teoria e prática, oportunidade de pensar para a coletividade, de consolidar interesses ou descobrir novos, oportunidade

de exercer sua profissão de forma ampla, de compreender um pouco mais a realidade. Esta pesquisa teve como objetivo descrever a produção cientifica do curso de enfermagem da uma IES particular de Fortaleza. Foi realizada uma pesquisa documental, estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. O método cientifico é a forma encontrada pela sociedade de legitimar um conhecimento adquirido. Devido à grande importância da metodologia científica, nosso estudo investigou a trajetória metodológica de 100 monografias do curso de enfermagem de uma IES particular de Fortaleza, oito delas defendidas em 2010 e oito em 2013. O estudo mostrou que há, entre os concludentes do curso de enfermagem dos anos de 2010 e 2013 da IES pesquisada, a prevalência de estudos teóricos (nessa categoria estão os 7 trabalhos, ou seja, a metade das monografias analisadas, de revisão bibliográfica) se comparada aos demais tipos de pesquisa. Assim, nos fornece subsídios para as próximas pesquisas: investigar qual a dificuldade do professor-orientador durante o processo de produção da monografia, investigar qual a dificuldade do aluno-orientando durante o processo de produção da monografia. Temos muito trabalho pela frente, investigar quis as ações que as IES oferecem para sanas tais dificuldades.**Introdução**

A pesquisa é uma atividade importante para a formação e atuação de qualquer profissional. É através da pesquisa que ao aluno é dada a oportunidade de confrontar teoria e prática, oportunidade de pensar para a coletividade, de consolidar interesses ou descobrir novos, oportunidade de exercer sua profissão de forma ampla, de compreender um pouco mais a realidade.

A pesquisa cientifica, segundo Reis, Ciconelli e Faloppa (2002, p. 51), “é o conjunto de procedimentos sistemáticos baseados no raciocínio lógico, que tem por objetivo encontrar soluções para problemas propostos, mediante a utilização de métodos científicos”.

O estudante da graduação tradicional é, quase sempre, apresentado à pesquisa na disciplina de metodologia da pesquisa. O comum é haver um choque de realidade: até então o estudante está confortavelmente habituado às disciplinas teóricas e precisa, de repente, deparar-se com a prática científica. A disciplina de metodologia da pesquisa é obrigatória nos cursos de graduação tradicional, quer seja bacharelado quer seja licenciatura. Esta disciplina é quem, curricularmente, oferece aos alunos da graduação noções sobre como fazer uma pesquisa, elementos que compõem um estudo científico. Na verdade a responsabilidade pela formação cientifica dos estudantes do ensino superior não é responsabilidade exclusiva do titular da disciplina de metodologia da pesquisa.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), como o próprio nome diz, é um trabalho que deve ser feito no final do curso e que poderá ser desenvolvido sob as seguintes formas: projetos, monografias, análises de casos, protótipos, performances, diagnósticos, produção artística, desenvolvimento de instrumentos, equipamentos, entre outros, de acordo com a natureza da área profissional e com os fins do curso.

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), no curso de enfermagem deve ser apresentado, exclusivamente, no formato de monografia. É uma exigência para a conclusão do curso constituindo-se como requisito obrigatório. Do ponto de vista acadêmico, seria a máxima da produção cientifica do aluno.

O conceito de monografia em Lakatos e Marconi (1995, p. 151) é “um estudo sobre um tema especifico ou particular com suficiente valor representativo e que obedece a rigorosa metodologia”

A monografia é, sem dúvida alguma, mais que uma exigência para a colação de grau, é uma atividade indispensável para a integração teoria e prática e para a melhoria da sociedade. É uma atividade intelectual realizada pelo aluno sob orientação de um professor especialista. O trabalho deve ser concebido, realizado e elaborado respeitando os requisitos científicos, metodológicos e sob as normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

Este estudo justifica-se pelo interesse da pesquisa acerca da temática e surgira a partir do seguinte questionamento: Qual o perfil da produção acadêmica do curso de enfermagem?

Esta pesquisa teve como objetivo descrever a produção cientifica do curso de enfermagem da uma IES particular de Fortaleza.

Metodologia

Foi realizada uma pesquisa documental, estudo descritivo, exploratório com abordagem quantitativa. Trata-se de um estudo de caso, uma vez que os dados não podem generalizados.

A coleta de dados foi feita em fevereiro de 2014 através da análise das monografias defendidas entre 2010 e 2013 disponíveis na biblioteca da IES. O critério de escolha da instituição onde a pesquisa fora realizada atendeu à conveniência da pesquisadora. Os critérios de seleção das monografias usados foram: ser trabalho de conclusão do curso de enfermagem, estar no formato de monografia, estar disponível na biblioteca para consulta da comunidade acadêmica. Os critérios de exclusão empregados foram: ser trabalho de conclusão do curso em outro formato que não fosse o de monografia, não estar disponível na biblioteca para consulta da comunidade acadêmica. Dessa forma nosso corpus foi composto de 100 monografias. Os dados foram lançados no Microsoft Office EXCEL 2007 e os gráficos gerados a partir dele.

Resultados e Discussão

O método científico é a forma encontrada pela sociedade de legitimizar um conhecimento adquirido. Devido à grande importância da metodologia científica, nosso estudo investigou a trajetória metodológica de 100 monografias do curso de enfermagem de uma IES particular de Fortaleza, oito delas defendidas em 2010 e oito em 2013.

Sabe-se se o resumo de um trabalho científico é um texto informativo e autoexplicativo, ou seja, deve-se ter uma noção total da pesquisa apenas com a leitura do resumo. Nas monografias da enfermagem analisadas, das 100 analisadas, não encontramos, com clareza, informações sobre a metodologia em apenas 2 delas. Folheando o capitulo metodologia, localizados o tipo de pesquisa que fora feito: uma pesquisa bibliográfica e outra pesquisa de campo com abordagem quantitativa.

Todas as monografias do curso analisadas apresentaram resumos não-estruturados.

Quanto ao anos das monografias, a produção científica, temos:

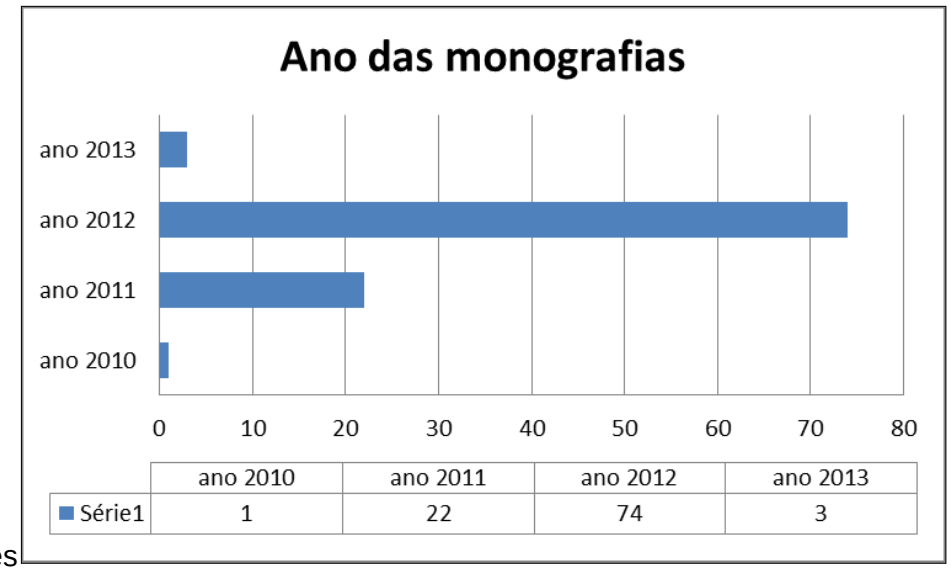


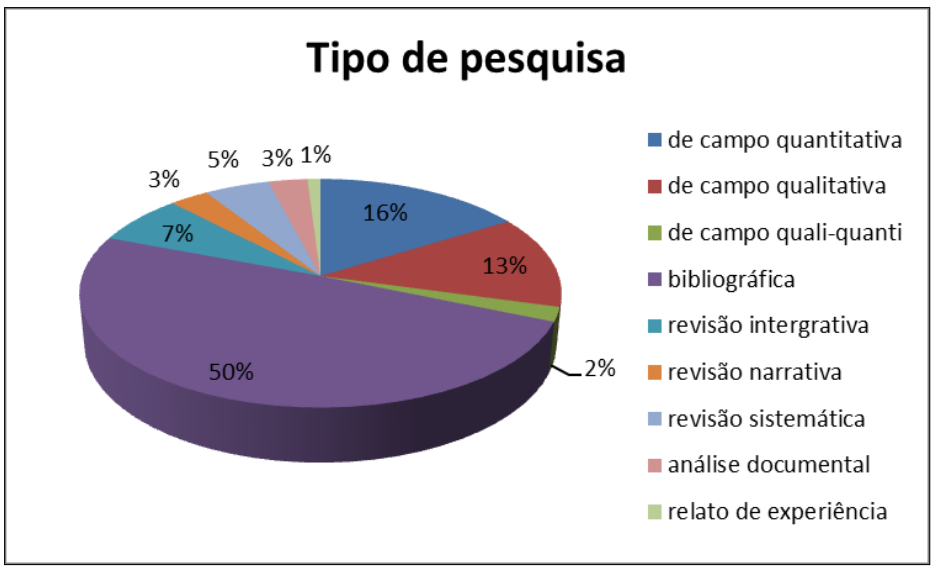
Gráfico 01 – ano das publicações

Fonte: dados da pesquisa

A primeira turma do curso de enfermagem de referida IES pesquisada ingressou em 2008. O motivo do numero tão baixo de monografais do ano de 2013 deve-se, segundo informou a bibliotecária da instituição, a demora dos alunos em entregar a versão final da monografia (capa dura) e consequentemente a demora dos alunos em dar entrada no pedido de diploma.

Quanto ao tipo de pesquisa realizada, temos:

Gráfico 02 – tipos de pesquisa



Fonte: dados da pesquisa

Não é para nos nenhuma surpresa que tantas metodologias tenham sido empregadas nas pesquisas. Sabe-se que o tipo de pesquisa atende diretamente ao objetivo do estudo.

Essa classificação entre tipos de pesquisa (pesquisa de campo, pesquisa bibliográfica) é uma necessidade da ciência.

Segundo Lakatos e Marconi (1987, p. 66), a pesquisa bibliográfica trata do levantamento, seleção e documentação de toda bibliografia já publicada sobre o assunto que está sendo pesquisado, em livros, revistas, jornais, boletins, monografias, teses, dissertações, material cartográfico, com o objetivo de colocar o pesquisador em contato direto com todo o material já escrito sobre o mesmo.

Vale ressaltar que o levantamento bibliográfico é uma etapa fundamental para qualquer trabalho científico, pois sãos as leituras oriundas desses dados bibliográficos que influenciarão, através do embasasamento teórico, todas as outras etapas de uma pesquisa, na medida em que der o embasamento teórico em que se baseará o trabalho. Muitas vezes, os alunos de graduação têm dificuldade em entender que mesmo uma pesquisa de campo necessita de revisão bibliográfica, para referencial teórico. E o que vai definir se o estudo é bibliográfico ou de campo é o objeto e o objetivo do estudo.

Tabela 01 – pesquisa de campo com e sem comitê de ética

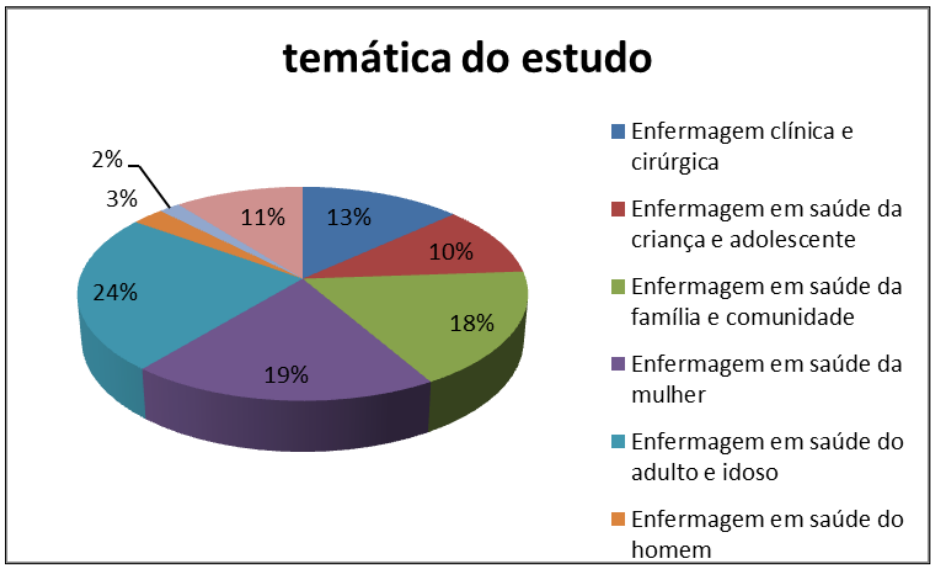
Tipo de pesquisa	total de pesquisas	Com comitê	Sem comitê
Campo quantitativa	16	10	6
Campo qualitativa	13	8	5

Campo quali-quanti	2	2	0

Fonte: dados da pesquisa

Fez-se ainda um levantamento sobre as temáticas das pesquisas. Para efeito de quantificação, foram usadas as seguintes áreas: Enfermagem clínica e cirúrgica, Enfermagem em saúde da criança e adolescente, Enfermagem em saúde da família e comunidade, Enfermagem em saúde da mulher, Enfermagem em saúde do adulto e idoso, Enfermagem em saúde do homem, Enfermagem em saúde mental e Gestão em saúde. A definição dessas áreas segue a mesma nomenclatura usada do evento de pesquisa do curso de enfermagem (evento anual que ocorre no segundo semestre).

Gráfico 03 – temática do estudo



Fonte: dados da pesquisa

Encontramos em bases de dados eletrônicas, estudo semelhante ao nosso. No estudo de Silva et al (2009), o mesmo levantamento foi feito com monografias de graduação do curso de enfermagem. Além de um corpus bem maior, a metodologia mais empregada nos estudos da enfermagem foi a pesquisa de campo com abordagem qualitativa. Essa diferença não nos surpreende uma vez que os cursos de enfermagem e de direito tem objetos de estudo distintos e fazem, pela natureza do curso, pesquisas diferentes.

Uma análise que não estava previamente prevista, mas surgiu durante o contato com o corpus, foi a da qualidade da descrição metodológica encontrada nas monografias. Em todas as monografias encontramos um rigor descritivo quanto aos procedimentos metodológicos adotados. Nas monografias em que foi empregada a pesquisa bibliográfica encontramos, em todas elas, informações claras obre o corpus como os critérios de seleção da amostra, os critérios de exclusão da mostra, por exemplo. E nas duas pesquisas em que fora realizada a pesquisa de campo encontramos explicações claras sobre o instrumento de coleta e/ou de análise de dados.

Além disso, quando cruzamos as monografias que realizaram pesquisa bibliográfica com as referências bibliográficas elencadas em cada um desses estudos, percebemos uma predominância de material disponível na internet. Nos dias de hoje, a internet é a maior aliada do cientista e da ciência, pois o pesquisador tem, a um clique, todas as publicações do mundo inteiro disponíveis na tela do seu computador. A questão é o grau de confiabilidade dessas fontes bibliográficas, conforme nos chama a atenção Medeiros (2010). Cabe ao professor –orientador, entre outras coisas, orientar seu aluno acerca de como, onde fazer a pesquisa na internet. E o professor-orientador ainda tem mecanismos de verificar, além da origem das fontes, o quanto o aluno conseguiu apreender de cada leitura através de fichamentos, resumos, resenhas, discussões, textos sentido. Há bases eletrônicas, tanto públicas quanto privadas, de dados confiáveis como SCIELO, BIREME, MEDLINE, LILACS, BVS.

A comunidade acadêmica da IES em questão tem acesso, gratuitamente, a base de dados EBSCO. Mas esse acesso só poderá ser feito por alunos e/ou professores e dentro do campus.

Quando falamos em pesquisa naturalmente pensa-se logo em leitura. E essa é uma preocupação constante na vida de qualquer professor-orientador. E sendo o direito uma ciência que produz especialmente estudos bibliográficos, não há como dissociar a leitura da prática da produção acadêmica.

A disciplina de TCC é muito mais que um “fazimento” de monografia. É a oportunidade do aluno vivenciar os conceitos teóricos vistos ao longo da graduação. Além disso, é a oportunidade de contribuir para com a comunidade em que estamos inseridos através da problematização de algum aspecto da realizada e sua posterior resposta através do estudo cientifico. É papel da faculdade, do ensino superior, ocupar-se também da formação científica do seu aluno.

Há uma variável no tocante à produção de uma monografia que não podemos deixar de falar: são visíveis as diferenças entre um aluno do ensino superior e um aluno secundarista; e mais ainda entre um aluno do ensino superior do turno da noite e um aluno do turno da manhã. Nos dias de hoje, principalmente no turno da noite de uma faculdade particular, o professor tem que lhe dar com fatores, como os apontados em DeAquino (2007): o tempo disponível, o estress, que comprometem diretamente à qualidade da monografia que o aluno produz.

Fazer pesquisa não é fácil, nem rápido com nos aponta Adeodato (2010) pois a mesma nos toma tempo, exige grande esforço e dedicação, além da não existência de recompensas nem de resultados imediatos.

Conclusão

Pudemos perceber com este estudo que há, entre os concludentes do curso de enfermagem dos anos de 2010 e 2013 da IES pesquisada, a prevalência de estudos teóricos (nessa categoria estão os 7 trabalhos, ou seja, a metade das monografias analisadas, de revisão bibliográfica) se comparada aos demais tipos de pesquisa.

Os possíveis motivos para tantas pesquisas bibliográficas podem ser: (i) o tipo de estudo que o curso de direito eminentemente faz; (ii) o estágio científico inicial em que se encontram os estudantes da graduação , cheios de dúvidas quanto à área de atuação, à linha de pesquisa em que pretendem atuar; (iii) à dificuldade de realizar pesquisa de campo tanto do ponto de vista da prática cientifica (aplicação de questionário e/ou entrevista com os sujeitos) tanto quanto o tempo disponível para a realização da monografia (envio do projeto para comitê de ética, aprovação do comitê, coleta de dados em campo).

Vale ressaltar que não há nenhum desmerecimento em realizar pesquisa bibliográfica. Ao contrário, é a pesquisa bibliográfica quem cumpre o papel de colocar o pesquisador em contato direto com todo o material já escrito sobre o mesmo, conforme nos mostra Lakatos e Marconi (1987, p. 66). A pesquisa de campo também tem sua importância, não estamos dizendo o contrário, mas não é a única forma de compreender um fragmento da realidade. E mais: o fato da pesquisa ser de campo não nos garante que a investigação fora bem realizada.

Não tivemos, em nenhum momento, o propósito de avaliar o curso de enfermagem onde coletamos os dados. Queríamos apenas descrever a trajetória metodológica empregada nas monografias do curso. Dessa forma, após os dados apresentados por este estudo, pode-se pensar em ações, intervenções que contribuam para a melhoria desse aprendizado tão importante que é como fazer uma pesquisa científica.

O mais interessante, e que não poderíamos deixar de destacar, é que este estudo, também já nos forneceu subsídios para as próximas pesquisas: investigar qual a dificuldade do professor-orientador durante o processo de produção da monografia, investigar qual a dificuldade do aluno-orientando durante o processo de produção da monografia. Temos muito trabalho pela frente, investigar quis as ações que as IES oferecem para sanas tais dificuldades.

Referências

ADEODATO, João Maurício. Bases para uma metodologia da pesquisa em direito. Disponível em: http://www.planejamentotributario.ufc.br/artigo_Bases_Metodologia_Pesquisa_em_Direito.pdf. Acesso em: 28 de Ago. de 2010.

DEAQUINO, Carlos Tasso Eira. **Como aprender: andragogia e as habilidades de aprendizagem**. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1994a.

_____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1994b.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

MEDEIROS, João Bosco. **Redação Cientifica: a prática de fichamentos, resumos e resenhas**. 11 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

NASCIMENTO, Maria do Rosario Pessoa. **Educação Superior: o ensino jurídico do Brasil**. Fortaleza: Premius, 2009.

REIS, Fernando Baldy dos; CICONELLI, Rozana Mesquita; FALOPPA, Flávio. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Revista Brasileira de Ortopedia**. v, 37, n.3, p. 51-56, 2002.

SILVA, Valdete da ET AL. Análise dos trabalhos de conclusão de curso da graduação em enfermagem da UNIMONTES. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. V, 11, n, 1, p. 133-143, 2009. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n1/pdf/v11n1a17.pdf. Acesso em: 28 de Ago. de 2010.

Competências para o autocuidado e capacidade de mobilidade em pacientes com acidente vascular encefálico.

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

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

Karizia Vilanova Andrade - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, ISGH

Natália de Lima Vesco – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE

Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará, UFC

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

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Cuidados de enfermagem. Autocuidado.

Resumo

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração na circulação cerebral que ocasiona déficit no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, resultando em perda da função neurológica, que acarreta comprometimento de algumas funções. O presente trabalho objetivou identificar as competências para o autocuidado e a capacidade de mobilidade em pacientes com diagnóstico de AVE. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, desenvolvida com 51 pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva especializada no atendimento à portadores de AVE agudo localizada em um hospital de Fortaleza-CE. Foi realizada avaliação física mediante aplicação de um instrumento e coletados dados sociodemográficos e referentes as competências para o autocuidado e capacidade para mobilidade. Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Office Excel 2007 e receberam tratamento estatístico descritivo. A maioria dos participantes era do sexo masculino, com união estável e baixa escolaridade. Na avaliação das competências para o autocuidado, 28 (54,9%), 26 (50,9%), 27 (54,0%) e 24 (46,9%) pessoas apresentaram algum grau de dependência para a higiene corporal, higiene oral, vestir-se e alimentar-se, respectivamente. Quanto à capacidade da mobilidade, 17(33,3%) apresentaram incapacidades para deambular, 12(23,5%) incapacidade para mover-se no leito, 18(36,7%) dificuldades em transferir-se de uma superfície para outra e 9(19,7%) apresentaram incapacidade total para mover-se com o auxílio de outros artifícios. É fundamental que o enfermeiro avalie o grau de dependência e incapacidade desses pacientes para promover o cuidado específico para cada caso e promover o desenvolvimento de suas atividades de vida diária.

Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração na circulação cerebral que ocasiona déficit no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, podendo ser classificado como isquêmico ou hemorrágico, resultando em perda da função neurológica, sendo esta temporária ou definitiva. O grau de comprometimento varia de acordo com o tamanho, extensão e a localização da isquemia ou do fluxo sanguíneo (RAFII; HILLIS, 2006).

Considerada a terceira causa de óbitos no mundo, a prevalência do AVE é elevada, ficando atrás das doenças cardiovasculares e do câncer. Há uma projeção mundial de que, em 2030, quatro milhões de indivíduos desenvolvam essa patologia (RODRIGUES *et al.,* 2013). Diante disso, o AVE representa um impacto na saúde pública mundial, por ser a principal causa de incapacidades neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas. Os acometidos geralmente enfrentam incapacidades residuais, como paralisia dos músculos, rigidez das partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (ANDRADE *et al.,*2009).

Estudo remoto identificou que 80% dos indivíduos que sofreram o primeiro episódio de AVE apresentavam incapacidades após a alta hospitalar. Destes, apenas 20% se recuperaram totalmente, sendo capazes de realizar as atividades de vida diária e exercer o autocuidado com independência (FALCÃO *et al*., 2004). A identificação precoce dos déficits do autocuidado e a intervenção, assim como a implementação de cuidados específicos, poderão levar a uma recuperação mais rápida e bem sucedida.

Compete ao enfermeiro, enquanto profissional de saúde e líder da equipe de enfermagem, desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar desses pacientes, promovendo a independência. Assim, as práticas sistematizadas de cuidar em saúde melhoram a qualidade da assistência prestada, bem como contribuem para o reconhecimento das ações de enfermagem pelos pacientes e familiars.

A relevância deste estudo está em contribuir para a promoção da saúde de pacientes críticos, uma vez que ao identificar corretamente as competências para o autocuidado poderão ser realizadas as intervenções corretas, tanto individualmente quanto com a ajuda da família. Isso contribuirá para a recuperação das incapacidades e para a conscientização dos profissionais de enfermagem, no sentido de que muito poderão realizar tanto para recuperar quanto para prevenir as recidivas de AVE

Propõe-se, no presente estudo, identificar as competências para o autocuidado e a capacidade de mobilidade em pacientes com diagnóstico de AVE.

Metodologia

Pesquisa descritiva, transversal, desenvolvida em unidade de cuidados intensivos, especializada no atendimento de pacientes com diagnóstico de AVE agudo, de hospital de grande porte de Fortaleza-CE.

A população envolveu 51 pacientes admitidos na unidade referida, durante o período da coleta de dados, que foi de junho a julho de 2012 e de fevereiro a abril de 2013. Participaram os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: estar internado na unidade com diagnóstico médico confirmado de acidente vascular encefálico, independente do tipo e apresentar déficit neurológico focal no momento da admissão**.** O convite para

participar da pesquisa foi formulado no momento em que os pacientes estavam acordados e quando não haviam procedimentos a serem realizados. Foi explicado aos participantes e acompanhantes os objetivos e metodologia do estudo, os critérios de inclusão e exclusão e a obrigatoriedade de o participante assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após consentimento, foi realizada a avaliação física do paciente no leito, respeitando sua privacidade e integridade física e, o registro no instrumento construído e validado por Hermida (2005), que contém, entre outros quesitos, os aspectos sociodemográficos, competências para o autocuidado e capacidade para mobilidade. As competências para o autocuidado analisadas foram: Higiene Corporal e Oral, Tricotomia Facial e Vestimenta. Foi levada em consideração a capacidade do paciente em realizar essas atividades de forma independente (sozinho), com auxílio de outra pessoa ou totalmente dependente.

Por último, foram identificadas as capacidades de mobilidade: capacidade para deambular, mover-se no leito, transferir-se de uma superfície para outra e capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas ou bengalas.

Este material é parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Diagnósticos de enfermagem em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico, segundo Modelo conceitual de Orem”, cujos dados foram organizados e analisado em planilha do Microsoft Office Excel - 2007 e receberam tratamento estatístico descritivo. Os resultados foram apresentados em tabelas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme o protocolo n. 010/11. Foram respeitados os aspectos éticos recomendados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

A pesquisa contemplou uma amostra de 51 pacientes, sendo 29 (56,8%) do sexo masculino e 22 (43,1%) do sexo feminino. Em relação ao estado civil, 31 (60,7%) eram casados, 15 (29,4%) solteiros e 5 (9,8%) viúvos. O maior percentual tinha ensino fundamental incompleto (21-42,8%), seguido pelo ensino fundamental completo (14 - 28,5%). Outros 7 (14,2%) haviam concluído o ensino médio, 5 (10,2%) não eram alfabetizados, 3 (2,0%) não concluíram o ensino médio e 1 (2,0%) tinha ensino superior completo..

Quanto às competências para o autocuidado na higiene corporal, 28 (54,9%) indivíduos apresentam algum grau de dependência, sendo que 17 (33,3%) precisam de auxílio e 11 (21,5%) apresentaram necessidade de que outra pessoa realize por ele. Quanto à higiene oral, 26 (50,9%) pessoas não realizam sozinhas, destes, 13 (25,4%) precisam apenas de auxílio e 13 (25,4%) não conseguem sequer ajudar. No que tange à capacidade de vestir-se, 27 (54,0%) pacientes apresentam alguma dependência, onde 13 (26,0%) precisam que alguém vista suas roupas, sem conseguir colaborar. Por fim, ao avaliar a alimentação, 24 (46,98%) eram dependentes de ajuda, destes, 13 (25,5%) necessitam apenas de auxílio e 11 (21,4%) são totalmente dependentes (TABELA 1).

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico, segundo as competências para o autocuidado. Fortaleza-CE, 2013.

COMPETÊNCIAS PARA O AUTOCUIDADO						
	Faz sozinho		**Precisa de auxílio ou orientação**		**Precisa que alguém faça por ele**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Higiene corporal	23	45,1	17	33,3	11	21,6
Higiene Oral	25	49,0	13	25,5	13	25,5
Vestimenta	23	46,0	14	28,0	13	26,0
Alimentação	27	53,0	13	25,5	11	21,4

No que diz respeito à tricotomia facial, por ser algo inerente ao sexo masculino, dos 29 homens investigados, 23 (79,3%) desempenhavam essa função de forma independente. Quanto à vestimenta, 23 (46%) realizam essa atividade sozinhos, 14 (28%) precisam de ajuda e 13 (26%) precisam de auxilio.

Dessa forma, pode-se perceber que percentuais relevantes desses indivíduos apresentaram alguma dependência.

Estudo desenvolvido no Distrito Federal, Brasil, investigou pacientes no pós-AVE e identificaram os problemas de desempenho ocupacional, evidenciando percentuais inferiores ao do estudo ora apresentado. Dos 47 indivíduos investigados, 12,76% apresentaram comprometimento na alimentação, 8,51% apresentavam dificuldade para vestir-se e 4,25% limitações para tomar banho (MENESES *et al.,* 2012).

O autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença e representa uma base teórica para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais envolvendo planejamentos de atividades de aprendizados que aumentam o conhecimento da pessoa no momento de tomar decisões decorrentes das transições ao longo do ciclo vital (PETRONILHO, 2012). Baseados nesses fatos, autor tem demonstrado

preocupação com esse cuidado e manutenção do mesmo como revela o modelo conceitual da Teoria de Autocuidado de Orem, em que conceitua o grau de capacidade e a necessidade do doente, determinando intervenções e ações do enfermeiro no autocuidado (PENAFORTE, 2011).

O enfermeiro, por estar mais presente no cotidiano desses pacientes, tem papel fundamental como promotora do cuidar, orientando e estimulando pacientes e cuidadores a lidar com essa nova fase da vida, proporcionando apoio emocional a todos. Perlini e Faro (2005) afirmam que é indispensável o estímulo ao paciente para que o mesmo realize suas atividades de forma independente.

Em relação à capacidade de mobilidade, 17(33,3%) apresentaram incapacidades para deambular, 12(23,5%) incapacidade para mover-se no leito, 18(36,7%) dificuldades em transferir-se de uma superfície para outra e 9(19,7%) apresentaram incapacidade total para mover-se com o auxílio de outros artifícios (TABELA 2).

Tabela 2: Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico, segundo as capacidades na mobilidade. Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	**SIM**		**NÃO**	
	N	**%**	**N**	**%**
Capacidade para deambular	34	66,6	17	33,3
Capacidade para mover-se no leito	39	76,4	12	23,5
Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra	31	63,2	18	36,7
Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas	37	80,4	9	19,7

As causas de incapacidades de locomoção relatadas pelos pacientes foram diversas incluíram: nível de consciência prejudicado, relato de plegias, cirurgias recentes, tremores e parestesia.

Pesquisa realizada com 121 pacientes vitima de AVE constatou percentual superior ao da pesquisa supracitada, encontrando 88,9% dos indivíduos com dificuldade para virar-se no leito, necessitando de auxílio; e 92,2% com mobilidade física prejudicada (COSTA *et al.*, 2010).

É fundamental que o enfermeiro avalie o grau de dependência e incapacidade na locomoção visto que, déficit de locomoção interfere diretamente no desenvolvimento das atividades de vida diária e autoestima (ROCHA; SOUSA; ROZENDO, 2013). Desta forma, faz-se necessário que a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar abordem pacientes e cuidadores para a reabilitação.

Após o AVE, a mensuração da dependência ou independência funcional permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação (GREVE, 2007). Diante das dificuldades apresentadas, os pacientes dependerão de outras pessoas para desempenhar atividades básicas, ficando susceptíveis a perda da autonomia e redução da qualidade de vida (PETRONILHO,2012).

Portanto, quanto mais precoce é a determinação dessas condições, logo serão implentadas intervenções e, consequentemente, menor serão os níveis de comprometimento funcional e cognitivo (PARAYBA e SIMÕES, 2006).

Conclusão

Percentuais elevados de pacientes em pós-AVE apresentam algum grau de dependência no desempenho do autocuidado, sendo a competência para higiene corporal a mais comprometida, seguida de vestir-se, higiene oral e alimentação. Quanto à mobilidade, chama-se a atenção para a capacidade de mover-se no leito, comprometida em 23,5% dos pacientes.

É fundamental que o enfermeiro avalie o grau de dependência e incapacidade dos pacientes em relação ao autocuidado e sua capacidade de mobilidade, visto que, interferem diretamente na sua autoestima e no desenvolvimento de suas atividades de vida diária. Diante das dificuldades

apresentadas, o enfermeiro por estar mais presente no cotidiano desses pacientes, tem papel fundamental de orientar e estimular essas pessoas e cuidadores a lidar com essas limitações, proporcionando apoio emocional a todos.

Espera-se que este estudo desperte o interesse do enfermeiro e da equipe de saúde pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e de manejo dessas condições como medidas de promoção da saúde e do autocuidado, seja este individual ou com o apoio dos familiares.

Referências

ANDRADE, L.M; COSTA, M.F.M; CAETANO, J.A; SOARES, E; BESERRA, E.P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. **RevEscEnferm USP**. v. 43 n.1 p :37-43. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012.

COSTA, A.G,S.; OLIVEIRA, A.R.S.; ALVES, F.E.C.; CHAVES, D.B.R.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 44, n. 3, Set. 2010 .

FALCÃO, I.V.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; LESSA, F.J.D.; LEITE, V.M.M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant**. v.4 n.1 Recife Jan./Mar, 2004.

GREVE.J. **Tratado de medicina e reabilitação**. Sao Paulo: Editora Roca, 2007.

HERMIDA, P.M.V. **Elaboração e validação de instrumento para coleta de dados na assistência de Enfermagem.** [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP; 2005.

MENESES, K. V. P.; DUARTE, J. S.; ALENCAR, V. O.; PEREIRA, A. C. S. Perfil sócio demográfico e áreas de desempenho ocupacional afetadas em pacientes pós-ave atendidos por um serviço de terapia ocupacional. **Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, Brasil, v. 23, n. 2, p. 107-112, ago. 2012.

PARAYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, Dez. 2006.

PENAFORTE, M. H. O**. O Autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual.** 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Univerdidade de Enfermagem de Lisboa, 2011.

PERLINI, N.M.O.G.; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev Esc Enfem USP** n.39.v.2.p.154-163. Jun. 2005.

PETRONILHO, F.A.S. **Autocuidado: conceito central da Enfermagem**. 1ºed. Formasau. Coimbra, 2012.

RAFII, M.S.; HILLIS, A.E. Compendium of cerebrovascular diseases. **Int Rev Psychiatry,** v .18, n.5, p.395-407. Oct, 2006.

ROCHA, L.S; SOUZA, E.M.S.; ROZENDO, C.A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. **Rev. Eletr. Enf.**, Goiânia , v. 15, n. 3, set. 2013 .

RODRIGUES, E.S.R; CASTRO,K.A.B.; REZENDE, A.A.B.; HERRERA, S.D.S.C.; PEREIRA, A.M.; TAKADA, J.A.P. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. **Revista Amazônica.** v.2,n.1, p.21-28. 2013

CARACTERIZAÇÃO DOS GESTORES DA ATENÇÃO EM SAÚDE ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL EM DUAS CAPITAIS BRASILEIRAS

Gracyelle Alves Remigio Moreira (apresentador) - Universidade de Fortaleza - gracyremigio@gmail.com

Ludmila Fontenele Cavalcanti - Universidade Federal do Rio de Janeiro

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira - Universidade de Fortaleza

Palavras-chave: Violência sexual. Mulher. Atenção em saúde. Gestores.

Resumo

A violência sexual contra a mulher, entendida uma das expressões da violência de gênero e uma das formas de violação dos direitos humanos, vem requerendo a criação de novos marcos legais e a implementação de políticas públicas para o seu enfrentamento. O processo decisório acerca da intervenção específica em saúde é afetado por múltiplos fatores inclusive pelo modo como uma determinada questão é transformada em problema de saúde pelos gestores. Esse estudo, de abordagem quantitativa, buscou analisar comparativamente a caracterização dos gestores inseridos nos serviços de atenção às mulheres em situação de violência sexual em onze serviços de saúde referências para atenção às mulheres em situação de violência sexual, no Município do Rio de Janeiro e nove em Fortaleza. Foram entrevistados 15 gestores em Fortaleza e 19 no Rio de Janeiro responsáveis pela direção da unidade e pelas coordenações relacionadas a esse tipo de atendimento. A experiência e qualificação profissional dos gestores, bem como a inclusão diversificada de categorias profissionais são características positivas para a gestão responsável pela organização do cuidado em saúde nas unidades estudadas, no entanto, a fragilidade da qualificação profissional decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação dos gestores coloca para a instância municipal desafios relacionados com a oferta de capacitações e com o monitoramento das ações. A caracterização desses gestores é determinada pelas possibilidades de exercício na gestão hospitalar em cada contexto e pela trajetória diferenciada dos municípios pesquisados na implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual.

Introdução

A violência sexual contra a mulher, uma das expressões da violência de gênero, é relevante na sociedade, tanto pela sua alta incidência como pelo seu impacto na saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2002; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, FRANÇA JUNIOR, 2008).

A violência sexual contra a mulher é uma das formas de violação dos direitos humanos, principalmente no que concerne à segurança pessoal, à saúde, à vida e à não descriminação. O reconhecimento da violência sexual contra a mulher como questão de interesse público, que requer o envolvimento de toda a sociedade para reduzir a sua incidência, tem possibilitado, especialmente na última década, a criação de novos marcos legais e a implementação de políticas públicas coordenadas envolvendo estados e municípios no seu enfrentamento (CONTRERAS *et al*., 2010).

A atenção da saúde pública voltada para esse tipo de violência está relacionada, por um lado, às consequências que este fenômeno acarreta à saúde da mulher, implicando em respostas mais imediatas no âmbito dos serviços (assistência pré-hospitalar, serviços de emergência e reabilitação) capazes de romper com o ciclo de violência; e, por outro, ao alto potencial preventivo das ações de saúde dirigidas para a igualdade de gênero (promoção da saúde e cultura da paz).

Como parte de um processo internacional e nacional mais amplo no campo dos direitos humanos e da saúde pública, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) está atuando no enfrentamento à violência contra a mulher tendo por base a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011), estruturada a partir do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2003). Nesse processo, destaca-se a construção da Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes, editada em 1999, e constantemente revisada, que buscou organizar a atenção nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2010). A Norma Técnica vem sendo traduzida para os serviços de saúde sob o formato de protocolo, ou seja, um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às vítimas de violência sexual.

A incorporação da perspectiva de gênero na gestão governamental das políticas públicas objetivando garantir os direitos de cidadania ainda ocorre de maneira tímida e esporádica nos serviços de saúde. O processo decisório acerca da intervenção específica em saúde é afetado por múltiplos fatores inclusive pelo modo como uma determinada questão é transformada em problema de saúde pelos gestores (PORTO *et al*., 2003). Nesse sentido, compreender quem são os gestores de saúde das unidades de referência para a atenção às mulheres em situação de violência sexual contribui para a análise acerca da implementação da política de saúde nesta área, além de apontar caminhos para o processo de formação/capacitação dos gestores.

Metodologia

Esse estudo exploratório de abordagem quantitativa (MINAYO *et al*., 2005) integra uma pesquisa multicêntrica que buscou analisar a atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual em duas capitais brasileiras. O universo da pesquisa correspondeu aos 11 serviços de saúde referências para atenção às mulheres em situação de violência sexual, no Município do Rio de Janeiro (RJ) e nove em Fortaleza (CE).

Neste estudo buscou-se analisar comparativamente a caracterização dos gestores inseridos nestes serviços, responsáveis pela direção da unidade e pelas coordenações relacionadas a esse tipo de atendimento. A coleta foi realizada no período de maio de 2013 a dezembro de 2014 através de entrevistas semiestruturadas baseadas em roteiro. A seleção dos participantes foi baseada na diversidade e no acesso, totalizando 19 gestores no Rio de Janeiro e 15 em Fortaleza.

Os dados foram analisados de forma descritiva, considerando-se os seguintes domínios analíticos: sociodemográfico, formação profissional e inserção institucional.

O projeto de pesquisa original foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, sob o Parecer nº 45A/2013 em cumprimento à Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Resultados e Discussão

Os resultados da caracterização dos gestores da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual estão descritos na tabela abaixo.

Tabela. Caracterização dos gestores da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual. Fortaleza, CE e Rio de Janeiro, RJ. 2013.

Variáveis	Fortaleza (N = 15)	Rio de Janeiro (N = 19)
	Nº	Nº
Sexo		
Masculino	08	07
Feminino	07	12
Idade		
35 a 39 anos	-	02
40 a 44 anos	03	03
45 a 49 anos	03	-
50 a 54 anos	05	08
55 a 59 anos	04	03
Acima de 60 anos	-	02
Sem informação	-	01
Naturalidade (Estado)		
Ceará	14	-
Piauí	01	-
Rio de Janeiro	-	14
Espírito Santo	-	01
Minas Gerais	-	01
Pernambuco	-	01
Rio Grande do Sul	-	01
Amazonas	-	01
Situação conjugal		
Unido(a)	11	15
Não unido(a)	04	04
Orientação religiosa		
Católico(a)	11	15
Agnóstico(a)	01	-
Espírita	01	02
Evangélico	-	01
Nenhuma	01	01

Sem informação	01	-
Profissão*		
Médico(a)	09	11
Enfermeiro(a)	03	06
Assistente Social	02	-
Farmacêutico(a)	01	-
Advogado(a)	01	-
Cirurgião-dentista	-	01
Administrador(a) Hospitalar	01	01
Instituição do curso de graduação*		
Pública	13	11
Privada	03	08
Tempo de formado*		
< 5 anos	01	-
5 a 10 anos	-	01
11 a 20 anos	04	03
a 25 anos	03	03
> 25 anos	08	12
Pós-graduação		
Sim	14	18
Não	01	01

* Admite resposta múltipla.

No Rio de Janeiro observa-se que a maioria dos gestores são do sexo feminino, o que pode indicar que neste município vem ocorrendo uma mudança de postura nos serviços públicos de saúde municipal, não somente em relação aqueles voltados para a assistência à mulher, mas também em hospitais gerais.

Tanto no Rio quanto em Fortaleza a maioria dos gestores concentra-se na faixa etária entre 50 e 54 anos. A necessidade de experiência no âmbito dos serviços faz com que os gestores concentrem-se numa faixa mais alta de idade, especialmente quando se constata a correspondência com o tempo de formado e, portanto, a mais oportunidades de capacitação em serviço.

A maioria dos gestores nos dois subgrupos é natural do Rio de Janeiro e do Ceará. Isso pode ser explicado pela proximidade entre local de nascimento e a oferta de concursos públicos municipais, além da disponibilidade de cargos de gestão na área de saúde. Quanto aos gestores que não são naturais dos respectivos estados, observa-se no caso do Rio de Janeiro que são naturais de outros estados em outras regiões do país, enquanto no Ceará são naturais de municípios do próprio Estado.

Quanto à situação conjugal, optou-se por adotar a classificação unido(a) (casamento formal e união estável) e não unido(a) por retratá-la mais fielmente. A maioria dos gestores de ambos os municípios pode ser considerada unida. Essa condição, assim como a socialização em determinado modelo de família a partir da idade dos entrevistados faz parte do contexto interno de experiências anteriores que vai interferir nas representações sociais sobre violência sexual.

Quanto à orientação religiosa, foi possível observar que a maioria dos gestores dos dois municípios se declarou católica. Apesar dessa predominância, outras religiões vêm ganhando espaço nas orientações religiosas, podendo também interferir nas percepções dos entrevistados acerca do fenômeno da violência sexual.

Apesar de a formação médica predominar nos dois grupos, observa-se que no Rio de Janeiro a segunda formação predominante é a Enfermagem, enquanto em Fortaleza há uma maior participação de outras formações da área da saúde como Serviço Social e Farmácia. Chama atenção a participação de profissional do Direito em Fortaleza e da Odontologia no Rio de Janeiro. Para além do quantitativo da categoria médica, a inserção de outros profissionais na gestão pode permitir uma visão ampliada da gestão dos serviços de referência.

A maioria nos dois subgrupos foi formada em universidades públicas, sendo que no Rio de Janeiro a participação das universidades privadas é maior que em Fortaleza. Isso pode ter relação com o fato de os municípios analisados disporem de um número diferenciado de instituições públicas de ensino superior em seus municípios. Outro fator pode ser a dificuldade de acesso às instituições públicas de ensino.

A maioria dos dois subgrupos possui mais de 25 anos de formado e realizou especialização, o que pode estar associado ao interesse na qualificação voltada para prática profissional. As áreas de especialização concentram-se tanto em subespecialidades médicas quanto em especialidades voltadas para a gestão no Sistema Único de Saúde (SUS). Os gestores também informaram a realização de mais de uma especialização e, em um número reduzido, a realização de mestrado e doutorado.

Acerca da inserção institucional, além da direção geral, técnica e administrativa, os setores da gestão envolvidos com a atenção às mulheres em situação de violência sexual se diferenciam. Em Fortaleza, estão envolvidos os setores de epidemiologia, emergência e serviço social, enquanto no Rio de Janeiro estão envolvidos os setores de pacientes externos, apoio diagnóstico-terapêutico, coordenação materno-infantil, clínica buco-maxilo, enfermagem e ambulatório. Isso

aponta para uma maior diversidade de serviços oferecidos pelas unidades de saúde e uma maior capilaridade da atenção. As atividades mencionadas pelos gestores foram: coordenação, suporte, controle e fiscalização. Apenas quatro gestores do Rio de Janeiro mencionaram o monitoramento dos casos de violência sexual atendidos na unidade de saúde.

A maioria dos gestores dos dois subgrupos considerou que a gradação não proporcionou o preparo para lidar com as situações de violência sexual, no entanto, reconheceram a participação em capacitações de diferentes formatos (seminários fóruns, cursos e congressos) voltados para a temática. Em Fortaleza, as capacitações foram relacionadas ao processo de implantação dos serviços de referência e cumprimento da Norma Técnica.

Conclusão

A área da saúde vem se caracterizando de certo modo como um lugar de concentração de trabalho feminino embora isso só ocorra em um dos municípios. A incorporação da categoria gênero, como definidora das estratégias adotadas na atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nas unidades de referência (PEDROSA, 2010), é fundamental para o êxito na implementação das ações previstas no âmbito da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011).

A experiência e qualificação profissional dos gestores, bem como a inclusão diversificada de categorias profissionais, são características positivas para a gestão responsável pela organização do cuidado em saúde nas unidades estudadas, no entanto, a fragilidade da qualificação profissional decorrente da limitada abordagem sobre esse tema durante a graduação dos gestores coloca para a instância municipal diferentes desafios (CAVALCANTI, FLACH, FARIAS, 2012).

Desse modo, o investimento nas capacitações continuadas dos gestores dos diferentes setores das unidades de saúde voltadas à compreensão ampliada do fenômeno da violência sexual, assim como o monitoramento das ações realizadas, pode ser capaz de impactar as práticas gerenciais qualificando o cuidado oferecido pelas unidades de saúde.

A caracterização dos gestores é determinada pelas possibilidades de exercício na gestão hospitalar em cada contexto e pela trajetória diferenciada dos municípios pesquisados na implementação da atenção em saúde às mulheres em situação de violência sexual nas unidades de referência.

Referências

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional**: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**. Norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde. 3ª revisão; 2010.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011.

CAVALCANTI, L. F.; FLACH, R. M. D.; FARIAS, R. S. Atenção às mulheres em situação de violência sexual nos serviços de saúde do Estado do Rio de Janeiro. **O Social em Questão**, v. 28, p. 99-124, 2012.

CONTRERAS, J. M. *et al*. **Violência sexual na América Latina e no Caribe**: uma análise de dados secundários. Iniciativa de Pesquisa sobre Violência Sexual; 2010.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. organizadoras. **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 71-103.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Violência e Saúde**. Geneva: OMS; 2002.

PEDROSA, C. M. **O cuidado às pessoas que sofreram violência sexual** – desafios à inovação de práticas e à incorporação da categoria gênero no Programa Iluminar Campinas. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 2010.

PORTO, M. *et al*. A saúde da mulher em situação de violência: representações e decisões de gestores/as municipais do Sistema Único de Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 19, Sup. 2, S243-S252, 2003.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA JUNIOR, I. Violência sexual por parceiro íntimo entre homens e mulheres no Brasil urbano, 2005. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, Supl 1, p. 127-137, 2008.

Agradecimentos

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa denominada “Análise dos serviços de saúde na atenção às mulheres em situação de violência sexual: estudo comparativo em duas capitais brasileiras”, através do Edital MCTI/CNPq/SPM-PR/MDA Nº 32/2012 – Relações de Gênero, Mulheres e Feminismos; às Secretarias Municipais de Saúde de Fortaleza e do Rio de Janeiro pelo apoio na realização da pesquisa; aos gestores, sujeitos pesquisados, pela disponibilidade em participar da pesquisa; à equipe de pesquisa do Núcleo de Políticas Públicas, Identidades e Indicadores (NUPPII) da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza pela participação no desenvolvimento da pesquisa.

Capacitação de alunos para o desenvolvimento de atividades lúdicas: uma estratégia de promoção da saúde

Antonio Dean Barbosa Marques – Universidade de Fortaleza - UNIFOR. E-mail: antonio-dean@hotmail.com
July Grassiely de Oliveira Branco – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Rochelle da Costa Cavalcante – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Maria Cecília Cavalcante Barreira – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.
Luana Feitosa Mourão – Universidade Federal do Piauí – UFPI.
Rosendo Freitas de Amorim – Universidade de Fortaleza – UNIFOR.

Palavras-chave: Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Atividades lúdicas; Aprendizagem

Resumo

A temática da promoção da saúde na escola torna-se um eixo de importante trabalho em nível nacional, evidenciando a escola como espaço de ensino-aprendizagem. O uso do lúdico configura-se como uma importante ferramenta que pode ser utilizada no processo ensino-aprendizagem e consequentemente no processo de formação profissional. O presente artigo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas durante uma prática de intervenção pedagógica, destacando a contribuição do lúdico no processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais. Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, do tipo relato de experiência, que foi realizado por meio de um projeto de intervenção pedagógica com alunos do curso técnico em enfermagem de uma escola profissional. A realização da capacitação para os alunos mostrou-se de extrema relevância. Espera-se que se tenham despertado nesses alunos a importância de serem futuros profissionais preocupados com a linha da humanização e a importância do lúdico para o processo de recuperação do paciente. O lúdico representou uma importante ferramenta metodológica relevante para o processo de formação do aluno, propiciando um melhor desenvolvimento de competências e habilidades por meio de uma aprendizagem mais prazerosa e significativa.

Introdução

A realização de ações educativas de promoção da saúde é uma concepção antiga que aos poucos vem se consolidando com a criação das "Escolas Promotoras de Saúde". Trata-se de uma iniciativa já difundida em alguns países e que vem se desenvolvendo lentamente em escolas brasileiras (SILVA, 2009).

A Estratégia de Escolas Promotoras da Saúde (EEPS) tem nos objetivos da Promoção da Saúde seus principais aliados. A estratégia de escolas promotoras de saúde iniciou-se no final da década de 80, como uma das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção de saúde na saúde coletiva, envolvendo o entorno escolar (CARDOSO; REIS; IVERLINO, 2008).

A implantação da EEPS implica em atividades intersetoriais entre a instituição educativa, o setor saúde e a comunidade, através da identificação das necessidades e linhas de enfrentamento pelos próprios sujeitos envolvidos no processo (CARDOSO; REIS; IVERLINO, 2008).

Para Gonçalves et al., (2008) a temática da promoção da saúde na escola torna-se um eixo de importante trabalho em nível nacional, evidenciando a escola como espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, no qual se adquirem valores fundamentais. A escola tornou-se o lugar ideal para se desenvolverem programas da Promoção e Educação em Saúde de amplo alcance e repercussão, por exercerem grande influência sobre seus alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas.

Sendo assim, a prática educativa em saúde atua como um processo de aprendizagem e reflexão, estabelecendo estreito contato com as situações do cotidiano, em seus intricados em diferentes aspectos, como os culturais, os sociais, os políticos e os econômicos. Ao considerar a contínua interação entre homem e mundo, permitem construir coletivamente o conhecimento, capacitando as pessoas a assumirem criticamente a solução dos problemas de saúde-doença (SOARES; SILVA; SILVA, 2011).

Na concepção de Silva (2009) a educação, voltada para a Promoção da Saúde, é um dos elementos fundamentais neste processo, devendo-se considerar as atividades dirigidas na transformação dos comportamentos, focados nos seus estilos de vida, sua relação com a família e o meio social. Nesse contexto, a Promoção da Saúde é um caminho norteador onde são encontradas as ferramentas para a manutenção da saúde, alcançando-se uma qualidade de vida satisfatória. Para se atingir esta meta, juntamente a qualidade de vida, devem ser incorporados outros fatores, como acesso a serviços de assistência uma infraestrutura que favoreça boas condições de moradia, mercado de trabalho, entre outros.

Devido a crescente busca por profissionais de saúde humanizados, a capacitação de futuros profissionais surge como uma importante estratégia. Para torna-se importante para a efetivação destas propostas, uma formação acadêmico-profissional em que estes princípios sejam considerados e, mais que isso, que estes pressupostos sejam protagonistas no processo de formação profissional (junto com as questões técnicas, historicamente e amplamente abordadas nos projetos pedagógicos), seja no âmbito da graduação, seja na educação continuada, na pós-graduação (GOULART; CHIARI, 2010).

Segundo os autores supracitados a cima o processo de formação profissional constitui um espaço de formação e desenvolvimento de ideias, de valores e de concepções desenvolvidas em função de condicionantes não apenas acadêmicos, mas econômicos, políticos, sociais e culturais.

O lúdico configura-se como uma importante ferramenta que pode ser utilizada no processo ensino-aprendizagem e consequentemente no processo de formação profissional. O lúdico como estratégia pedagógica, ainda é pouco utilizado pelas escolas. Por muito tempo o brincar não estava relacionado à aprendizagem, após a realização de vários estudos comprovou-se que as brincadeiras, quando bem ministrada pelos professores e integrada ao conteúdo curricular, proporcionam um aprendizado prazeroso. As atividades lúdicas são motivadoras da percepção e da construção de esquemas de raciocínio, estimulam o processo ensino aprendizagem de maneira diferenciada e de forma significativa (SHOREDER; PRUNER, 2010).

O grande desafio atual, frente aos novos paradigmas da educação é possibilitar aos alunos situações problematizadoras com o intuito de um trabalho pedagógico que promova a autonomia na construção do conhecimento, numa educação voltada a aprender com prazer por meio de atividades lúdicas diversificadas, com a utilização de jogos ou ferramentas para melhorar e mediar o processo ensino aprendizagem, expressando a importância da ludicidade para o ser humano (ALVES, 2011).

Segundo Catrib et al., (2003) as práticas sociais de educação e saúde no contexto escolar devem observar: (i) o reforço do sujeito social para capacitá-lo a cuidar de si e agir em grupo e em defesa da promoção da saúde; (ii) a valorização da subjetividade e intersubjetividade no processo de conhecimento da realidade, privilegiando o diálogo como expressão da comunicação; (iii) o estímulo à participação como algo inerente ao viver coletivo; (iv) a utilização de estratégias que permitam a coexistência da interface de várias áreas do conhecimento; (v) o reconhecimento da dimensão afetiva no processo de transformação e tomada de decisão, e (vi) o incentivo e fomento de parcerias por meio de redes sociais de apoio.

O presente artigo tem como objetivo relatar as experiências vivenciadas durante uma prática de intervenção pedagógica, destacando a contribuição do lúdico no processo ensino-aprendizagem para o desenvolvimento de competências e habilidades profissionais para os alunos do 2º ano do curso técnico em enfermagem de uma escola profissional.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, do tipo relato de experiência, que foi realizado por meio de um projeto de intervenção pedagógica. Para Gil (2007), as pesquisas descritivas objetivam primordialmente a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento através de relações entre as variáveis. A intervenção pedagógica foi realizada no município de Paracuru, Ceará, no período de abril e maio de 2014, vinculada a disciplina Cuidados de

Enfermagem à Criança e ao Escolar, que é ministrada no 2º ano do Curso Técnico em Enfermagem, com carga horária de 80 horas.
Participaram da intervenção pedagógica 33 alunos do 2º ano do Curso Técnico em Enfermagem da Escola Estadual de Educação Profissional Abigail Sampaio, no município de Paracuru, Ceará.
Como procedimentos metodológicos utilizou-se de aulas expositivas e dialogadas, exibição de filmes e vídeos, apresentação do projeto e outros recursos que propiciassem o interesse dos alunos para o desenvolvimento de atividades lúdicas, lançando mão da técnica de observação direta para a coleta dos dados. Para Barbosa (2008, p. 02) este método "baseia-se na atuação de observadores que objetiva obter informações sobre resultados, processos, impactos, entre outros".

Resultados e Discussão

Antes de iniciarmos o processo de capacitação, elaboramos um plano de aula. O Planejamento de aula representa para nós docentes uma forma de organização e previsão dos conteúdos a serem ministrados em sala de aula. As ações do Plano de Intervenção foram elaboradas de maneira a oferecer os subsídios necessários para a elaboração de um planejamento coerente com a realidade do aluno. As aulas foram ministradas em horários disponíveis, divididos em 10 dias, sendo a carga horária de 04 horas/aulas, num total de 40 horas/aulas. Traçaram-se objetivos, estratégias para o alcance dos mesmos, utilizaram-se os principais recursos disponíveis na escola e sempre ao final os alunos foram avaliados com o intuito de identificar se realmente alcançaram-se os resultados esperados.
A realização da capacitação para os alunos mostrou-se de extrema relevância. Espera-se que aulas tenham despertado nesses alunos a importância de serem futuros profissionais preocupados com a linha da humanização e a importância do lúdico para o processo de recuperação do paciente.
Através das avaliações realizadas, foram apontados pelos alunos como de grande importância para o profissional de saúde atitudes humanizadas na atenção a saúde, como também a realização do curso de capacitação para os mesmos foi visto como uma oportunidade ímpar, além de ser oportuna despertar o interesse logo no processo de formação profissional. Brito et al., (2009) afirmam que sendo assim, o fazer práticas lúdicas na ótica dos acadêmicos de Enfermagem implica rever a formação acadêmica com o propósito de inserir conteúdos que enfatizem a atual lógica de assistência à saúde: a humanização e a integralização da assistência. Aplicando a humanização no processo de cuidar, é possível vislumbrar a possibilidade de formar profissionais que desenvolvam o cuidado aos pacientes, não só com procedimentos técnicos, mas tendo como foco as necessidades do cliente.
Os alunos participaram ativamente das discussões durante as aulas e reflexões em todos os encontros. Procurou-se sempre valorizar o conhecimento prévio do mesmo e instigar sua participação, através de ideias, questionamentos, posicionamentos e refletir sua atitude como futuro profissional de saúde. Gonçalves et al., (2008) destaca que a utilização de metodologias devem favorecer a participação e interação dos atores do processo, pois através da análise de como pensam e agem as crianças de determinada localidade facilita a identificação dessa realidade, norteando as políticas públicas saudáveis.
Em um estudo realizado por Figueiredo-Nery e Figueiredo (2009) que examinaram as práticas pedagógicas potencialmente relacionadas à formação de mentes empreendedoras em nível de escolas de ensino fundamental, destacaram que as práticas pedagógicas lúdicas, durante os anos iniciais da formação escolar, parecem ser uma fonte para a construção desse tipo de conhecimento. No entanto, a história tem mostrado que são as mentes reflexivas, críticas, criativas, inquietas e empreendedores que têm contribuído decisivamente para a geração de avanços técnicos, sociais e comportamentais significativos que, por sua vez, têm proporcionado benefícios duradouros para a sociedade.
A realização do curso de capacitação como instrumento de intervenção, mostrou-se oportuno diante das circunstâncias que foram surgindo no contexto escolar. Naves et al., (2011) realizou um estudo que utilizou as atividades lúdicas para o desenvolvimento de habilidades sociais. Segundo os autores a escola constitui um espaço essencialmente interativo e reconhecidamente relevante para o desenvolvimento interpessoal da criança, portanto surgem nesta etapa, várias intercorrências com o outro, que se não for trabalhada pela escola pode causar alguns prejuízos, pois existem estudos empíricos, que demonstram correlações significativas entre a competência social da criança e seu rendimento acadêmico, juntamente com as evidências de efeitos benéficos da promoção da competência social sobre o desempenho acadêmico, têm levado à caracterização de um conjunto de "habilidades sociais acadêmicas" vistas como pré ou co-requisitos do sucesso escolar, justificando um maior investimento da escola no desenvolvimento interpessoal das crianças.
Em sumo os resultados esperados foram atingidos e sempre reavaliados de acordo com as novas necessidades que emergiram. A capacitação de adolescentes como educadores em saúde contribui para que desenvolvam ações de promoção e prevenção, promove à autonomia, sociabilidade, autoestima e autoconfiança, fatores fundamentais para a vida, para o seu processo decisório como sujeito social, contribuindo ativamente o autocuidado e o desenvolvimento comunitário integrado, visando a melhoria da qualidade de vida.
A capacitação também possibilitou um melhor estreitamento das relações aluno-professor, professor-professor, professo-gestão escolar. Tendo em vista durante a realização da prática, ter sido transferido para a escola recentemente. Destaca-se ainda a valorização e preocupação por parte da escola de atitudes críticas-reflexiva do aluno através de projetos interdisciplinares pela escola.

Conclusão

A educação em saúde ofertar subsídios aos sujeitos, educar para a vida. Sendo a escola co-responsável pelo aprendizado do aluno e de sua instrumentalização para enfrentamento da vida, torna-se um ambiente propício à prática da educação em saúde. A utilização do lúdico proporcionou uma maior motivação, diversão e participação dos adolescentes no processo ensino aprendizagem. Apresentou-se como uma maneira diferenciada de ensino, fugindo do ensino tradicional. O lúdico representou uma importante ferramenta metodológica relevante para o processo de formação do aluno, propiciando um melhor desenvolvimento de competências e habilidades por meio de uma aprendizagem mais prazerosa e significativa.
As atividades desenvolvidas mostraram-se positivas. O reconhecimento da importância do lúdico pelos alunos configura-se como um importante passo para no futuro adotar esse recurso na prestação da assistência à saúde e a preocupação com humanização da assistência à pacientes independente de sua faixa etária.

Por meio das atividades lúdicas, os alunos se relacionam e reconhece melhor a realidade, fazendo com que eles se tornem mais autônomos do processo ensino aprendizagem.
Nessa lógica compartilhamos o mesmo pensamento de Gonçalves et al., (2008) há necessidade de se promoverem espaços que favoreçam a troca de experiências tanto entre os profissionais integrantes da área pedagógica, para que possam dar continuidade e implementar novos trabalhos relacionados com o tema saúde, quanto entre os profissionais do núcleo de saúde, para que assimilem elementos ainda mais pedagógicos e adequados a cada faixa etária.

Referências

ALVES, R. J. L. O lúdico no ensino de citologia e sua importância para o desenvolvimento de competências e habilidades. 39f. Monografia (Graduação em Licenciatura Plena em Ciências Biológicas) - Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

BARBOSA, E. F. Instrumentos de coleta de dados em pesquisas educacionais. Disponível em: http://www.inf.ufsc.br/~verav/Ensino_2013_2/Instrumento_Coleta_Dados_Pesquisas_Educacionais.pdf. Acesso em 25/05/14. Acessado em 15/06/14.

BRITO, T. R. P. et al . As práticas lúdicas no cotidiano do cuidar em enfermagem pediátrica. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 802-808, Dez. 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n4/v13n4a16. Acesso em 23/05/14.

CARDOSO, Vanessa; REIS, Ana Paula dos; IERVOLINO, Solange Abrocesi. Escolas promotoras de saúde. Rev. bras. crescimento desenvolv. hum., São Paulo , v. 18, n. 2, Ago. 2008 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12822008000200001&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 15/08/14.

CATRIB, A. M. F. et al. Promoção da saúde: saber fazer em construção. In: BARROSO, G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. de V. Educação em saúde no contexto da promoção humana. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. p. 31-37.

FIGUEIREDO-NERY, M. A. N. de; FIGUEIREDO, P. N. Práticas pedagógicas lúdicas: fontes iniciais para mentes criativas e empreendedoras? Revista Educação em Questão, Natal, v. 35, n. 21, p. 27-52, Mai, 2009. Disponível em: http://incubadora.ufrn.br/index.php/req/article/view/681/589. Acesso em 24/05/14.

GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5ª Ed. São Paulo: ATLAS, 2007.

GONCALVES, Fernanda Denardin et al . A promoção da saúde na educação infantil.Interface (Botucatu), Botucatu , v. 12, n. 24, Mar. 2008 . disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000100014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15/08/14.

GOULART, B. N. G. de; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde: contribuições para reflexão. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 255-268, Jan. 2010. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000100031&script=sci_arttext. Acesso em 24/05/14.

NAVES, R. M. et al. Treinamento de Habilidades Sociais em Grupo: Uma Intervenção com Tarefas Lúdicas. Psicol. pesq., Juiz de Fora , v. 5, n. 1, p. 39-50, Ago. 2011. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472011000100005. Acesso em 24/05/14.

SHOREDER, M. K.; PRUNER, E. R. A importância das atividades lúdicas no processo ensino-aprendizagem. Pleiade. Foz do Iguaçu, v. 7, n. 7, p. 7-32, Jan, 2010. Disponível em: http://www.uniamerica.br/site/revista/index.php/pleiade/article/view/133/117. Acesso em 21/05/14.

SILVA, R. D. Mais do que educar...ações promotoras de saúde e ambientes educacionais saudáveis na percepção do professor da escola pública. 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

SOARES, S. M.; SILVA, L. B.; SILVA, P. A. B. O teatro em foco: estratégia lúdica para o trabalho educativo na saúde da família. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 818-824, Dez. 2011. Disponível em: http://www.redalyc.org/pdf/1277/127721087022.pdf. Acesso em 23/05/14.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus por ser sustentáculo e nossa família pelo apoio incondicional em todos os momentos. Aos colegas, amigos, professores do Mestrado em Saúde Coletiva e a EEEP Abigail Sampaio pelas experiências e ideias compartilhadas e a Universidade de Fortaleza pela grandiosidade desse evento.

CONVIVENDO COM O MEDO: uma constante na vida da mulher mastectomizada

Autor 1– Geraldo Flamarion da Ponte Liberato Filho – *Centro Universitário Estácio do Ceará – Curso de Fisioterapia* – gflamarion@hotmail.com

Autor 2 – Francisca Francicleide Paiva Martins – Bolsista do CNPQ

Autor 3 – Paulo Félix de Almeida Pena –

Autor 4 – Francisco Antonio –– *Universidade de Fortaleza – Curso de Enfermagem, Doutorado em Saúde Coletiva*

Autor 5 – Cleoneide Paulo Oliveira Pinheiro – *Universidade de Fortaleza – Curso de Fisioterapia, Doutorado em Saúde Coletiva*

Autor 6 Raimunda Magalhaes Da Silva – *Universidade de Fortaleza – Programa da Pós-Graduação em Saúde Coletiva*

Palavras-chave: Mastectomizadas. Fisioterapia .Câncer de mama.

Resumo

O presente estudo teve por objetivo identificar sentimentos manifestados pela mulher a partir da cirurgia de extirpação da mama. Trata-se de um estudo de caráter descritivo com abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa cinco (05) pacientes pertencentes ao Programa de Assistência à Mulher Mastectomizada –PROAMMA, recrutadas aleatoriamente independentes de idade, raça, escolaridade, situação econômica e stado civil. Os dados foram coletados com entrevista do tipo semi-estruturada individual e categorizados por meio de analise de conteúdo. Os resultados apontaram que são vários os sentimentos manifestados pela Mastectomizada, porem os mais referidos foram a "dor simbólica" e o medos caracterizados, pelo reinicidiva da doença, constrangimento, vergonha, sendo, portanto o medo um sentimento constante na vida destas mulheres. Assim, constatamos que a dor e o medo são sentimentos constantes na vida da mastectomizada que impacta no contexto social, familiar e pessoal, sendo, portanto de valia a realização de ações publicas e privada que propicie um acompanhamento integral que assista a mulher a partir do momento inicial do diagnostico a terapêutica, minimizando sentimentos negativos manifestados pela mulher mastectomizada.

Introdução

O Câncer de mama (neoplasia mamaria) continua sendo uma das principais causas de morte de mulheres no mundo. É compreendido como um tumor maligno que ocorre quando há multiplicação, divisão exagerada e desordenada das células da mama, considerado como o segundo tipo mais frequente no mundo, e o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. (BRASIL, 2014 DUARTE; ANDRADE, 2003)

Para o Brasil, em 2014, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste (71,18/ 100 mil), Sul (70,98/ 100 mil), Centro- -Oeste (51,30/ 100 mil) e Nordeste (36,74/ 100 mil). Na região Norte, é o segundo tumor mais incidente (21,29/ 100 mil). Esse tipo de câncer é um fenômeno a ser investigado, com vistas no desenvolvimento de práticas de promoção da saúde, tendo como ponto de partida para tais intervenções a sua detecção precoce (BRASIL, 2014).

Uma vez instalada a doença a terapeutica pode ser por meio de radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Contudo, as técnicas cirúrgicas prevalecem cuja escolha depende da gravidade do quadro, consistindo na maioria das vezes a retirada total da mama, entretanto, pode-se optar pela cirurgia conservadora (tumorectomia ou quadrantectomia), mastectomia radical modificada ou a mastectomia radical clássica ou de Halsted que é a extirpação da mama com um procedimento de grande porte, com a morbidade mais elevada que as cirurgias conservadoras (CAMARGO; MARX, 2000).

Acredita-se que todos esses procedimentos terapêuticos desencadeiam na mulher experiência de sentimentos diviversificados provocados pela a perda da mama que pode provocar alterações na vida pessoal, profissional e social da mastectomizada.

O Programa de Assistência à Mulher Mastectomizada – PROAMMA, é esse tipo de serviço oferecido, com o propósito de prestar atendimento terapêutico e reintegração social da mulher mastectomizada de forma que favoreça a redução da dor seja ela física, psicológica ou social. Desenvolvido através do curso de Fisioterapia da Faculdade Integrada do Ceará, busca com a participação de uma equipe multidisciplinar, melhorar a qualidade de vida, reduzindo diversas queixas de dor das mulheres que dele participam.A partir do convívio com mulheres acompanhadas pelo PROAMMA e mediante suas freqüentes queixas, resolveu-se investigar sentimentos manifestados pela mulher a partir da cirurgia de extirpação da mama.

Metodologia

Este estudo teve caráter descritivo, de abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa 5 pacientes pertencentes ao Programa de Assistência à Mulher Mastectomizada – PROAMMA, recrutadas aleatoriamente independentes de idade, raça, escolaridade, situação econômica e estado civil.

Por se tratar de uma pesquisa qualitativa, o número de participantes foi estimado na dependência da saturação dos dados, ou melhor, à medida que foram surgindo unidades de significação e repetição do conteúdo, completou- se e encerrou-se a coleta de dados.

O presente estudo foi realizado no Laboratório de Diagnóstico e Tratamento de uma Faculdade Particular de Fortaleza, local que sedia o PROAMMA, situada à Rua Elizeu Uchoa Beco, 600, Bairro Água Fria, Fortaleza-CE. O PROAMMA é um programa de responsabilidade social composto por acadêmicos de Fisioterapia, fisioterapeutas, estagiários de serviço social e nutrição e tem como objetivo prestar atendimento terapêutico e reintegração social das mulheres mastectomizadas.

O estudo foi realizado no período de fevereiro a novembro, sendo os critérios de inclusãos mastectomizadas bilateral, operadas pelo menos a três meses, integrantes do PROAMMA há no mínimo um mês e que freqüentam regularmente. O instrumento escolhido para a coleta de dados foi à entrevista do tipo semi-estruturada contendo questões guias.

Para a interpretação e análise dos dados as respostas foram codificadas, e em seguida lidas sucessivamente para a observação e percepção das convergências contidas, sendo posteriormente analisadas e elencadas por categorias, de acordo com a similaridade de idéias contidas nos mesmos, a partir de uma análise de conteúdo segundo a técnica de Bardin (1977),

que visa obter por procedimentos sistemáticos, os objetivos da descrição dos conteúdos das mensagens que permitam a inclusão de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção dessa mensagem.

A pesquisa obedeceu aos aspectos éticos da pesquisa que envolve os seres humanos. Assim, os dados só foram coletados após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza conforme as normas da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2014)

Resultados e Discussão

Participaram como informantes cinco mulheres que residiam na cidade de Fortaleza-CE, com idades entre 43 e 69 anos. Sendo quatro mulheres casadas com filhos e uma solteira sem ter filhos.

Todas as entrevistadas referiram o medo e a dor psicossocial, oriunda da discriminação, da baixa estima e da rejeição. Uma delas foi submetida à mastectomia radical bilateral (Hera), as demais somente foram submetidas a mastectomia modificadas de Patey e Madden. Duas delas (Hera e Afrodite) optaram pela reconstrução das mamas. No que diz respeito à escolaridade, das cinco mulheres entrevistadas, duas concluíram o nível superior, duas o 2º grau incompleto e uma o 2º grau completo.

Como proposta para conhecer os sentimentos manifestadas pela mastectomizada, segundo a ótica da mulher, procedemos à análise dos dados a partir das questões guias: - Quais sentimentos vocês tem em relação sua cirurgia de retirada da mama? E o que mais dói em você ao pensar que ficou sem o seio? A partir da análise dos dados elegemos a categoria – CONVIVENDO COM O MEDO, constatando nas mulheres a apresentação constante do medo, o medo da cirurgia, da morte e a recidiva da doença.

...“Depois que fiz a cirurgia sinto medo de tudo, nunca tive tantos problemas, tem dias que fico pensando e com medo de toda a doença voltar”. (Artemis)

...”Eu achava que ia falecer e tenho medo que aconteça de novo, qualquer dor que sinto fico com medo”. (Athena)

...”Quando vejo outras mulheres conversando em que tiveram que fazer outra cirurgia é que me dá medo, me dói muito e fico preocupada”. (Afrodite)

Essas mulheres destacam o que sentiram após a cirurgia de mastectomia e foi identificado o medo e a dor psicossocial, caracterizando a insegurança e todas as emoções negativas.

O medo acompanha o existir humano desde a infância e é representado de várias formas, isto é, medo do tipo simbólico, como o 'medo do escuro' e o 'ficar só'. Entretanto, o 'medo do sangue' distingue-se de maneira nítida do 'medo da morte', seguramente pelo fato do sangue estar associado ao sentido da vida (ROAZZI et al., 2001).

Para muitos, o medo é a emoção negativa mais comum; mais do que isso, sendo um dos mais fortes delineadores da personalidade das pessoas, influencia no que pensamos poder ou não fazer (AINSWORTH, 1981).

Assim, Fernandes (2003) considera o medo do câncer de mama, que ainda amedronta a vida das mulheres acometidas, as constantes revisões para avaliar a progressão da doença as deixam muito ansiosas, com dúvidas e incertezas sobre uma possível recorrência.

O sentimento de dor e medo é representado por essas mulheres constantemente, ao saber da cirurgia e depois de se submeter à mastectomia, os sentimentos são diversificados como temer a volta da doença, conviver com o pavor de uma possível morte e até ouvir relatos de mulheres que já tiveram a doença e que tiveram que fazer uma nova cirurgia é um motivo para mais sofrimento.

Nota-se que o impacto de uma cirurgia desse porte é algo complexo e elas interagem constantemente com a idéia da perda da parte do corpo, do câncer, com o medo de outras perdas, inclusive perda da vida (SILVA; MAMEDE, 1998).

A remoção cirúrgica das mamas estimulou o desencadeamento desses sentimentos acima, que com a utilização de mecanismos de enfrentamento, foram minimizados e ocasionaram uma resposta adaptativa, ou seja, a aceitação da condição de ser mastectomizada.

Os achados desta pesquisa concordam com Silva e Mamede (1998) quando dizem que para essas mulheres, a dor passou a ser um elemento muito presente em suas vidas, verificando que o medo a acompanha no decorrer do cotidiano. Isso foi ressaltado quando a mulher referiu suas expectativas em relação à sobrevida, possibilidade de metástases e o desconhecimento dos efeitos do câncer sobre o corpo, o que foi bem elucidado nas falas de todas as entrevistadas.

Conclusão

Neste estudo entendeu-se que o medo e a dor simbólica é a causada pela retirada da mama que desencadeia na mulher uma série de conflitos emocionais, sentimentos diversos, sendo o medo uma constante na vida destas mulheres impactando em mudanças em seus hábitos de vida, em sua vida pessoal, social e familiar.

Destaca-se que cada mulher reage a essas situações conforme algumas variáveis que dizem respeito à sua história de vida, ao contexto social, econômico e familiar de cada uma.

O cotidiano delas marcado por medo, insegurança e dor. O medo da morte e do retorno de uma doença como o câncer, cheio de estigmas e causador de mutilações, leva, a sentimentos de ansiedade, insegurança, depressão e medo diante da vida. A dor pela perda da mama que é vista como um meio de comprovar a feminilidade e sexualidade, experimentando o sentimento de ser uma pessoa incompleta. Nas rotinas do dia-a-dia, no tomar banho, no dormir, em se olhar ao espelho, a falta da mama é a dor maior sentida por algumas dessas mulheres.

Portanto é necessário uma ação interdisciplinar e multiprofissional no sentido de ser trabalhado esses sentimentos, pois não basta a cura da doença e até a recuperação física, mas também é de igual valor a reintegração social e familiar dessas mulheres e a superação da dor e do medo que é uma constante na vida destas mulheres.

Referências

AINSWORTH, S. O Poder Emocional Positivo: Como governar seus sentimentos. São Paulo: Cultrix, 1981.

ALMEIDA, A. M; MAMEDE, M. V; PANOBIANCO, M. S; PRADO, M. A. S; CLAPIS, M. J. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto; v. 9, n. 5, p.63-69, set., 2001.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. 70. ed. Rio de Janeiro: Edições 70, 1977.

BLACK, J. M.; MATASSARIN-JACOBS, E. Enfermagem médico-cirúrgica. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

BRASIL. Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, n. 201, p. 21 082, 16 out. 1996. Seção 1.

CAMARGO, M.C.; MARX, Â.G. Reabilitação Física no câncer de mama. São Paulo: Roca, 2000.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto; v.11, n.5, p.614-621, Set./Out., 2003.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. Resolução COFFITO-10, de 3 de julho de 1978. Aprova o código de ética profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Diário Oficial da União. Brasília, p. 5 265-5 268, 22 set. 1978. Seção I, parte II.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos das mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estud. Psicol., Natal; v.8, n.1, p.155-163, Jan./Abr., 2003.

FERNANDES, A. F. C.; ARAÚJO, I. M. A. Enfrentando o diagnóstico de câncer de mama: depoimento de mulheres mastectomizadas. Fortaleza: UFC, 2005.

FERNANDES, A. F. C. O Cotidiano da Mulher com Câncer de Mama 1. ed Fortaleza: UFC,1997.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. Câncer de Mama Mulheres que Sobreviveram 1. ed. Fortaleza: UFC, 2003.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto; v.11, n.3, p.299-304, Maio/Junho, 2003.

FRANTZ, W. Educação e cooperação: práticas que se relacionam. Sociologias, Porto Alegre; n.6, p.242-264, Jul./Dez. 2001.

FREITAS J. R.; OLIVEIRA, E. L. C.; MARINHO, E. R.; ZAMPRONHA, R. A. C.; PEREIRA, R. J.; SOARES, F. A. Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil). Rev. Assoc. Med. Bras., Goiás; v.49, n.3, p.312-316, Jul./Set., 2003.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro; v.18, n.1, p. 197-204, Jan./Fev., 2002.

GUIRRO, E.; GUIRRO, R. Fisioterapia Dermato Funcional. 3. ed. São Paulo: Manole, 2002.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E. Tratado de fisiologia médica. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

INCA. Disponível em: < http: // www.inca.gov.br/ saúde >. Acesso em: 26 fev 2005.

LEITE, R. C.; OLIVEIRA, C.; RIBEIRO, L. Câncer de Mama Prevenção e Tratamento. 1. ed. São Paulo: Prestígio, 2002.

LIBÂNEO, J. C. Pedagogia e pedagogos, para quê? São Paulo: Cortez, 1998.

MARQUES, M. O. A aprendizagem na mediação social do aprendido e da docência. Ijuí: Unijuí, 1995.

MINAYO, M.C.S. O desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec,1996.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L. A. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo; v.49, n.2, p.185-190, Abr./Jun., 2003.

MUNHOZ,A. M; ALDRIGHI, J. M. Reconstrução mamária pós-câncer de mama: há como reduzir a morbidade?. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo; v. 50 n.3, p.234-234, jul./set., 2004.

PEREIRA, I.M.T.B. Educação em saúde em serviços de saúde. São Paulo, 1983. p. 8-21. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola Paulista de Medicina.

PEREIRA, I. M. T. B.; WESTPHAL, M. F.; STEWIEN, G. T. M. Percepções do médico-chefe a respeito de atividades educativas em Postos de Assistência Médica. Rev. Saúde Pública, Porto Alegre; v.25, n.4, p.306-314, Ago.,1991.

RANNEY, D. Distúrbios osteomusculares crônicos relacionados ao trabalho. São Paulo: Roca, 2000.

ROAZZI, A. F.; FEDERICCI F. C. B.; WILSON, M. A estrutura primitiva da representação social do medo. Psicol. Reflex. Crit., v.14, n.1, p.57-72, Nov., 2001.

RODRIGUES, D. P.; SILVA, R. M. Sexualidade da mulher mastectomizada: adaptando conceitos de ROY. Fortaleza, 1997. Monografia. Universidade Federal do Ceará.

SANDRIN, L. Como enfrentar a dor: entender, aceitar e interpretar o sofrimento. São Paulo: Paulinas, 1997.

SEVERINO, A. J. Educação, trabalho e cidadania: a educação brasileira e o desafio da formação humana no atual cenário histórico. São Paulo Perspec., São Paulo; v.14, n.2, p.65-71, Abr./Jun, 2000.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. Conviver com a mastectomia. Fortaleza: Edições UFC, 1998.

TODESCHINI, D. et al. Aspectos psicossociais do câncer de mama. R. Acta Med., Porto Alegre, p.339-347, 1994.

TORRES, G. V.; ENDERS, B. C. Atividades educativas na prevenção da AIDS em uma rede básica municipal de saúde: participação do enfermeiro. Rev. Latino-Am. Enfermagem, abr. 1999, vol.7, no.2, p.71-77.

TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1993.

Casa Vida: espaço de efetivação de promoção da saúde, educação em saúde e integralidade do atendimento

Amanda Modesto de Oliveira (apresentadora) – Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE). amandamodestodeoliveira@gmail.com
Professora Doutora Liduina Farias Almeida da Costa (orientadora) – Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Palavras-chave: Casas de Apoio em Saúde. Acolhimento. Integralidade no Atendimento. Espaço de Promoção da Saúde. Educação em Saúde.

Resumo

A Casa Vida é uma casa de apoio ligada ao Hospital Haroldo Juaçaba que trata de pacientes com câncer. Acolhe pacientes do interior do Ceará, que não possuem estadia e acomodação, e estão passando por longos tratamentos. A pesquisa que originou este trabalho objetivou compreender a dinâmica de funcionamento da Casa Vida e sua função na promoção da saúde. Trata-se de parte de estudo sobre interdisciplinaridade realizado nesse hospital (Parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará, processo nº. 12275513.6.0000.5534). Trata-se de estudo de natureza qualitativa, priorizando a observação flutuante. Resultado: o funcionamento da

Casa Vida é eficaz e proativo, além de imprescindível para os pacientes que dela necessitam para realizar tratamentos no Hospital Haroldo Juaçaba. Concluiu-se que as “casas de apoio” podem desempenhar importante papel na promoção e educação em saúde, assim como na integralidade do atendimento, desde que suas atividades se assemelhem aos da Casa Vida.

Introdução

Com a Lei Orgânica da Saúde desde 1990, a implementação do SUS, a delimitação obrigatória das funções dos municípios, estados e União em relação à organização dos serviços mediante regionalização e nível de complexidade, e a introdução de uma dinâmica de referência e contrarreferência segundo tais níveis, tornou-se prática comum, no Ceará, que os municípios mantenham Casas de Apoio na capital do Estado, a cidade de Fortaleza.

Em geral, tratam-se de estabelecimentos de saúde destinados a acolher a pacientes em vulnerabilidade social e que não possuem meios financeiros de custear hospedagem e alimentação durantes longos períodos. As casas de apoio foram pensadas como locais onde os pacientes pudessem ter tranquilidade e conforto durante tratamentos de saúde, pautando-se na concepção de cidadania e dignidade, além de contribuir para a melhoria da qualidade de vida do paciente, assim como seu bem-estar. Assim, deveriam proporcionar aos pacientes e acompanhantes um ambiente seguro e adequado para quem está com a saúde fragilizada ou debilitado.

Na verdade, são casa alugadas e “mantidas”, de modo quase sempre precário, por municípios ou consórcios municipais, nas quais os pacientes e, às vezes, algum familiar acompanhante permanecem à espera de procedimentos relacionados ao tratamento durante tempo determinado, ou aguardando ambulância para retorno ao município de origem.

No caso específico da Casa Vida, ressalta-se que ela é custeada e mantida por doações feitas ao Instituto do Câncer do Ceará e, diferente das demais, conta com colaboração de voluntários para organizar e dar funcionamento à casa de apoio. O contato com a mesma durante estágio curricular, impeliu-me a compreender suas funções de contribuição na melhoria da saúde.

Metodologia

A pesquisa realizada foi de natureza bibliográfica, documental e de campo. Inicialmente, foi realizado um aprofundamento bibliográfico acerca do referencial teórico adotado, que gira em torno essencialmente das seguintes temáticas: casas de apoio em saúde; acolhimento; o trabalho o assistente social no âmbito da saúde; integralidade do atendimento; espaços de promoção de saúde e qualidade de vida.

Em um segundo momento que, na verdade, é intercalado ao primeiro, foi realizada pesquisa documental, consistindo em consulta e/ou aprofundamento de consulta a documentos oficiais mantidos nos arquivos da instituição (folders, matérias contidas nas revistas do hospital, regulamentos, livros de ocorrência, ofícios, relatórios e atas) e a documentos oficiais disponíveis em mídias digitais e endereços eletrônicos.

Quanto à pesquisa de campo, que priorizou a observação flutuante, os primeiros contatos com a Casa Vida ocorreram em setembro de 2011, porém a pesquisa de campo propriamente dita ocorreu em outubro de 2013, e foram utilizadas técnicas como observação flutuante com anotações no diário de campo.

Relativamente aos aspectos éticos, e em respeito às Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 196, de 10/10/96 e n. 251, de 07/08/97, a pesquisa realizou-se após cadastro na Plataforma Brasil e aprovação (Parecer positivo n. 410. 633) do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Cearense de Oncologia (ECO).

Resultados e Discussão

As casas de apoio são espaços que acolhem a pacientes oriundos do interior do estado, que estão em tratamento nos hospitais, os quais não têm lugar adequado que lhes ofereça abrigo e alimentação em Fortaleza. A construção desses estabelecimentos visa à melhoria e preservação/manutenção da qualidade de vida dos pacientes e prevenção de agravos à saúde.

Geralmente, as casas de apoio são mantidas pelos diversos municípios do Ceará, os quais não podem disponibilizar o tratamento necessário aos pacientes e os encaminham para a capital a fim de que façam tais procedimentos médicos. Esses estabelecimentos são mantidos pelos municípios principalmente porque há tratamentos que são diários e prolongados, e a fragilidade do paciente inviabiliza a sua locomoção diária de um município para outro, além disso, há cidades que são muito distantes de Fortaleza.

O Instituto do Câncer do Ceará (ICC) é um organização privada, de caráter filantrópico, beneficente, social e sem fins lucrativos, a qual está inserida no nível de alta densidade tecnológica e está direcionada ao tratamento de neoplasias. Atende mensalmente, cerca de vinte mil pacientes, os quais são originários de municípios cearenses e estados próximos, e 70% deles são encaminhados por unidades do Sistema Único de Saúde (SUS). O hospital conta com uma extensa equipe de profissionais e várias especialidades, entre elas as de cancerologia cirúrgica, oncologia clínica, radioterapia e quimioterapia

A Casa Vida é a casa de apoio vinculada ao ICC que acolhe temporariamente os pacientes, provindos do interior do estado de Ceará, em relativa vulnerabilidade social, que não possuem condições de saúde nem financeiras para custear alimentação, estadia e alojamento durante períodos prolongados de tratamento. Este estabelecimento funciona desde 1954 e se localiza próximo ao prédio do Hospital Haroldo Juaçaba (HHJ), a dois quarteirões de distância.

A assistência prestada ao paciente que está na Casa Vida é voltada para a oferta de alimentação adequada (inclusive para pacientes sondados e em dieta líquida e pastosa), cuidados básicos de saúde e higiene, repouso e descanso dos pacientes (os quais geralmente estão debilitados), transporte aos atendimentos realizados no HHJ, atividades de cunho educativo e orientador, além de atividades de caráter terapêutico, dentre outros.

Segundo ICC (2013), a Casa Vida tem capacidade de atender cerca de cento e vinte pessoas por vez e conta com a colaboração de mais de trezentos voluntários, os quais trabalham em prol de arrecadar fundos para mantê-la. Além disso, a Casa Vida oferece suporte de equipe multiprofissional aos pacientes e acompanhantes, tais sejam as categorias: médico, enfermeiro, psicólogo, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistente social, que ficam à disposição dos pacientes e acompanhantes na casa de apoio.

Os pacientes permanecem na Casa Vida junto com um acompanhante, para os quais são disponibilizados dormitórios e alimentação. Quando chegam ao hospital, paciente e acompanhante se dirigem ao serviço social, onde é feito o "encaminhamento de primeira vez", documento no qual constam os principais dados do paciente. Após o preenchimento da ficha, a assistente social orienta à dupla quanto as normas de funcionamento da Casa Vida e depois pede que assinem um termo de consentimento, afirmando que estão cientes do que lhes será oferecido durante a estadia e de como devem se portar e proceder diante das diversas situações.

Há uma relação muito muito sólida entre a prática do serviço social do ICC e a assistência prestada na casa de apoio, pois quase todos os procedimentos realizados na casa passam antes pelo referido setor, tais como: entrevistas de primeira vez, avaliação dos casos, cadastros dos pacientes e acompanhantes, encaminhamentos de estadia na casa, orientações acerca das normas de funcionamento, viabilização de transporte do interior do estado mediante alta do paciente, e retornos aos municípios de origem, solicitação de transporte dos municípios para locomoção dos pacientes e acompanhantes, dentre outros

O serviço social, além de ser responsável pelo encaminhamento dos pacientes à Casa Vida, se ocupa também em fazer contato com o município de origem e solicitar transporte para a volta do paciente a sua residência, quando o tratamento está finalizado. Ressalta-se, que esta última atividade é por vezes complicada, tendo em vista que a maioria dos municípios não tem determinado qual órgão deve disponibilizar o transporte para o paciente que está em tratamento na capital. Então, as profissionais do serviço social ficam nesse impasse. Normalmente, é a secretaria de saúde que disponibiliza o automóvel, mas às vezes é o hospital, a prefeitura, o posto de saúde, dentre outras instituições e unidades.

Se essa problemática fosse trabalhada em uma dimensão macroestrutural da saúde no Brasil, os serviços que atuam em esferas menores e diretamente com o paciente teriam suas ações mais pontuais e eficazes. Neste caso, se fosse determinado qual órgão é responsável por disponibilizar transporte aos pacientes que fazem tratamento em outra localidade (e se esta unidade tivesse aparato estrutural para tal serviço), a assistente social já direcionaria seu atendimento e entraria em contato com a unidade correta, assim, a ação seria otimizada, diminuindo o tempo de espera do paciente para resolução da situação, evitando o uso desnecessário de serviços telefônicos, subtraindo os esforços da profissional e transferindo o tempo de atendimento desse caso para outros mais urgentes.

Diante dessa situação, a profissional se comunica primeiramente com a secretaria de saúde, caso seja inviável a disponibilidade do automóvel, entra-se em contato com os demais órgãos. É válido lembrar, que acontece, não raramente, o fato de o paciente ter que retorna à Casa Vida, mesmo tendo terminado seu tratamento, por falta de transporte, o que conflui em outro desafio: a superlotação do estabelecimento, tendo em vista que o hospital atende a todo o Ceará e a algumas cidades de outros estados.

A superlotação da Casa Vida é consequência da excessiva demanda, provinda do interior do estado para tratamentos da saúde na capital. Nem sempre é possível ao hospital atender a todos os pacientes, os quais são encaminhados às casas de apoio de outros municípios que, por sua vez, oferecem serviços bastante limitados.

No entanto, essa demanda exacerbada é fruto da falta de condições dos municípios de garantirem as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à saúde. Então, esses usuários são encaminhados para a capital, a fim de tenham o atendimento de que precisam. Fato que gera o aumento da demanda e a consequente superlotação nos hospitais de média e alta complexidade.

Dentre as várias atividades que ocorrem na Casa Vida, ressalta-se a sala de espera, a qual é uma atividade realizada pelos residentes multiprofissionais em cancerologia, os quais são profissionais de distintas categorias da saúde, como: assistentes sociais, enfermeiras, psicólogas, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos. As salas de espera são realizadas semanalmente e construídas a partir de atividades e dinâmicas educativas e lúdicas.

O objetivo das salas de espera reafirma a meta da Casa Vida, que é proporcionar acolhida aos pacientes e familiares, bem como produzir um ambiente confortável, humanizado e de diálogo, onde construam-se laços entre os pacientes, cuidadores e os profissionais e trabalhadores da saúde envolvidos.

As salas de espera são tidas como ferramentas para a efetivação de educação em saúde, pois as atividades pensadas e realizadas induzem ou viabilizam os pacientes e cuidadores a refletirem acerca das temáticas abordadas e assim a participarem ativamente do processo saúde-doença pelo qual estão passando. Tais atividades oportunizam aos usuários a saírem da condição de espectadores de seu tratamento e os leva a participar ativamente do que está sendo realizado, tornando-os protagonistas de todo o processo.

Desta forma, de acordo com Nora (2009), a educação em saúde promovida pelas atividades das salas de espera estão intimamente articuladas com o conceito de promoção da saúde, pois requerem a participação de toda a população envolvida (pacientes, acompanhantes, cuidadores, familiares, profissionais da saúde, funcionários da instituição), e não só das pessoas que adoecerão.

Conclusão

O trabalho desenvolvido nas e a partir das casas de apoio, especificamente a Casa Vida do Instituto do Câncer do Ceará, é de fundamental relevância para a qualificação da assistência em saúde e para a efetivação incessante e infindável dos direitos sociais e humanos dos pacientes usuários do Sistema Único de Saúde, sobretudo aos que vivem em situação de vulnerabilidade social, carência de cidadania, falta de informações e violação de direitos sociais, estando distante da condição da dignidade humana.

A Casa Vida cumpre seu papel com a promoção da saúde, pois promove atividades educativas e lúdicas de cunho orientador, como as salas de espera realizadas pela equipe de residentes multiprofissionais da instituição, as quais são tidas como ferramentas de efetivação da educação em saúde. Desta forma, as salas de espera pontes para a produção e (re)produção de novas práticas, de acolhimento, de construção de vínculos, de promoção da saúde, de humanização, de solidariedade e de integralidade de assistência.

Referências

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos – CONESP. Resolução nº 251, de 7 de agosto de 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. 2006.

_____. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 29 out. 2012a.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. Projeto Profissional, Espaços Ocupacionais e Trabalho do Assistente Social na Atualidade. In: CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Atribuições Privativas do (a) Assistente Social Em Questão. Brasília, DF: CFESS, 2012.

ICC, Instituto do Câncer de Ceará. História – Serviços. Disponível em: <http://www.hospcancer-icc.org.br/>. Acesso em: 19 jul. 2010.

_____. Responsabilidade Social. Disponível em: < http://www.portalicc.org.br/>. Acesso em: 16 jan. 2013.

LAWRENCE, Leshan. O câncer como ponto de mutação: um manual para pessoas com câncer, seus familiares e profissionais da saúde; tradução: Denise Bolanho. São Paulo: Summus, 1992.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. Serv. Social e Sociedade, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011.

NORA, Carlise Rigon Dalla; MÂNICA, Fabiana; GERMANI, Alessandra Regina Müller. Sala de Espera: uma ferramenta para efetivar a educação em saúde. Revista Saúde e Pesquisa, v. 2, n. 3, p. 397-402, set-dez, 2009.

TEIXEIRA, Enéas Rangel; VELOSO, Raquel Coutinho. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr-jun, 2006.

Agradecimentos

À Universidade Estadual do Ceará. Ao Instituto do Câncer do Ceará. À equipe interdisciplinar que assiste aos pacientes da Casa Vida. Aos pacientes da Casa Vida. À orientadora desta atividade. À todos que de alguma forma contribuíram para a construção deste trabalho.

Competências para o autocuidado e capacidade de mobilidade em pacientes com acidente vascular encefálico.

Adman Câmara Soares Lima – Universidade Federal do Ceará, UFC – adminhacs@hotmail.com
Maria Nataniele de Oliveira Roldão – Universidade Estadual do Ceará, UECE
Karizia Vilanova Andrade - Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar, ISGH
Natália de Lima Vesco – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE
Raquel Ferreira Gomes Brasil – Universidade Federal do Ceará, UFC
Escolástica Rejane Ferreira Moura Ramalho – Universidade Federal do Ceará, UFC

Palavras-chave: Acidente vascular encefálico. Cuidados de enfermagem. Autocuidado.

Resumo

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração na circulação cerebral que ocasiona déficit no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, resultando em perda da função neurológica, que acarreta comprometimento de algumas funções. O presente trabalho objetivou identificar as competências para o autocuidado e a capacidade de mobilidade em pacientes com diagnóstico de AVE. Trata-se de uma pesquisa descritiva, transversal, desenvolvida com 51 pacientes internados em uma unidade de terapia intensiva especializada no atendimento à portadores de AVE agudo localizada em um hospital de Fortaleza-CE. Foi realizada avaliação física mediante aplicação de um instrumento e coletados dados sociodemográficos e referentes as competências para o autocuidado e capacidade para mobilidade. Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Office Excel 2007 e receberam tratamento estatístico descritivo. A maioria dos participantes era do sexo masculino, com união estável e baixa escolaridade. Na avaliação das competências para o autocuidado, 28 (54,9%), 26 (50,9%), 27 (54,0%) e 24 (46,9%) pessoas apresentaram algum grau de dependência para a higiene corporal, higiene oral, vestir-se e alimentar-se, respectivamente. Quanto à capacidade da mobilidade, 17(33,3%) apresentaram incapacidades para deambular, 12(23,5%) incapacidade para mover-se no leito, 18(36,7%) dificuldades em transferir-se de uma superfície para outra e 9(19,7%) apresentaram incapacidade total para mover-se com o auxílio de outros artifícios. É fundamental que o enfermeiro avalie o grau de dependência e incapacidade desses pacientes para promover o cuidado específico para cada caso e promover o desenvolvimento de suas atividades de vida diária.

Introdução

O acidente vascular encefálico (AVE) é uma alteração na circulação cerebral que ocasiona déficit no funcionamento de uma ou mais partes do cérebro, podendo ser classificado como isquêmico ou hemorrágico, resultando em perda da função neurológica, sendo esta temporária ou definitiva. O grau de comprometimento varia de acordo com o tamanho, extensão e a localização da isquemia ou do fluxo sanguíneo (RAFII; HILLIS, 2006).

Considerada a terceira causa de óbitos no mundo, a prevalência do AVE é elevada, ficando atrás das doenças cardiovasculares e do câncer. Há uma projeção mundial de que, em 2030, quatro milhões de indivíduos desenvolvam essa patologia (RODRIGUES et al., 2013). Diante disso, o AVE representa um impacto na saúde pública mundial, por ser a principal causa de incapacidades neurológicas e de importantes disfunções motoras e cognitivas. Os acometidos geralmente enfrentam incapacidades residuais, tais como paralisia dos músculos, rigidez das partes do corpo afetadas, perda da mobilidade das articulações, dores difusas, problemas de memória, dificuldades na comunicação oral e escrita e incapacidades sensoriais (ANDRADE et al.,2009).

Estudo remoto identificou que 80% dos indivíduos que sofreram o primeiro episódio de AVE apresentavam incapacidades após a alta hospitalar. Destes, apenas 20% se recuperaram totalmente, sendo capazes de realizar as atividades de vida diária e exercer o autocuidado com independência (FALCÃO et al., 2004). A identificação precoce dos déficits do autocuidado e a intervenção, assim como a implementação de cuidados específicos, poderão levar a uma recuperação mais rápida e bem sucedida.

Compete ao enfermeiro, enquanto profissional de saúde e líder da equipe de enfermagem, desenvolver maneiras seguras e eficazes de cuidar desses pacientes, promovendo a independência. Assim, as práticas sistematizadas de cuidar em saúde melhoram a qualidade da assistência prestada, bem como contribuem para o reconhecimento das ações de enfermagem pelos pacientes e familiars.

A relevância deste estudo está em contribuir para a promoção da saúde de pacientes críticos, uma vez que ao identificar corretamente as competências para o autocuidado poderão ser realizadas as intervenções corretas, tanto individualmente quanto com a ajuda da família. Isso contribuirá para a recuperação das incapacidades e para a conscientização dos profissionais de enfermagem, no sentido de que muito poderão realizar tanto para recuperar quanto para prevenir as recidivas de AVE

Propõe-se, no presente estudo, identificar as competências para o autocuidado e a capacidade de mobilidade em pacientes com diagnóstico de AVE.

Metodologia

Pesquisa descritiva, transversal, desenvolvida em unidade de cuidados intensivos, especializada no atendimento de pacientes com diagnóstico de AVE agudo, de hospital de grande porte de Fortaleza-CE.

A população envolveu 51 pacientes admitidos na unidade referida, durante o período da coleta de dados, que foi de junho a julho de 2012 e de fevereiro a abril de 2013. Participaram os pacientes que atenderam aos critérios de inclusão: estar internado na unidade com diagnóstico médico confirmado de acidente vascular encefálico, independente do tipo e apresentar déficit neurológico focal no momento da admissão. O convite para participar da pesquisa foi formulado no momento em que os pacientes estavam acordados e quando não haviam procedimentos a serem realizados. Foi explicado aos participantes e acompanhantes os objetivos e metodologia do estudo, os critérios de inclusão e exclusão e a obrigatoriedade de o participante assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após consentimento, foi realizada a avaliação física do paciente no leito, respeitando sua privacidade e integridade física e, o registro no instrumento construído e validado por Hermida (2005), que contém, entre outros quesitos, os aspectos sociodemográficos, competências para o autocuidado e capacidade para mobilidade. As competências para o autocuidado analisadas foram: Higiene Corporal e Oral, Tricotomia Facial e Vestimenta. Foi levada em consideração a capacidade do paciente em realizar essas atividades de forma independente (sozinho), com auxílio de outra pessoa ou totalmente dependente.

Por último, foram identificadas as capacidades de mobilidade: capacidade para deambular, mover-se no leito, transferir-se de uma superfície para outra e capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas ou bengalas.

Este material é parte de uma pesquisa mais ampla intitulada “Diagnósticos de enfermagem em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico, segundo Modelo conceitual de Orem”, cujos dados foram organizados e analisado em planilha do Microsoft Office Excel - 2007 e receberam tratamento estatístico descritivo. Os resultados foram apresentados em tabelas.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará, conforme o protocolo n. 010/11. Foram respeitados os aspectos éticos recomendados na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

A pesquisa contemplou uma amostra de 51 pacientes, sendo 29 (56,8%) do sexo masculino e 22 (43,1%) do sexo feminino. Em relação ao estado civil, 31 (60,7%) eram casados, 15 (29,4%) solteiros e 5 (9,8%) viúvos. O maior percentual tinha ensino fundamental incompleto (21-42,8%), seguido pelo ensino fundamental completo (14 - 28,5%). Outros 7 (14,2%) haviam concluído o ensino médio, 5 (10,2%) não eram alfabetizados, 3 (2,0%) não concluíram o ensino médio e 1 (2,0%) tinha ensino superior completo. Adman usa-se só uma casa decimal.

Quanto às competências para o autocuidado na higiene corporal, 28 (54,9%) indivíduos apresentam algum grau de dependência, sendo que 17 (33,3%) precisam de auxílio e 11 (21,5%) apresentaram necessidade de que outra pessoa realize por ele. Quanto à higiene oral, 26 (50,9%) pessoas não realizam sozinhas, destes, 13 (25,4%) precisam apenas de auxílio e 13 (25,4%) não conseguem sequer ajudar. No que tange à capacidade de vestir-se, 27 (54,0%) pacientes apresentam alguma dependência, onde 13 (26,0%) precisam que alguém vista suas roupas, sem conseguir colaborar. Por fim, ao avaliar a alimentação, 24 (46,98%) eram dependentes de ajuda, destes, 13 (25,5%) necessitam apenas de auxílio e 11 (21,4%) são totalmente dependentes (TABELA 1).

Tabela 1: Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico, segundo as competências para o autocuidado. Fortaleza-CE, 2013.

COMPETÊNCIAS PARA O AUTOCUIDADO

	Faz sozinho		Precisa de auxílio ou orientação		Precisa que alguém faça por ele	
	N	%	N	%	N	%
Higiene corporal	23	45,1	17	33,3	11	21,6
Higiene Oral	25	49,0	13	25,5	13	25,5
Vestimenta	23	46,0	14	28,0	13	26,0
Alimentação	27	53,0	13	25,5	11	21,4

No que diz respeito à tricotomia facial, por ser algo inerente ao sexo masculino, dos 29 homens investigados, 23 (79,3%) desempenhavam essa função de forma independente. Quanto à vestimenta, 23 (46%) realizam essa atividade sozinhos, 14 (28%) precisam de ajuda e 13 (26%) precisam de auxilio.

Dessa forma, pode-se perceber que percentuais relevantes desses indivíduos apresentaram alguma dependência.

Estudo desenvolvido no Distrito Federal, Brasil, investigou pacientes no pós-AVE e identificaram os problemas de desempenho ocupacional, evidenciando percentuais inferiores ao do estudo ora apresentado. Dos 47 indivíduos investigados, 12,76% apresentaram comprometimento na alimentação, 8,51% apresentavam dificuldade para vestir-se e 4,25% limitações para tomar banho (MENESES et al., 2012).

O autocuidado tem sido reconhecido como um recurso para a promoção da saúde e gestão dos processos saúde-doença e representa uma base teórica para as intervenções educacionais, cognitivas e comportamentais envolvendo planejamentos de atividades de aprendizados que aumentam o conhecimento da pessoa no momento de tomar decisões decorrentes das transições ao longo do ciclo vital (PETRONILHO, 2012). Baseados nesses fatos, autor tem demonstrado preocupação com esse cuidado e manutenção do mesmo como revela o modelo conceitual da Teoria de Autocuidado de Orem, em que conceitua o grau de capacidade e a necessidade do doente, determinando intervenções e ações do enfermeiro no autocuidado (PENAFORTE, 2011).

O enfermeiro, por estar mais presente no cotidiano desses pacientes, tem papel fundamental como promotora do cuidar, orientando e estimulando pacientes e cuidadores a lidar com essa nova fase da vida, proporcionando apoio emocional a todos. Perlini e Faro (2005) afirmam que é indispensável o estímulo ao paciente para que o mesmo realize suas atividades de forma independente.

Em relação à capacidade de mobilidade, 17(33,3%) apresentaram incapacidades para deambular, 12(23,5%) incapacidade para mover-se no leito, 18(36,7%) dificuldades em transferir-se de uma superfície para outra e 9(19,7%) apresentaram incapacidade total para mover-se com o auxílio de outros artifícios (TABELA 2).

Tabela 2: Distribuição dos pacientes com acidente vascular encefálico, segundo as capacidades na mobilidade. Fortaleza-CE, 2013.

Variáveis	SIM		NÃO	
	N	%	N	%
Capacidade para deambular	34	66,6	17	33,3
Capacidade para mover-se no leito	39	76,4	12	23,5
Capacidade para transferir-se de uma superfície para outra	31	63,2	18	36,7
Capacidade para mover-se com cadeira de rodas, muletas, bengalas	37	80,4	9	19,7

As causas de incapacidades de locomoção relatadas pelos pacientes foram diversas incluíram: nível de consciência prejudicado, relato de plegias, cirurgias recentes, tremores e parestesia.

Pesquisa realizada com 121 pacientes vitima de AVE constatou percentual superior ao da pesquisa supracitada, encontrando 88,9% dos indivíduos com dificuldade para virar-se no leito, necessitando de auxílio; e 92,2% com mobilidade física prejudicada (COSTA et al., 2010).

É fundamental que o enfermeiro avalie o grau de dependência e incapacidade na locomoção visto que, déficit de locomoção interfere diretamente no desenvolvimento das atividades de vida diária e autoestima (ROCHA; SOUSA; ROZENDO, 2013). Desta forma, faz-se necessário que a equipe de enfermagem e a equipe multidisciplinar abordem pacientes e cuidadores para a reabilitação.

Após o AVE, a mensuração da dependência ou independência funcional permite o acompanhamento da evolução do doente no seu processo de reabilitação (GREVE, 2007). Diante das dificuldades apresentadas, os pacientes dependerão de outras pessoas para desempenhar atividades básicas, ficando susceptíveis a perda da autonomia e redução da qualidade de vida (PETRONILHO,2012).

Portanto, quanto mais precoce é a determinação dessas condições, logo serão implentadas intervenções e, consequentemente, menor serão os níveis de comprometimento funcional e cognitivo (PARAYBA e SIMÕES, 2006).

Conclusão

Percentuais elevados de pacientes em pós-AVE apresentam algum grau de dependência no desempenho do autocuidado, sendo a competência para higiene corporal a mais comprometida, seguida de vestir-se, higiene oral e alimentação. Quanto à mobilidade, chama-se a atenção para a capacidade de mover-se no leito, comprometida em 23,5% dos pacientes.

É fundamental que o enfermeiro avalie o grau de dependência e incapacidade dos pacientes em relação ao autocuidado e sua capacidade de mobilidade, visto que, interferem diretamente na sua autoestima e no desenvolvimento de suas atividades de vida diária. Diante das dificuldades apresentadas, o enfermeiro por estar mais presente no cotidiano desses pacientes, tem papel fundamental de orientar e estimular essas pessoas e cuidadores a lidar com essas limitações, proporcionando apoio emocional a todos.

Espera-se que este estudo desperte o interesse do enfermeiro e da equipe de saúde pelo desenvolvimento de estratégias de educação em saúde e de manejo dessas condições como medidas de promoção da saúde e do autocuidado, seja este individual ou com o apoio dos familiares.

Referências

ANDRADE, L.M; COSTA, M.F.M; CAETANO, J.A; SOARES, E; BESERRA, E.P. A problemática do cuidador familiar do portador de acidente vascular cerebral. RevEscEnferm USP. v. 43 n.1 p :37-43. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Resolução 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

COSTA, A.G,S.; OLIVEIRA, A.R.S.; ALVES, F.E.C.; CHAVES, D.B.R.; MOREIRA, R.P.; ARAUJO, T.L. Diagnóstico de enfermagem: mobilidade física prejudicada em pacientes acometidos por acidente vascular encefálico. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo , v. 44, n. 3, Set. 2010 .

FALCÃO, I.V.; CARVALHO, E.M.F.; BARRETO, K.M.L.; LESSA, F.J.D.; LEITE, V.M.M. Acidente vascular cerebral precoce: implicações para adultos em idade produtiva atendidos pelo Sistema Único de Saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. v.4 n.1 Recife Jan./Mar, 2004.

GREVE.J. Tratado de medicina e reabilitação. Sao Paulo: Editora Roca, 2007.

HERMIDA, P.M.V. Elaboração e validação de instrumento para coleta de dados na assistência de Enfermagem. [dissertação de mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas/ UNICAMP; 2005.

MENESES, K. V. P.; DUARTE, J. S.; ALENCAR, V. O.; PEREIRA, A. C. S. Perfil sócio demográfico e áreas de desempenho ocupacional afetadas em pacientes pós-ave atendidos por um serviço de terapia ocupacional. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo, Brasil, v. 23, n. 2, p. 107-112, ago. 2012.

PARAYBA, M.I.; SIMÕES, C.C.S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro , v. 11, n. 4, Dez. 2006.

PENAFORTE, M. H. O. O Autocuidado higiene: conhecimento científico e ritual. 2011. Tese (Doutorado em Enfermagem). Univerdidade de Enfermagem de Lisboa, 2011.

PERLINI, N.M.O.G.; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. Rev Esc Enfem USP n.39.v.2.p.154-163. Jun. 2005.

PETRONILHO, F.A.S. Autocuidado: conceito central da Enfermagem. 1ºed. Formasau. Coimbra, 2012.

RAFII, M.S.; HILLIS, A.E. Compendium of cerebrovascular diseases. Int Rev Psychiatry, v .18, n.5, p.395-407. Oct, 2006.

ROCHA, L.S; SOUZA, E.M.S.; ROZENDO, C.A. Necessidades humanas básicas e dependência de cuidados de enfermagem de idosos institucionalizados. Rev. Eletr. Enf., Goiânia , v. 15, n. 3, set. 2013 .

RODRIGUES, E.S.R; CASTRO,K.A.B.; REZENDE, A.A.B.; HERRERA, S.D.S.C.; PEREIRA, A.M.; TAKADA, J.A.P. Fatores de risco cardiovascular em pacientes com acidente vascular cerebral. Revista Amazônica. v.2,n.1, p.21-28. 2013.

Cuidados de Enfermagem na Manutenção do Potencial Doador de Órgãos e Tecidos para Transplante: Uma Revisão de Literatura

Natália de Lima Vesco – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE. natyliv@hotmail.com
Cristiana da Silva Nogueira – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.
Ramirene Ferreira Lima – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.
Ana Christina de Sousa Silveira – Faculdade Maurício de Nassau.
Adman Câmara Soares Lima – Universidade Federal do Ceará, UFC.
Carla Daniele Mota Rêgo Viana – Faculdade de Ensino e Cultura, FAECE.

Palavras-chave: Morte Encefálica. Cuidados de Enfermagem. Doadores de Tecidos. Cuidados Intensivos. Transplante de Órgãos.

Resumo

O transplante de órgãos é uma alternativa terapêutica eficaz e segura que determina uma melhor perspectiva e qualidade de vida de milhares de pessoas através do controle da falência de alguns tecidos e insuficiências terminais de alguns órgãos. Um dos tipos de doadores falecidos é o doador com Morte Encefálica (ME). Após a confirmação do diagnóstico de ME, a assistência ao paciente é alterada direcionando-se os cuidados aos órgãos e tecidos, e não mais à proteção cerebral, visando à qualidade da doação aos receptores. O presente estudo objetivou descrever os principais cuidados de enfermagem na manutenção do PD em ME. Trata-se de uma revisão bibliográfica, onde foram considerados os materiais pertinentes ao tema, com busca nas bases de dados bibliográficos Lilacs, Medline e

Scielo. Foram utilizados cinco descritores: “Morte Encefálica”, “Cuidados de Enfermagem”, “Doadores de Tecidos”, “Cuidados Intensivos” e “Transplante de Órgãos”. Os resultados e a discussão do estudo foram categorizados de acordo com os cuidados de enfermagem relacionados às alterações fisiológicas da ME: alterações cardiovasculares, pulmonares, endócrino-metabólicas, hipotalâmica, aspectos infecciosos e alterações hematológicas. A otimização do cuidado aos pacientes em ME é de grande relevância para que se tornem doadores efetivos e ocorra um melhor aproveitamento dos órgãos transplantados, tornando a atuação do enfermeiro cada vez mais evidente como peça fundamental nesse processo, contribuindo para o aumento da viabilidade dos órgãos e sobrevida de muitas pessoas.

Introdução

O transplante de órgãos é uma alternativa terapêutica eficaz e segura que determina uma melhor perspectiva e qualidade de vida de milhares de pessoas através do controle da falência de alguns tecidos e insuficiências terminais de alguns órgãos (SOLER, 2009). Atualmente, o Brasil possui um dos maiores programas público de transplantes de órgãos e tecidos do mundo (BRASIL, 2012), ocupando o segundo lugar na lista dos países com o maior número de transplantes realizados (perdendo apenas para os EUA) (ABTO, 2013).

Apesar do crescimento do país, ainda existe significativa discrepância entre a demanda da necessidade da nossa população e o número de doações (FAGIOLI, BOTONI, 2009). De acordo com o Registro Brasileiro de Transplantes, os dados de Dezembro de 2013 apontam que ainda há 23.919 pacientes ativos na lista de espera por um transplante. No mesmo ano, o crescimento de 5% na taxa de doadores efetivos foi menor que o previsto e pela primeira vez, desde 2007, a meta proposta não foi atingida (ABTO, 2013).

O sucesso da doação depende de um processo dinâmico com várias etapas dependentes e interligadas, desde a detecção do Potencial Doador (PD), até o acompanhamento de resultados pós-transplante (SOLER, 2009). No Brasil, esse processo de captação e doação de órgãos é regulamentado e normatizado pela lei nº 9.434/97 e lei nº 10.211/01, que estabelece as diretrizes da Política Nacional de Transplantes de Órgãos e Tecidos, determinando a gratuidade da doação, além dos critérios do PD vivo e falecido (BRASIL, 2014). Existem três tipos de doadores falecidos: Doador com coração parado recente, doador com coração parado tardio e o doador com Morte Encefálica (ME) (SOLER, 2009).

Após a confirmação do diagnóstico de ME, a assistência ao paciente é alterada. Os cuidados são direcionados aos órgãos e tecidos, e não mais à proteção cerebral, visando a qualidade da doação aos receptores (SANTOS; MORAES; MASSAROLLO, 2010). Uma pesquisa analisou o conhecimento de intensivistas, médicos e enfermeiros sobre os critérios de diagnóstico da ME, detectando-se uma alta prevalência de desconhecimento entre os entrevistados (SILVA; SILVA; RAMOS, 2010). A ME provoca alterações fisiológicas no metabolismo, na função endócrina e imunológica, além da coagulação. Se não forem apropriadamente conduzidas, podem resultar na disfunção de múltiplos órgãos e sistemas, colapso cardiovascular e assistolia (FAGIOLI; BOTONI, 2009). Quando não tratadas de forma correta, essas alterações são as principais causas da não efetivação do transplante, tornando-se necessário o conhecimento dos profissionais em relação à manutenção deste organismo a fim de preservar os órgãos (FREIRE, SG et al., 2012).

Uma pesquisa realizada em um hospital de Natal demonstrou que o conhecimento dos profissionais de enfermagem era insuficiente em relação ao diagnóstico de ME e sua manutenção, mostrando a necessidade de aperfeiçoamento sobre o tema (FREIRE, ILS et al., 2012). Essa falta de conhecimento constitui um dos problemas na oferta de órgãos, pois está diretamente associado a falhas no processo de manutenção do PD (WESTPHAL et al., 2011a), como a parada cardíaca, que é uma das causas da não efetivação do transplante (SOLER, 2009). Dessa forma, o tratamento do PD em ME é diretamente associado ao sucesso no transplante de vários receptores (FAGIOLI; BOTONI, 2009).

Diante do exposto, o presente trabalho tem o objetivo de descrever os principais cuidados de enfermagem na manutenção do PD em ME.

Metodologia

Este estudo consistiu em uma pesquisa de literatura, onde foram considerados os materiais existentes e pertinentes ao tema. A fonte destes dados foi fundamentada com artigos específicos sobre o tema apresentado, considerando a realização de busca nas bases de dados bibliográficos Lilacs, Medline e Scielo, além de livros associados ao tema. Para a busca dos artigos foram utilizados cinco descritores, individualmente e de forma cruzada: “Morte Encefálica”, “Cuidados de Enfermagem”, “Doadores de Tecidos”, “Cuidados Intensivos” e “Transplante de Órgãos”. Foram excluídas as produções que não abordavam totalmente a temática. A coleta de dados foi realizada no período entre janeiro e abril de 2014. Os critérios de inclusão foram artigos publicados em português, na íntegra, disponíveis nas bases de dados selecionadas, no período dos últimos cinco anos (2009 a 2014). Foram encontrados 130 artigos, sendo selecionados 12 artigos para constituir nosso estudo. Os artigos que compuseram a pesquisa se sujeitaram a uma leitura fina e detalhada, sendo analisados e categorizados para a discussão. A categorização consistiu em definir os cuidados de enfermagem relacionados às alterações fisiológicas da ME, sendo discutidas como descritas logo abaixo: Cuidados de enfermagem relacionados às alterações cardiovasculares, pulmonares, endócrino-metabólicas, hipotalâmica, aspectos infecciosos e alterações hematológicas.

Resultados e Discussão

Cuidados de Enfermagem Relacionados às Alterações Cardiovasculares

A monitorização cardíaca do PD deve ser a mais completa possível, garantindo o registro de eletrocardiografia contínua, além dos outros dados vitais básicos, como a Pressão Arterial (PA), medida da Pressão Venosa Central (PVC), análise da perfusão, entre outros (CARVALHO et al., 2011; FAGIOLI; BOTONI, 2009).

A HAS relacionada à Pressão Intracraniana (PIC) deve ser tratada quando a Pressão Arterial Sistólica (PAS) for > 180mmHg e a Pressão Arterial Diastólica (PAD) for > 120mmHg ou a Pressão Arterial Média (PAM) for > 95 mmHg (WESTPHAL et al., 2011a). As drogas vasoativas devem ter infusão controlada, especialmente o nitroprussiato de sódio. Dessa forma, recomenda-se o uso da bomba de infusão,

pois o controle do seu gotejamento deve ser rigoroso. A PA deve ser monitorizada continuamente (CARVALHO et al., 2011), de preferência, de maneira invasiva. A meta pressórica mínima deve ser PAM > 65 mmHg e a PAS > 90 mmHg (WESTPHAL et al., 2011a).

Para orientar a reposição volêmica, a PVC não deve ser usada isoladamente, mas juntamente com a utilização de parâmetros dinâmicos para ava¬liar a responsividade a volume. Recomenda-se infudir 500 a 1000 ml de volume quando apresentar si¬nais de hipofluxo e PVC < 4 mmHg. Se irresponsivo a volume, de acordo com parâmetros dinâmicos ou se variação da PVC > 2 mmHg, interromper a infusão (WESTPHAL et al., 2011a).

Na correção do volume, o Ringer Lactato é o cristalóide de escolha, mas o uso de solução salina a 0,45%, também aponta bons resultados, pois o uso de Cloreto de Sódio (NaCl) 0,9% pode causar hipernatremia (CARVALHO et al., 2011).

As drogas vasoativas devem ser infundidas em veias centrais e a reposição de volume deve ser realizada através de uma veia calibrosa periférica para evitar o uso dos mesmos de forma rápida pelas mesmas vias e minimizar o risco de extravasamento (CARVALHO et al., 2011).

Na ocorrência de Parada Cardiorrespiratória (PCR) e taquiarrit¬mias, o enfermeiro, junto com o médico, deve iniciar as manobras básicas e avançadas imediatamente (WESTPHAL et al., 2011a; CARVALHO et al., 2011) e o trans¬porte ao centro cirúrgico para a remoção dos órgãos viáveis (WESTPHAL et al., 2011a). As medidas de suporte devem ser interrompidas ao NÃO doador de múltiplos órgãos e tecidos em função da irreversibilidade do caso, conforme o processo-consulta nº 7.311/97 do CFM.

Cuidados de Enfermagem Relacionados às Alterações Pulmonares

A assistência pulmonar ao PD exige que o enfermeiro esteja atento ao Ventilador Mecânico (VM) e seus parâmetros. Recomenda-se ventilar os PD's com pulmões nor¬mais, utilizando estratégia protetora (com baixos volumes correntes). Manter volume corrente de 6 a 8 ml/kg de peso ide¬al, ajustar Fração Inspirada de Oxigênio (FiO_2) para obter Pressão Parcial de Oxigênio (PaO_2) ≥ 90 mm Hg e Pressão Expiratória Final Positiva (PEEP) de 8 a 10 cmH_2O. A ventilação utilizando estratégia protetora não se aplica aos pacientes com dificuldade de oxigenação (WESTPHAL et al., 2011b).

Além dos parâmetros, é importante manter o aquecimento e a umidificação dos gases inspirados, evitar o acúmulo de secreções nos circuitos do ventilador, aspirar secreções pulmonares mantendo técnica asséptica, com o intuito de melhorar a oxigenação tecidual e minimizar os riscos de infecções (CARVALHO et al., 2011). Recomenda-se aspirar ao tubo orotraqueal somente quando houver se¬creção traqueal. Visando reduzir o risco de aspiração pulmonar é recomendado manter a cabeceira elevada entre 30º e 45º e manter a pressão do balonete do tubo traqueal entre 20 e 30 cm H_2O.

Outros procedimentos que devem ser realizados rotinei¬ramente são: oximetria de pulso contínua, gasometria arte¬rial a cada 6horas, radiografia de tórax a cada 24horas, broncoscopia e lavado bronco-alveolar (WESTPHAL et al., 2011c).

Cuidados de Enfermagem Relacionados às Alterações Endócrino-Metabólicas

Anormalidades eletrolíticas também podem estar relacionadas às alterações hemodinâmicas com risco de interferir na estabilidade cardiovascular do doador. (CARVALHO et al., 2011; WESTPHAL et al., 2011b). Realizar controle e registro hídrico e de todos os dados hemodinâmicos é de responsabilidade da equipe de enfermagem, pois baseados neles, medidas terapêuticas serão iniciadas (CARVALHO et al., 2011).

Além da reposição hormonal, a hipernatremia no diabetes insipidus pode ser corrigida administrando-se água livre IV na forma de solução glicosada a 5% ou com solução salina a 0,45% (WESTPHAL et al., 2011b).

O enfermeiro, juntamente com a equipe de enfermagem, deve realizar controle glicêmico capilar pelo menos a cada 6 ho¬ras em todos os PD's. Se o nível glicêmico for > 180 mg/dl, iniciar infusão de insulina e realizar controle glicêmico capilar mais frequentemente (WESTPHAL et al., 2011b).

Em relação ao suporte nutricional enteral ou parenteral no doador falecido é importante para promover combustível exógeno, man¬ter a massa magra e a função imune, evitando compli¬cações metabólicas. Em situações de insta¬bilidade grave hemodinâmica, com necessidade de altas doses de vasopressores e sinais de hipoperfusão tecidual, a dieta deve ser suspensa até a reversão do quadro (WESTPHAL et al., 2011b).

Cuidados de Enfermagem Relacionados à Alteração Hipotalâmica

Recomenda-se a monitorização da temperatura central através da artéria pulmonar, do esôfago, da membrana timpânica e da nasofaringe. Não são recomendadas temperaturas obtidas na cavida¬de retal, axilar e oral (WESTPHAL et al., 2011a).

A hipotermia, depois de instalada, torna-se de difícil reversão, por isso recomenda-se preveni-la desde a confirmação do diagnóstico de ME, aquecendo o ar ambiente e os gases no ventilador mecânico (42-46ºC), usando mantas térmicas e infun¬dindo líquidos aquecidos (43ºC). Além disso, para reverter a hipotermia, além das medidas já descritas, também se pode utilizar a ir¬rigação gástrica e colônica com soluções aquecidas e a in¬fusão de cristalóides a 43ºC em veia central. Em PD's, a irrigação vesical e peritoneal não deve ser realizada (WESTPHAL et al., 2011a).

Cuidados de Enfermagem Relacionados à Aspectos Infecciosos e Alterações Hematológicas

A enfermagem desempenha um papel fundamental na prevenção da infecção. Dessa forma, é necessário a realização da higiene corporal e bucal diariamente (AGNOLO et al., 2010; FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011), além

da troca dos curativos de forma asséptica dos pontos de inserção dos cateteres venosos e arteriais e a mudança de decúbito a cada duas horas para a prevenção de úlceras por pressão, mantendo a integridade da pele (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011). A higiene corporal realizada nos PD's em ME é uma forma de humanizar a assistência ao doador. Mantê-lo limpo e higienizado é uma maneira de tratá-lo com o mesmo respeito e dedicação que os pacientes vivos. Essa humanização é realizada muitas vezes pensando na família, na forma como ela irá encontrar seu ente querido (GUELBER et al., 2011), trazendo o bem estar do familiar, e a certeza de que o paciente está sendo bem cuidado (HARDT; MORAES, 2009). Essa higienização corporal poderá ser feita conforme rotina do setor (AGNOLO et al., 2010), se necessário, utilizando água aquecida (SANTOS; SILVA; FERREIRA, 2012).

A córnea é um tecido que está associado a altos índices de doação e transplante, necessitando de proteção e cuidados durante a manutenção do PD. A umidificação desse tecido com solução salina a 0,9% (FREIRE, SG et al., 2012; AGNOLO et al., 2010) ou com a utilização de colírios (HARDT; MORAES, 2009) é fundamental para evitar ressecamento e conseqüentes lesões (FREIRE, ILS et al., 2012). Devem-se utilizar gazes umedecidas sobre as pálpebras fechadas (FREIRE, SG et al., 2012), evitando contato direto da gaze com a córnea (HARDT; MORAES, 2009). Além disso, a proteção desse tecido contra ceratites é feito através da utilização de pomadas oftálmicas, conforme prescrição médica. (AGNOLO et al., 2010; FREIRE, ILS et al., 2012).

Entre as alterações já citadas, o paciente em ME também pode apresentar distúrbios de coagulação. Além dos resultados de exames laboratoriais, a equipe de enfermagem deve ficar atenta para identificar tal distúrbio, como coagulação intravascular disseminada, observando sinais de sangramentos persistentes nos locais de punção vascular, gengivorragias e hematúria (FONSECA; COSTA; NOGUEIRA, 2011).

Conclusão

Diante da escassez de doadores e de órgãos em condições satisfatórias, a otimização do cuidado aos pacientes em ME é de grande relevância para que se tornem doadores efetivos e ocorra um melhor aproveitamento dos órgãos transplantados, tornando a atuação do enfermeiro cada vez mais evidente como peça fundamental nesse processo, dessa forma, contribuirá para a diminuição de falhas durante a manutenção, aumentando a viabilidade dos órgãos e o número de transplantes realizados, permitindo o aumento da sobrevida de muitas pessoas.

Esperamos que o presente estudo proporcione orientações aos enfermeiros para que uma melhor assistência seja providenciada, sanando suas dúvidas e contribuindo no fornecimento de subsídios para o investimento da sua qualificação e valorização, através do desenvolvimento de programas e treinamentos de capacitação profissional, além de contribuir na definição de protocolos e procedimentos operacionais padrão em relação ao tema explorado.

Referências

AGNOLO, Cátia Millene Dell et al. Morte encefálica: assistência de enfermagem. JBT - J Bras Transpl, São Paulo. V.13, n.1, p. 1258 - 1262, jan/mar 2010.

ABTO- Associação Brasileira de Transplante de órgãos. Registro Brasileiro de Transplantes. São Paulo; 2013

Brasil. Conselho Federal de Medicina. Parecer do CFM sobre Morte Encefálica. Processo-consulta nº7.311/97, aprovado em Sessão Plenária do dia 17 de Junho de 1998. Brasília, 02 de março de 1998. Disponível em: <http://www.bioetica.ufrgs.br/par7311.htm> . Acesso em 09 Março 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. SNT- Sistema Nacional de Transplantes. Brasília/DF. Disponível em <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/dsra/integram.htm>. Acesso em 04 Março 2014.

Brasil. Ministério da Saúde/ DATASUS - Portal de Transplantes. 2012. Disponível em <http://aplicacao.saude.gov.br/saude/transplante/home/Destaques/historia-transplante>. Acesso em 04 Março 2014.

CARVALHO, AYC et al. Alterações fisiopatológicas na morte encefálica e os cuidados de enfermagem: uma revisão de literatura JBT – J Bras Transpl, São Paulo. V.14, n.2, p.1533-1537, abr/jun 2011

FAGIOLI, F.; BOTONI, F. Tratamento do potencial doador de múltiplos órgãos. REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS - RMMG, América do Norte, 1913 10. 2009.

FONSECA, ATA; COSTA, VAS; NOGUEIRA, EC. Assistência de enfermagem ao potencial doador de orgãos e tecidos: registros de um hospital de Sergipe. JBT - J Bras Transpl, São Paulo. V.14, n.1, p. 1460 - 1465, jan/mar 2011.

FREIRE, Izaura Luzia Silvério et al . Morte encefálica e cuidados na manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos para transplante. Rev. Eletr. Enf., Goiânia , v. 14, n. 4, dez. 2012 .

FREIRE, Sarah Gabriel et al . Alterações fisiológicas da morte encefálica em potenciais doadores de órgãos e tecidos para transplantes. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro , v. 16, n. 4, Dec. 2012.

GUELBER, Flávia Alves Condé Pires et al. Cuidando da pessoa com morte encefálica – experiência da equipe de enfermagem. JBT – J Bras Transpl, São Paulo. V.14, n.2, p.1501-1506, abr/jun 2011.

HARDT, J; MORAES, E.L. Morte Encefálica: Percepções dos Enfermeiros frente aos cuidados ao potencial doador de órgãos. Blumenau: FURB, 2009. 153p. Trabalho de Conclusão de Curso - Graduação de Enfermagem, Universidade Regional de Blumenau, 2009.

SANTOS M.J.; MORAES E.L.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Cuidados intensivos com o potencial doador de orgaos e tecidos para transplante. In: Padilha KG, Vattimo MFF, Silva SC, Kimura M (orgs). Enfermagem em UTI: cuidando do paciente critico. Barueri: Manole; p.1088-101. 2010.

SANTOS, S.S.; SILVA, D.C.G.; FERREIRA, E.B. Procedimento operacional padrão (POP) para assistência de enfermagem à manutenção do potencial doador de órgãos e tecidos. JBT – J Bras Transpl, São Paulo. V.15, n.1, p.1635-1641, jan/mar 2012.

SILVA, J.R.F.; SILVA, M.H.M.; RAMOS, V.P. Familiaridade dos profissionais de saúde sobre os critérios de diagnósticos de morte encefálica. Enferm. Foco, Brasília; 1(3): 98-103, nov. 2010.

SOLER, W.V. Diretrizes Básicas para Captação e Retirada de Múltiplos Órgãos e Tecidos da Associação Brasileira de Transplante de Órgãos / São Paulo: ABTO - Associação Brasileira de Transplante de Órgãos, 2009.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et al . Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte I. Aspectos gerais e suporte hemodinâmico. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 23, n. 3, Set. 2011a.

WESTPHAL, Glauco Adrieno et al . Diretrizes para manutenção de múltiplos órgãos no potencial doador adulto falecido: parte II. Ventilação mecânica, controle endócrino metabólico e aspectos hematológicos e infecciosos. Rev. bras. ter. intensiva, São Paulo , v. 23, n. 3, Set. 2011b

Cuidados Paliativos: Dificuldades da Enfermagem no Alívio da Dor Oncológica

Camila Brasil Moreira – Universidade Federal do Ceará. Email: camilabrasil@alu.ufc.br
Carla Roberta Cruz de Queiroz Frate – Faculdades Nordeste
Ana Fátima Carvalho Fernandes – Universidade Federal do Ceará
Anna Paula Sousa da Silva – Faculdades Nordeste

Palavras-chave: Cuidados Paliativos. Dor. Enfermagem Oncológica.

Resumo

Objetivo: Analisar as evidências científicas sobre as dificuldades dos enfermeiros acerca do desenvolvimento de cuidados para o alívio da dor do paciente oncológico terminal e identificar as principais dificuldades na prática de Enfermagem para esse cuidado. Método: Revisão integrativa da literatura. Para selecionar os artigos, foram utilizados os descritores: dor, enfermagem oncológica e paciente terminal. As bases de dados fonte dos estudos foram a Base de Dados em Enfermagem, a Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, e a Scientific Eletronic Library Online. Resultados: Conforme os critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos, foi obtida uma amostra de seis artigos. Após a análise do material obtido, os resultados apontaram que as dificuldades de enfermagem no alívio da dor oncológica em pacientes terminais sob cuidados paliativos, são relacionadas à dificuldade no manejo da dor, à deficiência do conhecimento técnico científico e/ou ao sofrimento emocional do enfermeiro. Conclusão: As práticas realizadas, muitas vezes são ultrapassadas, pois os enfermeiros, devido às exaustivas cargas de trabalho, não buscam uma atualização constante. Ressalta-se a importância de uma educação continuada destes profissionais, conscientizando-os da necessidade da busca do conhecimento, pois a área de oncologia e cuidados paliativos está em constante atualização, sendo assim, os enfermeiros necessitam cada vez mais de novos conhecimento e habilidades específicas.

Introdução

Ao averiguar as principais causas de morte, com projeção para o ano de 2030, estudo infere que o câncer será líder em doenças crônicas mundialmente (WHO, 2012). Atualmente, encontra-se em terceiro lugar. Os dados do Brasil, afirmam que as neoplasias malignas são a segunda causa de morte por doença (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Estima-se que, para 2014 e 2015, são esperados mais 500 mil novos casos de câncer no mundo. Estudos apontaram que os tipos de câncer mais incidentes no Brasil são de pele não melanoma, próstata, mama e pulmão (BRASIL, 2014).

O adoecer pelo câncer é uma das experiências de doença crônica mais temida, indesejada e sofrida, observada nos relatos e no cotidiano de pessoas que já vivenciaram ou estão vivenciando esse processo, principalmente, na presença de sintomas de difícil controle. A maioria dos pacientes com câncer, na maior parte do mundo, já se encontram em situação de doença avançada e o foco do cuidado dos profissionais de saúde, nesse contexto, volta- se para o controle de sinais e sintomas que causam desconforto e sofrimento, principalmente a dor (WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

A dor é caracterizada como o quinto sinal vital, o tratamento é considerado como parte primordial para o cuidado, que visa enfatizar a consciência entre os profissionais de saúde sobre a importância do tratamento efetivo da dor. Os pacientes são as maiores autoridades sobre a existência da dor. Portanto, a validação da existência da dor baseia-se no relato do paciente e de sua existência (PARSONS, 2012).

A dor é relatada como um dos principais sinais e sintomas que o paciente com câncer mais apresenta. Sendo manifestada em 51 a 70% dos pacientes com diagnóstico de câncer, nos vários estágios que a doença apresenta, porém, nos estágios mais avançados, essa porcentagem aumenta para 70 a 90% dos indivíduos internados em cuidados paliativos(WATERKEMPER; REIBNITZ, 2010).

Em 1990, o conceito de cuidados paliativos foi definido: trata-se de cuidados ativos e totais do paciente cuja doença não responde mais ao tratamento curativo. Aborda o cuidado diferenciado que aponta melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, por meio de uma adequada avaliação e tratamento específico para o alívio da dor e seus sintomas, além de promover suporte psicossocial e espiritual (ARAUJO; SILVA, 2007).

Os cuidados paliativos fazem parte da assistência de Enfermagem e os pacientes em fase terminal requerem do enfermeiro conhecimentos específicos sobre: manejo da dor, administração de analgésicos, sintomas clínicos da fase final de muitas doenças, comunicação com o paciente, além da habilidade no trabalho em equipe, leitura e estudo de artigos e livros sobre o assunto e ainda a reflexão sobre o significado da morte e da terminalidade (CHAVES; MASSAROLLO, 2009).

Cabe ao Enfermeiro promover um cuidado centrado em amenizar a dor dos pacientes oncológicos terminais em situação de viver/morrer, porém deve-se estabelecer a comunicação entre familiares e cuidadores, pois entendemos ser a família o componente essencial na promoção da saúde e no cuidado, com assistência integral biológica, psicológica, social, econômica, espiritual e cultural (AVANCI et al., 2009).

Na perspectiva de aprofundar o conhecimento acerca da temática, surge o seguinte questionamento: Quais as dificuldades encontradas por enfermeiros acerca dos cuidados desenvolvidos para o alívio da dor do paciente oncológico terminal? Esse questionamento configurou o ponto de partida para o desenvolvimento de uma busca na literatura, com a finalidade de identificar evidências para subsidiar a prática clínica, considerando que pessoas com doença oncológica, fora de possibilidades terapêuticas de cura, apresentam diversas necessidades específicas de cuidados, como também pela escassez de estudos que destaquem evidências clínicas sobre as ações de enfermagem voltadas para esse público.

Diante do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar as evidências científicas sobre as dificuldades dos enfermeiros acerca do desenvolvimento de cuidados para o alívio da dor do paciente oncológico terminal e identificar as principais dificuldades na prática de enfermagem para esse cuidado.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura que tem como base a análise de estudos relevantes que dão suporte a um amplo conhecimento da área pesquisada, e auxilia na tomada de decisão e no aperfeiçoamento da prática clínica, permitindo a síntese das evidências de um determinado assunto, além de apontar lacunas do conhecimento que necessitam ser preenchidas com a realização de novos estudos (URSI; GALVÃO, 2006).

Para guiar a revisão integrativa, formulou-se a seguinte questão: Quais as dificuldades de enfermeiros no desenvolvimento de cuidados para o alívio da dor do paciente oncológico terminal?

Para buscar respostas a esta indagação foi realizado o levantamento de artigos através das bases de dados BDENF (Base de Dados em Enfermagem), do LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e SCIELO (Scientific Eletronic Library Online), que se tratam de bibliotecas eletrônica, onde abrangem uma coleção de periódicos brasileiros, que registram a literatura técnico-científica em saúde.

Foram utilizados os descritores controlados (DesC): dor; enfermagem oncológica; paciente terminal. Assim, foram selecionados os artigos que estivessem coerentes com a pergunta norteadora e os objetivos do estudo, obedecendo aos seguintes critérios de inclusão: artigos científicos de enfermagem, que estavam disponíveis on-line na íntegra em periódicos nacionais. Foram excluídos os estudos que não atendiam aos critérios de inclusão.

Após a busca, para selecionar os artigos, foi feita leitura dos títulos e dos respectivos resumos de 1.049 referencias encontradas, com a finalidade de verificar a pertinência do estudo com a questão norteadora levantada para investigação. Ao final, foram pré-selecionados 23 artigos a serem lidos na íntegra, entretanto, destes somente seis artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão pré-estabelecidos, foram incluídos na revisão integrativa.

Para a extração de dados e análise de cada um dos artigos foi utilizado, após autorização da autora9, um instrumento que contém os seguintes itens: identificação, características metodológicas, rigor metodológico, rigor das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados.

Para a análise do material empírico, utilizou-se a técnica de análise de conteúdo, a partir das seguintes etapas: pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados. Os artigos analisados foram denominados estudos numerados de 1 a 6 e agrupados em categorias temáticas conforme similaridade.

Resultados e Discussão

Neste estudo, foram analisados seis artigos na íntegra, por meio da técnica de análise de conteúdo temática, o que proporcionou a seguinte categorização: dificuldade no manejo da dor, a deficiência do conhecimento técnico-científico e o sofrimento emocional do enfermeiro.

Quanto à caracterização dos estudos, observou-se que, em relação ao ano de publicação, detectou-se que em 2005, 2007, 2008 e 2011, foi identificada somente uma publicação em cada ano, respectivamente; e, em 2010, duas publicações.

Em relação às bases de dados, três estudos estavam publicados no SCIELO, três na LILACS e nenhum na BDENF. Quanto ao tipo de estudo, foram encontrados três artigos de pesquisa qualitativa, uma publicação de pesquisa quantitativa, uma de revisão bibliográfica e um relato de experiência.

Em relação à força de evidências, segundo classificação adotada no presente estudo (STETLER et al., 1998), identificou-se que quatro publicações têm nível 4, ou seja, estudos com desenho não experimental; e duas têm nível 5, ou seja, relatório de casos ou dado obtido de forma sistemática.

Na identificação das categorias encontradas, constatou-se que quatro artigos relataram sobre as dificuldades que os profissionais têm no manejo da dor, eventualmente a dificuldade em identificar e melhorar a situação do paciente quanto à dor. Três artigos explanaram acerca da deficiência do conhecimento técnico-científico dos profissionais que atuam em Unidades de Cuidados Paliativos, enfatizando a falta de aprimoramento dos mesmos quanto às novas técnicas para o alivio e identificação da dor. E três artigos discursaram sobre o

sofrimento emocional do enfermeiro no cuidado ao paciente terminal, e como o profissional deve trabalhar seu lado emocional quando cuida do paciente oncológico nesse nível da doença.

Sabe-se que a enfermagem age diretamente com o paciente, estando ao seu lado em todos os momentos de sua estadia no hospital, devido a essa aproximação, a mesma torna-se essencial na identificação da dor, com o convívio diário, o enfermeiro tenta diferenciar o tipo de dor que aquele cliente está sentindo, mas não há um instrumento que possa ser usado por todas as enfermeiras para que as ações sejam uniformes e sistemáticas, as mesmas utilizam da percepção individual.

Tal fato pode ser observado quando estudiosos inferem que a enfermagem sabe que para proporcionar cuidado eficaz ao paciente oncológico em cuidados paliativos, é preciso reconhecer a avaliação da dor como uma atividade assistencial imperativa em sua atuação (WATERKEMPER et al., 2010). Contudo, mesmo que existam instrumentos para esta avaliação, é verbalizado que enfrentam obstáculos de diversas ordens, principalmente a que se refere à falta de protocolos.

Os obstáculos são identificados em estudos visto que, as enfermeiras muitas vezes, não sabem como agir diante a dor do paciente, já que esta é subjetiva não podendo ser mensurada, dificultando assim uma assistência plena e que lide com todos os sentimentos no que se refere a dor total.

Estudos relatam que profissionais de saúde realizam avaliação e registro da dor de forma insuficiente e menos de 25% dos prontuários de pacientes contém anotações sobre doses de opióides, doses de salvamento, hábitos intestinais e usos de laxativos (FONTES; JAQUES, 2012).

Muitos enfermeiros trabalham em Unidades de Cuidados Paliativos, sem que haja uma capacitação adequada, para que eles possam atuar de forma satisfatória, sabendo que, é indispensável o conhecimento, pois existem vários fatores que podem interagir com o processo doloroso. Alguns enfermeiros não possuem informações sobre o controle da dor crônica. O despreparo pode ser atribuído à inadequação da formação, que acarreta na negligência da avaliação da dor de forma sistemática; leva a subestimarem a frequência de ocorrência da dor e a ignorarem o impacto da dor para o paciente. As vezes, os profissionais comportam-se como se a dor fizesse parte da doença e do tratamento, como um sintoma natural (FONTES; JAQUES 2012).

Neste contexto, percebe-se a importância da educação no trabalho, pois a enfermeira é a profissional que atua diretamente com o paciente, sendo a transmissora de conhecimento, bem estar e tranquilidade para a família, não só durante o tratamento, mas também no período de luto, oferecendo suporte.

Assim, a enfermeira, destaca-se como profissional que deveria está sempre atualizada e capacitada para promover o cuidado a estes pacientes, o que falta é uma busca constante das mesmas, para que estes cuidados sejam melhorados a cada dia (WATERKEMPER et al., 2010).

Quando se trata de cuidados paliativos e pacientes terminais, passa-se a questionar o porquê de aprimorar as práticas existentes, já que as que são utilizadas, são suficientes para uma melhoria do quadro álgico, é com o desenvolvimento deste pensar, que deve-se levar em conta que, enquanto há vida, existe a necessidade do cuidado de enfermagem, pois enquanto vivos e perceptivos, necessita-se de cuidadores que tenham uma visão holística e que saibam exatamente como lidar com suas dores, emoções, tristezas e até mesmo alegrias.

Apesar de a enfermagem trabalhar constantemente vivenciado a morte, o pesar e a perda, que são fatos esperados e comuns em Unidades de Cuidados Paliativos, muitas vezes não se consegue aceitá-los como processos naturais da vida. Amenizar a dor dos familiares, também faz parte do processo do cuidar, por outro lado, presenciar a morte cotidianamente, faz com que o enfermeiro haja com aqueles que ainda vivem, de forma mais humana, pois eles se envolvem com questões complexas e emocionalmente intensas.

Percebe-se que não é difícil detectar sintomas de estresse e exaustão física nos profissionais da enfermagem que lidam com cuidados paliativos, entretanto esses deveriam reconhecer suas fragilidades e dificuldades de lidar com a dor do outro. Acreditar que a morte faz parte da vida e que com o tempo a família do seu paciente irá se reestruturar, aceitando a finitude da vida, poderia ser uma opção para suavizar esse desgaste emocional (RECCO et al., 2005).

Existe um déficit na equipe de psicologia nas Unidades de Cuidados Paliativos, onde estes profissionais são essenciais para o cuidado psicológico e sentimental dos pacientes e familiares, colaborando com o trabalho desenvolvido pela enfermagem, além de prestar apoio psicológico para os profissionais que ali atuam, pois estes carecem dessa atenção. A partir daí, destacamos a necessidade de uma equipe multiprofissional preparada, atuando em conjunto, para que os cuidados sejam postos em prática com mais eficácia (WATERKEMPER et al., 2010).

Conclusão

Este estudo possibilitou dimensionar e analisar a produção do conhecimento sobre as dificuldades dos enfermeiros acerca do desenvolvimento de cuidados para o alívio da dor do paciente oncológico terminal.

Após análise dos artigos selecionados, verificou-se que há muita dificuldade dos enfermeiros, quanto a identificação da dor, pois apesar dos avanços, ainda existe uma grande carência de instrumentos, percebendo-se a necessidade de uma reformulação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) para que os profissionais possam executar com mais eficácia seus conhecimentos e práticas, visando não somente a excelência no cuidado ao paciente, mas que este, seja extensivo também à família.

A deficiência de um conhecimento técnico-cientifico dos profissionais que atuam nestas unidades, reflete no cuidado ao paciente, as práticas realizadas muitas vezes são ultrapassadas, pois os enfermeiros devido as exaustivas cargas de trabalho, não buscam uma atualização constante. Ressalta-se aqui, a importância de uma educação continuada junto a estes profissionais, conscientizando-os e mostrando-os a necessidade da busca do conhecimento, pois a área de oncologia e cuidados paliativos vem crescendo muito nos últimos anos, e com ela a tecnologia, sendo assim, os enfermeiros necessitam cada dia mais de conhecimento e habilidades específicas.

Referências

ALVES, V.S.; SANTOS, T.S.; TREZZA, M.C.S.F.; SANTOS, R.M.; Monteiro, F.S. Conhecimento de profissionais da enfermagem sobre fatores que agravam e aliviam a dor oncológica. **Rev Bras Cancerol.** v.57, n.2, p.199-206, 2011.

ARAUJO, M.M.T.; SILVA, M.J.P. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. **Rev Esc Enferm USP.** v..41, n.4, p. 668-674, 2007.

AVANCI, B.S.; CAROLINDO, F.M.; GOES, F.G.B.; CRUZ NT, N.P. Cuidados paliativos à criança oncológica na situação do viver/morrer: a ótica do cuidar em enfermagem. **Esc Anna Nery**. v.13, n.4, p. 708-716, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA; 2014.

CHAVES, A.A.B.; MASSAROLLO, M.C.K.B. Percepção de enfermeiros sobre dilemas éticos relacionados a pacientes terminais em unidades de terapia intensiva. **Rev Esc Enferm USP**. v.43, n.1, p. 30-36, 2009.

FONTES, K.B.; JAQUES, A.E. O papel da enfermagem frente ao monitoramento da dor como 5º sinal vital. **Cienc Cuid Saude**. v.6
, n.2, p. 481-487, 2012.

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. 758-764, 2008.

PARSONS, H.A. **Manual de cuidados Paliativos ANCP**. 2ª Ed. Porto Alegre: Sulina; 2012.

RECCO DC, LUIZ CB, PINTO MH. O cuidado prestado ao paciente portador de doença oncológica: na visão de um grupo de enfermeiras de um hospital de grande porte do interior do estado de São Paulo. **Arq Ciênc Saúde**. v.12, n.2, p. 85-90, 2005.

STETLER, C.B.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITSGERALD, J.; et al. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res.** v.11, n.4, p. 195-206, 1998.

STUMM, E.M.F.; LEITE, M.T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enferm**. v.13, n.1, p. 75-82, 2008.

URSI, E.S.; GALVÃO, C.M. Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev Latino - am Enfermagem** v.14, n.1, p.124-311, 2006.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S.; MONTICELLI, M. Dialogando com enfermeiras sobre a avaliação da dor oncológica do paciente sob cuidados paliativos. **Rev Bras Enferm**. v.63, n.2, p. 334-339, 2010.

WATERKEMPER, R.; REIBNITZ, K.S. Cuidados paliativos: a avaliação da dor na percepção de enfermeiras. **Rev Gaúcha Enferm**. v.31 n.1, p. 84-91, 2010.

World Health Organization. **10 facts on cancer.** Disponível em: <http://www.who.int/features/factfiles/cancer/facts/en/index4.html> Acesso em: 12 jan 2014.

Agradecimentos

Agradecemos aos pesquisadores que desenvolveram estudos acerca da temática por contribuírem brilhantemente para a elaboração de pesquisas de revisão.

Sibele Lima da Costa (apresentador) – Universidade do Estado do Ceará (UECE) - sibelelcosta@gmail.com
Ana Priscilla de Oliveira Vale – Universidade Potiguar (UnP)
Maria Rosimeire Guerra de Lima - UnP
Kalyane Kelly Duarte de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)
Rodrigo Jacob Moreira de Freitas - UECE
Dafne Paiva Rodrigues (Orientador) – UECE

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Neoplasias do colo do útero. Assistência à saúde.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que tem como objetivo analisar as ações realizadas pela Unidade Básica de Saúde, no que se refere à detecção precoce do câncer de colo do útero. Os sujeitos da pesquisa serão dois enfermeiros da Estratégia Saúde da Família e dez mulheres na idade entre dezoito e cinquenta anos que comparecem à unidade para realizar consulta ginecológica. Os dados serão coletados por meio de um roteiro para entrevista semiestruturada. Observou-se que não há problemas com o número de vagas, nem no atendimento ofertado, no entanto, a falta de informação mais detalhada à população acerca da importância da consulta ginecológica e sua periodicidade ligadas à detecção precoce do câncer de colo do útero configurou-se como uma grande lacuna em educação em saúde. As usuárias que procuram o atendimento são porque apresentam ou já apresentaram outros problemas ginecológicos. Portanto, concluiu-se que o pensamento de prevenção não é difundido na comunidade e é nesse ponto que o trabalho da equipe de enfermagem deverá ser revisto, a fim de que a usuária busque e se fixe no sistema de saúde.

Introdução

Dados da organização Mundial da Saúde (OMS) revelam que, a cada ano, 500 mil mulheres em todo o mundo sofrem de câncer do colo do útero, das quais pelo menos 250 mil morrem. No Brasil, a doença é a segunda maior causa por morte de câncer entre as mulheres, de acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012).

Das ocorrências de internação hospitalar no Rio Grande do Norte, de acordo com relatório CID – 10, a neoplasia maligna do colo de útero ocupou o primeiro lugar dentre as internações por essa patologia (SESAP, 2012).

O câncer de colo uterino antes de tornar-se uma doença maligna, apresenta lesões precursoras, isto é, lesões que ainda não são cancerígenas, mas que poderão se tornar. Através do exame ginecológico é possível detectar estas lesões, elevando as chances de cura. As lesões podem ser descobertas com exames básicos de rotina, oferecidos gratuitamente na rede de atenção básica (DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, 2012).

A prevenção do câncer de colo uterino deve envolver um conjunto de ações educativas com a finalidade de atingir grande parte das mulheres de risco, além da realização do Papanicolau. Através de programas de prevenção clínica e educativa há esclarecimentos sobre como prevenir a doença, sobre as vantagens do diagnóstico precoce, as possibilidades de cura, sobre o prognóstico e a qualidade de vida não só para esse tipo de câncer como para os demais. (PINELLI, 2002)

Quando essas lesões se agravam e não podem ser tratadas nos sistemas de baixa e média complexidade, sendo diagnosticadas como câncer, passam a serem tratadas nos serviços de alta complexidade (BRASIL, 2007). Um sistema de saúde integrado pressupõe oferta organizada de assistência, garantindo um processo de referência e contra referência em uma rede articulada de distintos níveis de complexidade. (SALES, 2005)

A produção de uma Sala de Situação em Saúde em uma Unidade de Saúde na cidade de Mossoró evidenciou um baixo número de usuárias que procuravam os serviços de saúde, principalmente para realizar os exames de prevenção do câncer uterino, bem como mostrou um número considerável de mulheres com diagnósticos de HPV e NIC II, III e câncer de colo uterino entre mulheres da área de abrangência da UBS. Essa relação, de baixa adesão das mulheres com o número elevado de lesões, chamou a atenção das pesquisadoras no intuito de compreender quais os motivos deste quadro apresentado e despertou o interesse de encontrar meios de contribuir para o diagnóstico precoce destas lesões, desenvolvendo prevenção e promoção com as usuárias.

Diante dessa realidade, o presente estudo tem como objetivo geral analisar as ações realizadas pela Unidade Básica de Saúde, no que se refere à detecção precoce do câncer de colo do útero.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa que foi realizado na UBS Chico Porto, no município de Mossoró/RN. Foram entrevistadas 02 enfermeiras lotadas na referida Unidade, bem como 10 mulheres, com idade entre 18 e 50 anos, que compareceram à unidade de saúde para realizarem consulta ginecológica. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro individual para entrevista semiestruturada. Após a coleta foi empregada a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo. A coleta de dados foi iniciada após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Potiguar (nº 290.222), CAAE nº 05649012.7.0000.5296.

Resultados e Discussão

A principal estratégia para detecção precoce e rastreamento do câncer de colo uterino é a realização do exame preventivo do colo do útero, também conhecido por exame de Papanicolau ou citologia oncótica. A efetividade da detecção precoce associado ao tratamento em seus estádios iniciais tem resultado em uma redução das taxas de incidência de câncer invasor que pode chegar a 90%. De acordo com a OMS, quando o rastreamento apresenta boa cobertura – 80% – e é realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer (BRASIL, 2006).

A realização periódica do exame preventivo é recomendada pelo Ministério da Saúde e estende-se a todas as mulheres com vida sexual ativa e também a aquelas que já foram sexualmente ativas, devendo ser realizado um exame anual e após dois exames anuais consecutivos negativos, a cada três anos. (BRASIL, 2002).

As usuárias entrevistadas disseram não encontrar dificuldades para marcar consulta ginecológica, corroborando com as enfermeiras quando afirmaram que sempre há vagas disponíveis. “As consultas de preventivo elas são agendadas por livre demanda, a própria mulher pode vir marcar ou o agente de saúde também

pode marcar, são feitas duas vezes por semana." (Enfermeira 2). No entanto, observou-se que algumas usuárias apresentam um intervalo entre as consultas superior a quatro anos.

Quando indagadas se conheciam a importância do exame para a mulher, as mesmas responderam que sim, porém as respostas foram "vagas", não mostrando saberem os benefícios da realização periódica do exame. Relatos como "*As pessoas diz né, que é pra fazer pra evitar o câncer né, sempre dá essas doença né, a pessoa tá bem quando da fé aparece né." (Usuária 3)*

Acerca de como se sentiam no momento da consulta com a profissional, se à vontade pra falar suas queixas ou se eram tímidas e envergonhadas, todas responderam que se sentiam a vontade, apesar de não gostar de fazer o exame. "Me sinto a vontade, não é muito bom de fazer o exame, mas se é pra fazer né, pior é a doença" (Usuária 3).

Outro item analisado é se as usuárias costumavam receber os resultados dos exames e apresenta-los aos profissionais de saúde. Todas responderam que sim, apresentavam os resultados, porém relataram problemas no prazo de recebimento dos exames, com datas que variavam de quinze dias a seis meses de espera. Algumas relataram ainda que faziam particular por conta da demora em receber, até porque quando recebiam (no caso de seis meses) já estava desatualizado.

Nesse ponto, nota-se uma discordância entre o discurso das usuárias e o discurso das profissionais, visto que enquanto as profissionais relatam 15 dias a 2 meses, as usuárias relatam até 6 meses de espera para receber os exames. A análise do livro de registro de entrega dos exames mostra que, no ano de 2012, o tempo médio de espera para o resultado do exame chegar à UBS era de dois meses. Porém, os prontuários das pacientes mostram que, muitas vezes esses exames ficam na UBS mais tempo porque as mesmas não procuram receber o resultado.

Em áreas cobertas por agentes de saúde, eles se encarregam de ir entregar o resultado dos exames às mulheres de suas respectivas áreas, e, de acordo com o resultado, eles agendam a consulta médica na UBS. Como o território da Unidade está sendo redividido, por haver muitas áreas descobertas, em geral são as mulheres dessas áreas que demoram mais tempo para receber os seus resultados, não porque o resultado não está na Unidade, e sim porque as mesmas têm de ir a UBS para recebê-los.

Com relação a histórico de NIC ou Câncer que necessitassem de tratamento nas redes de média e alta complexidade, uma usuária relatou NIC I, uma NIC II, duas histórico familiar de câncer de colo uterino e todas, sem exceção, relataram exames com resultados anteriores de inflamações em diferentes graus. Outro ponto abordado no caso das usuárias com histórico de NIC é se realizaram o tratamento de forma correta. Ambas disseram que sim, porém a usuária que relatou histórico de NIC I disse sobre o exame preventivo após o tratamento "(...) A médica me aconselhou a fazer a cada 6 meses, mas eu ainda continuei fazendo a cada um ano." (Usuária 4). O ministério da saúde preconiza, porém, que em casos de NIC I, o exame preventivo deverá ser realizado 6 meses após o tratamento ter sido realizado. (BRASIL, 2006)

Por fim, as usuárias foram questionadas se já haviam participado de algum tipo de ação na UBS acerca da prevenção do câncer de colo uterino ou da importância da realização do exame preventivo para a saúde da mulher. Algumas relataram que participaram no ambiente de trabalho, que já viram na TV, mas na UBS nunca haviam sido convidadas para nenhuma oficina ou palestra. Contradizendo as informações coletadas com as enfermeiras entrevistadas que afirmaram aproveitar as consultas pré-natal e C e D para ver como está o preventivo das mães e fazer o agendamento. E que ainda, em algumas situações, as enfermeiras saem da UBS e vão à visitas domiciliares convidar as usuárias para que compareçam à UBS para realizarem o exame, mostrando a elas a necessidade e a importância desse exame.

Dentre as atribuições do enfermeiro está o seu papel no processo educativo da comunidade, sendo de sua competência divulgar informações a respeito dos fatores de riscos, desenvolver ações de prevenção e detecção precoce, orientar modelos de comportamentos e hábitos saudáveis para a saúde da mulher. Além disso, este também deve estar apto a detectar situações de risco durante o acolhimento ou durante a consulta ginecológica (BEGHINI et al., 2006; BELO HORIZONTE, 2008)

O controle do câncer de colo uterino depende de ações voltadas para a área de promoção à saúde, prevenção da doença e qualidade de vida. O enfermeiro pode interferir nessas ações de diferentes formas, realizando, dentre outras, visitas domiciliares e a consulta de enfermagem de forma humanizada e integralizada, explicando cada procedimento ao longo do exame preventivo. Dessa forma, contribui para o melhor atendimento à população feminina, encaminhando as mulheres que apresentam alterações citológicas, além de divulgar informações à população em relação aos fatores de risco, ações de prevenção e detecção precoce do câncer. Dessa maneira, o objetivo dessas ações visa diminuir os fatores de risco, diagnosticar e tratar precocemente a doença (SILVA *et al.*, 2008).

Quanto ao acolhimento da usuária no serviço, o Ministério da Saúde diz que o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão. (BRASIL, p. 6, 2006)

As enfermeiras afirmaram que são os profissionais do SAME que falam a paciente os pré-requisitos para realizar o exame, como não estar menstruada, não manter relações sexuais até 48 horas antes do dia do exame, portanto essa informação não é dada por um profissional de saúde.

Quanto ao procedimento adotado pela UBS ao ser diagnosticado um caso de NIC II e III ou Câncer de colo uterino e se há o acompanhamento das usuárias depois do tratamento, foi relatado por ambas que, quando um exame apresenta essa alteração, essa paciente é encaminhada para o médico da equipe e o mesmo referencia para o AMI (Ambulatório Materno-infantil) , que é a Unidade de Referência na cidade para essa realidade.

A prevenção de doenças constitui um desafio para os profissionais de enfermagem que atuam na saúde coletiva. O enfermeiro da atenção básica necessita ter sua atuação voltada para a diminuição e/ ou remoção dos fatores de risco, através de medidas de educação em saúde, proporcionando a mudança de comportamento da população frente à prevenção de doenças e promoção da saúde.

Dialogar com os enfermeiros que já atuam na atenção básica sobre as estratégias de sensibilização e estímulo às mulheres para a realização do exame preventivo do câncer ginecológico é fundamental no processo de adesão das usuárias. As entrevistas com as usuárias, relatando que nunca viram ou participaram de alguma ação na UBS de combate ao câncer de colo uterino só confirmam o que foi percebido durante o estágio na referida instituição.

O atendimento prestado, mesmo com todas as dificuldades (como infraestrutura, falta de material), consegue atender as expectativas das mulheres, já que em nenhum momento as mesmas reclamaram de serem mal atendidas, de se sentirem menosprezadas, diminuídas, de um atendimento mecânico, pelo contrário, relataram sentir-se à vontade com as profissionais; que as vagas ofertadas conseguem atender a demanda, já que na maioria dos dias elas chegam e são atendidas no mesmo dia (desde que seja nos dois dias da semana, no horário da tarde, que estão reservados na UBS o atendimento preventivo). Porém, em uma área onde, por meio de levantamento das fichas do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica), há mais de 800 mulheres em idade entre 18 e 59 anos, fora as acima de 60 que não foram contabilizadas, ter um numero de 395 exames preventivos realizados ao longo do ano de 2012 (segundo livro de registro), é baixíssimo.

O problema visualizado, portanto, não repousa no número de vagas, nem no atendimento ofertado, mas sim na falta de informação mais detalhada à população acerca da importância da consulta ginecológica e sua periodicidade ligadas à detecção precoce do câncer de colo do útero. As que procuram o atendimento são porque apresentam ou já apresentaram outros problemas ginecológicos. O pensamento de prevenção não é difundido na comunidade e é nesse ponto que o trabalho da equipe de enfermagem deverá ser revisto, a fim de que a usuária busque e se fixe no sistema de saúde.

O que se observa é que mais importante que oferecer quantitativamente vagas para realização do exame preventivo, o que a UBS dispõe, de acordo com os relatos observados, é proporcionar o esclarecimento das mulheres sobre quem precisa fazer o exame, quando, onde, e, principalmente, porque fazer. Esclarecer a população sobre o fato de que o preventivo serve para detectar lesões precursoras de câncer é o mais importante em qualquer estratégia que venha a ser usada para a prevenção do câncer ginecológico, pois assim teremos uma maior adesão à realização periódica do exame.

Conclusão

A enfermagem deve, antes de tudo, prestar assistência ao ser humano, dando suporte, facilitando e capacitando indivíduos e grupos para que mantenham ou restabeleçam seu bem-estar de forma satisfatória de acordo com suas crenças e culturas.

Acredita-se que a identificação das deficiências encontradas no cotidiano dos serviços de saúde, poderá proporcionar aos profissionais desenvolver estratégias de acordo com a realidade e da forma que eles julgarem ser mais adequada para trabalhar junto à população, desde que o foco seja a educação em saúde, visando uma modificação da postura das mulheres da área de abrangência da UBS com relação à consulta ginecológica. Pensamos que este estudo irá contribuir positivamente para que isto ocorra, uma vez que, por meio dele, os profissionais poderão olhar de forma diferenciada para a realidade da população sob sua responsabilidade.

É fato que dificuldades existem, sobretudo por ser um processo que envolve uma mudança de postura primeiro por parte dos profissionais do serviço de saúde, porém é de suma importância que seja compreendida essa necessidade, visto que todo o trabalho da enfermagem deve ser voltado para a promoção da saúde da população.

Referências

BEGHINI, A. B. et al. Adesão das acadêmicas de enfermagem à prevenção do câncer ginecológico: da teoria à prática. Texto Contexto Enferm., v. 15, n. 4, p. 637 – 644, out./dez. 2006.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Prevenção e controle do câncer de colo do útero. Belo Horizonte, 2008.

BRASIL. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, p. 6, 2006.

_____. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Secretaria de Atenção à Saúde - Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico profissionais de saúde. Brasília, 2002. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf >. Acesso em 17/09/2012.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA. Saúde da Família. Disponível em < http://dab.saude.gov.br/conheca_dab.php >. Acesso em 17/09/2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero. Disponível em < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=326. >. Acesso em 17/09/2012.

PINELLI, F. das G. S. Promovendo a saúde. In: BARROS, S. M. O.. MARIN, ABRÃO, A. C. F. V. Enfermagem obstétrica e ginecológica, São Paulo: Roca, 2002.

SALES, L. M. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a corresponsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/AIDS. Epidemiologia e Serviços de Saúde 2005; 14(2) : 97 – 104.

SESAP. Plano Da Rede Estadual De Atenção Oncológica. Disponível em < http://www.saude.rn.gov.br/contentproducao/aplicacao/sesap/servicos/planos_estruturantes/2006_plano_oncologia.pdf >. Acesso em 17/09/2012.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres amazônidas sobre o exame Papanicolau: implicações para a saúde da mulher. Esc. Anna Nery. Rev. Enferm., v. 12, n. 4, p. 685 – 692, dez. 2008.

Agradecimentos

À Secretaria de Saúde pela anuência da pesquisa no território da Atenção Primária à Saúde; aos participantes da pesquisa (enfermeiras e usuárias do serviço) pela disponibilidade do tempo e por conceder seus depoimentos para pesquisa em saúde; aos alunos da Universidade Potiguar participantes nesta pesquisa pelo envolvimento e empenho em proporcionar um Sistema de Saúde mais equânime.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde