

FACILIDADES E DIFICULDADES VIVENCIADAS PELAS PUÉRPERAS DURANTE O TRABALHO DE PARTO NATURAL

Monalisa Abrante Mariano Costa (Apresentador/Orientador) – Universidade de Fortaleza – UNIFOR; Email: monalisaenfermagem@yahoo.com.br

Priscila França de Araújo – Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Gracyelle Alves Remigio Moreira - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Lorena Campos de Souza – Faculdades Nordeste - FANOR

Tassianny Ferreira Nobre - Faculdades Nordeste - FANOR

Raimunda Magalhães da Silva - Universidade de Fortaleza - UNIFOR

Palavras-chave: Parto normal. Maternidade. Parto humanizado. Assistência ao parto.

Resumo

Sendo o parto, um momento tão intenso e cheio de significado é natural que sofra influências do meio externo, podendo estas serem benéficas ou não ao processo parturitivo, com isso objetivou-se conhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas durante o trabalho na percepção de puérperas. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa. Os sujeitos da pesquisa foram sete puérperas, primíparas e que tiveram parto normal na cidade de Cascavel-CE. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada. As mesmas foram gravadas e, posteriormente, transcritas seguindo a técnica da Análise de conteúdo de Bardin, fazendo emergir as seguintes categorias: Sentimentos e significados do parto; Expectativas em relação ao parto; e Percepção das puérperas sobre a assistência durante o trabalho de parto. Os preceitos éticos e legais de pesquisa foram respeitados conforme a Resolução nº466/12. Os resultados evidenciaram que a presença do acompanhante é visto como um fator facilitador do processo parturitivo e que aspectos como orientação, acolhimento e privacidade quando não realizados satisfatoriamente podem dificultar esse processo. Considera-se, com isso, que para as puérperas é de suma importância um tratamento humanizado, uma assistência na qual os profissionais demonstrem que estão ali para ajudá-las e não para censurar e impor regras que muitas vezes só servem para dificultar o trabalho de parto.

Introdução

O processo de parir envolve muito mais do que dar à luz a um recém-nascido, engloba inúmeros fatores psicológicos e fisiológicos que culminam no nascimento de uma nova vida e, conseqüentemente na criação de uma família ou expansão desta (RICCI, 2008).

Além das questões biológicas e comportamentais, o psicológico das mulheres grávidas e, principalmente em trabalho de parto, também sofre alterações, pois são momentos marcados por sensações novas, mudanças físicas, psíquicas e emocionais que desencadeiam uma infinidade de sentimentos e reações, sendo comum o estresse e uma excessiva instabilidade emocional causados por diversos fatores: medo do parto, gravidez indesejada, preocupação consigo e com o bebê (RODRIGUES; SCHIAVO, 2011).

Sendo o parto, um momento tão intenso e cheio de significado é natural que sofra influências do meio externo, podendo estas serem benéficas ou não ao processo parturitivo, constituindo o que pode ser caracterizado como dificuldades ou facilidades do processo.

O fenômeno de dar à luz acompanha a história da humanidade e, particularmente, a história da mulher. Durante muito tempo a intervenção masculina nesse evento foi mínima, se caracterizando como um momento exclusivamente feminino, pois somente outras mulheres auxiliavam as parturientes (WOLFF; WALDOW, 2008).

No entanto, com o desenvolvimento da medicina e os avanços da tecnologia, assim como as mudanças sociais no universo feminino, o ato de parir foi adquirindo uma nova dimensão, deixou de ser visto como um evento natural da vida da mulher e assumiu o papel de um acontecimento clínico, por vezes até patológico.

De acordo com Velho et. al. (2012) a assistência fundamentada na tecnologia, se dá muitas vezes, de forma mecanizada, fragmentada e desumanizada, utilizando excessivamente práticas intervencionistas que provoca nas parturientes: medo, insegurança e constrangimentos, o que dificulta a evolução do trabalho de parto. As percepções negativas sobre o parto são descritas pelas mulheres como solidão, sofrimento e abandono, relacionadas muitas vezes à ausência de um acompanhante por determinação institucional. Além disso, é frequente a insatisfação das parturientes com os membros da equipe que atuam de modo impessoal, distanciando-se das pacientes; as relações são assimétricas, a comunicação não verbal e há um excessivo uso de terminologias técnicas que dificultam a compreensão das mulheres.

Corroborando, Wolff & Waldow (2008) afirmam que o fim da hegemonia feminina sobre o parto criou condições para a inclusão de rotinas cirúrgicas, como a episiotomia, o fórceps profilático, entre outras práticas. O aspecto domiciliar e profundamente subjetivo do parto deu lugar a uma vivência hospitalar, repleta de medos, tensões e insegurança, o que constituem em malefícios, pois destituem o protagonismo feminino sobre o parto, além de muitas vezes dificultar o trabalho de parto, podendo ser prejudicial à mãe e também ao bebê.

Partindo desse contexto, objetivou-se com essa pesquisa conhecer as facilidades e dificuldades vivenciadas durante o trabalho, sendo de extrema importância conhecer o que elas consideram essenciais para uma boa assistência durante o trabalho de parto.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com abordagem qualitativa, cujo objetivo consistiu em identificar quais os fatores foram na visão das puerperas facilitadores e quais constituíram dificuldades durante o parto.

A pesquisa foi desenvolvida no período de abril à junho de 2014, na residência das puérperas cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL) do município de Cascavel – CE. Participaram do estudo mulheres em qualquer idade, cadastradas no SISPRENATAL de Cascavel que tiveram parto vaginal, primíparas e que estavam no puerpério. Foram excluídas da pesquisa as puérperas que fizeram uso de anestesia peridural e que tiveram parto cesariana.

A amostra do estudo foi constituída de sete mulheres que atenderam aos critérios de inclusão. Vale ressaltar que o número amostral foi composta por todas as puérperas do mês de abril que contemplavam os critérios de inclusão.

A identificação da amostra deu-se por meio do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL); foram consultadas as declarações de nascidos vivos, na secretaria de saúde do município, do mês de abril e por meio destas as participantes foram selecionadas e obtivemos os dados de identificação e endereço da puérpera. Em seguida nos direcionamos ao domicílio para iniciarmos a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada com perguntas abertas e fechadas que continham dos dados de identificação da puerperal e informações sobre as facilidades e dificuldades que estas vivenciaram durante o parto. As mesmas foram

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e lidas pela pesquisadora sendo analisadas por meio da técnica de Análise de Conteúdo de Laurence Bardin.

Com a técnica de análise dos dados emergiram as seguintes categorias: *O acompanhante: personagem de apoio; A necessidade do acolhimento na realização do parto humanizado; A superficialidade das informações na assistência.*

Os preceitos éticos e legais de pesquisa foram respeitados, conforme estabelece Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, de acordo com a Resolução nº466/12. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) sob Parecer nº 618.820/2014.

Resultados e Discussão

Quando questionadas a respeito do momento do parto e dos aspectos positivos e negativos deste, as mulheres concentraram suas respostas em fatores como presença de acompanhante, acolhimento e orientações recebidas.

O acompanhante: personagem de apoio

Nas seguintes falas é possível perceber a opinião das participantes sobre a presença de seus acompanhantes: *“Ficou até eu descansar (acompanhante/irmã), enquanto eu não descansei ela não sossegou... Depois que eu dei a luz ela veio pra casa e minha mãe foi ficar comigo lá.”* (HEBE); *“Minha acompanhante ficava me acalmando, falava pra eu não ficar gritando, pra mim ter calma e que eu tivesse calma que ia nascer... Passa mais confiança.”* (DEMETER)

A presença do acompanhante significa que as mulheres desejam alguém familiar ao seu lado e a valorização da presença do acompanhante pela equipe promove um cuidado seguro, pois garante que a mulher não se sinta sozinha em um ambiente pouco familiar, o que favorece a autoconfiança do acompanhante, repercutindo na sua participação como suporte emocional a paciente (DORNFELD, 2011; MÜLLER, J.; COLLAÇO, V. S.; SANTOS, E. K. A. 2013).

Conforme Gonçalves *et al.* (2011), a presença atuante do acompanhante é imprescindível, porém vale ressaltar que o comportamento dos mesmos influencia o modo de agir da parturiente durante a dor de parto. Por meio das suas convicções o acompanhante pode interferir de forma positiva ou negativa no processo, já que as mulheres, durante essa situação, não necessariamente desejam ouvir orientações quanto à maneira como devem ou não agir. Na fala a seguir percebe-se que o acompanhante opina em relação às atitudes da mulher, o que pode ser considerado como uma interferência no protagonismo feminino nesse momento: *“Minha acompanhante ficava me acalmando, falava pra eu não ficar gritando, pra mim ter calma e que eu tivesse calma que ia nascer.”* (DEMETER).

As mulheres desse estudo relataram satisfação em estarem acompanhadas por pessoas de seu convívio, pois se sentiam mais seguras na companhia de seu ente escolhido, seja da família ou amiga. Este se torna uma figura de apoio, uma vez que todo o ambiente é desconhecido; é importante a presença de alguém familiar e confiável, principalmente para transmitir calma à paciente. Portanto, o acompanhante é visto como um fator facilitador do processo.

A presença do acompanhante, além de ser comprovadamente benéfica as mulheres em trabalho de parto, é também uma obrigação legal das instituições hospitalares, pois está assegurada pela Lei Federal 11.108 de 2005 que institui que os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), da rede própria ou conveniada, ficam obrigados a permitir a presença junto à parturiente, de um acompanhante durante todo o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato e que este é de livre escolha da paciente (BRASIL, 2005).

No contexto do parto humanizado, o acompanhante é a pessoa que provê o suporte à mulher durante o processo parturitivo e pode constituir mais do que simples presença se for permitida a sua participação ativa durante o processo, de forma que ele sai da condição de mero representante fiscalizador da assistência obstétrica, para assumir o status na rede social de provedor do suporte a parturiente (LONGO; ANDRAUS; BARBOSA, 2010).

A necessidade do acolhimento na realização do parto humanizado

Outro fator que pode ser considerado agravante ou atenuante das condições do parto é o acolhimento prestado pela equipe. No contexto das ações em saúde, acolher é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que não tem local nem hora certa para acontecer, nem um profissional específico para realizá-lo, é um compromisso de resposta às necessidades dos cidadãos que procuram os serviços de saúde (BRASIL, 2011).

As participantes do estudo relataram o processo de acolhimento que vivenciaram e suas convicções sobre este: *“Quando eu cheguei lá disseram que não tava encaixado, aí fizeram eu voltar... Mas eu tava sentindo dor, minha bolsa tinha estourado segunda-feira meio dia... Aí eu peguei, também não disse nada. Eu vim pra casa sentindo dor, passei a noite todinha sentindo dor... Era pra eles ter me acomodado mais, em vez de me voltar pra casa ter me deixado lá porque eu tava sentindo muita dor, tava derramando líquido e eu tinha que ter ficado lá...”* (ÁRTEMIS); *“Fui de noite né e voltei pra casa sentindo dor... Aí fui de novo... Fui 3h da manhã... aí disseram que num era pra ter menino não... que a dor de parto não era daquele jeito.”* (GAIA)

As falas demonstram que as mulheres sentiram necessidade de serem melhor acolhidas, ou seja, a falta de empatia por parte dos profissionais constituiu uma dificuldade para as parturientes, pois estas tiveram que retornar para casa em condições difíceis, pois além da dor que sentiam, era madrugada na maioria dos casos. Vale ressaltar, que as pacientes acima declarantes residem na zona rural, distante vários quilômetros da instituição hospitalar e que ao chegarem em casa já tiveram que retornar ao hospital, pois as dores estavam aumentando. Essas questões contribuem para o maior sofrimento das parturientes e torna o parto um momento ainda mais difícil.

Essa falta de empatia dos profissionais se torna uma limitação na realização do parto humanizado, uma vez que este deve ser realizado sempre de acordo com as necessidades da mulher, devolvendo a ela o papel que lhe cabe de protagonista do parto. A fala a seguir constitui mais um exemplo de desrespeito à mulher e aos princípios da política de humanização, a falta de privacidade: *“Só uma coisa que não gostei... Porque ficava aberto e todo mundo... quem quisesse ver, via... Eu achava que era só eu e o médico... E a enfermeira pra ajudar né... Não tanta gente assim... Nam, muito aberto... Eu fiquei um pouquinho com vergonha.”* (DEMETER)

A situação apresentada pela participante é uma clara demonstração de desrespeito aos princípios éticos que devem nortear a atuação dos profissionais em saúde, além de contribuir significativamente para aumentar a tensão nas mulheres, o que dificulta a realização de um parto tranquilo e sem distorcias.

A privacidade da parturiente, assim como do seu recém-nascido e de seu acompanhante faz parte dos processos operacionais assistenciais estabelecidos pela Resolução nº 36 da Anvisa, que dispõem sobre o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de atenção obstétrica e neonatal (BRASIL, 2008).

Apesar das legislações vigentes que regulamentam a privacidade como fator imprescindível para a realização do parto, nem sempre esse princípio é respeitado, contribuindo para o fortalecimento da imagem do parto como um momento triste, difícil e sofrido, no qual a mulher fica entregue aos profissionais e desprovida de um direito básico que é a privacidade e o respeito ao pudor feminino.

A superficialidade das informações na assistência

Ainda, algumas mulheres, ao serem questionadas sobre o que gostariam que fosse diferente em um próximo parto, relataram que a falta de orientação dificultou o trabalho de parto, como é possível perceber nas falas seguintes: *“Se fosse ter outro eu queria orientação direito... Eles ajudando, orientando a gente mais... como deve ser... só”.* (ÁRTEMIS); *“A atenção né... dos médicos né... não todos, alguns né /*

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Conversar né com a paciente, explicar direito... Tem muitos lá que ver você ali e acha que tá só cumprindo aquela obrigação de fazer o trabalho e pronto, não conversa né..., desse mais atenção.” (HEBE)

As orientações fornecidas pelos profissionais durante o parto são consideradas benéficas e representativas do cuidado humanizado, pois contribuem para a progressão do parto, uma vez que tranquilizam a parturiente tornando o momento menos tenso e consequentemente menos traumático (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

A falta de orientação identificada por meio das falas traduz uma falha na assistência, além de um rompimento com os princípios de humanização e integralidade, pois as pacientes não são consideradas de forma holística, sendo tratadas apenas como mais um parto, sem que os profissionais considerem sua dimensão psicossocial.

A falta de empatia desses profissionais revela um despreparo para lidar com a assistência obstétrica, momento no qual as mulheres necessitam mais de apoio emocional do que intervenções clínicas, uma vez que é um processo fisiológico e este durante muito tempo ocorreu sem intervenção de profissionais da saúde, ou seja, a necessidade destes se dá mais por conta das dúvidas que a mulher possa ter-do que pela necessidade clínica da paciente.

Também foram significativas as falas relacionadas ao déficit de orientações existentes. Nas descrições feitas pelas puérperas é possível perceber a superficialidade das informações fornecidas e o quanto os serviços de atenção ao parto estão distantes do preconizado pelo Ministério da Saúde e órgãos afins: *“Só a enfermeira que quando tava bem na hora dela sair, ela falou pra eu botar bastante força, que era a hora mais precisa pra botar força... que era na hora que tava já saindo já... coroando a cabecinha dela... aí foi onde eu botei mais força” (HEBE); “Mandaram eu ter calma, mandaram eu parar de gritar porque o menino ia subir pro estômago... Ele não ia descer pra baixo’... Eu já tinha estourado minha bolsa” (ATENA)*

O Ministério da Saúde (2001) por meio do manual sobre Parto, aborto e puerpério institui que o respeito à mulher e seus familiares é fundamental e deve ser pautado em ações como tratá-la pelo nome (evitando os termos "mãezinha", "dona", etc.), permitir que ela identifique cada membro da equipe de saúde (pelo nome e papel de cada um), fornecer informações sobre cada procedimento ao qual será submetida, propiciar-lhe um ambiente acolhedor, limpo, confortável e silencioso, esclarecer suas dúvidas e aliviar suas ansiedades.

Conclusão

Com base nos resultados alcançados, é perceptível que o parto natural possui diversos fatores que podem ser considerados facilitadores ou dificultadores desse momento, dentre estes, o que mais se apresentou de forma positiva foi a presença do acompanhante durante todo o processo. Este fator é considerado de forma unânime pelas participantes como facilitador devido ao apoio que uma figura familiar representa.

Aspectos como acolhimento, orientação e privacidade possuem o poder de modificar a imagem da mulher sobre o parto, no entanto o que preponderou no estudo foi a percepção negativa acerca desses aspectos, uma vez que as participantes não tiveram direitos básicos respeitados, como no caso da privacidade ou não puderam contar com a empatia por parte dos profissionais de saúde, estes por sua vez proporcionaram acolhimento e orientações deficitários.

Entendeu-se ainda que para as puérperas é de suma importância um tratamento humanizado, uma assistência na qual os profissionais demonstrem que estão ali para ajudá-las e não para censurar e impor regras que muitas vezes só servem para dificultar o trabalho de parto.

Assim sendo, podemos perceber que a assistência recebida pelas parturientes do estudo não satisfaz suas necessidades na totalidade, isto é, houve aspectos que deixaram as mulheres insatisfeitas.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, Aborto e Puerpério Assistência Humanizada à Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- BRASIL. **Lei 11.108 de 7 de abril de 2005**. Publicada no Diário Oficial da União em 8 de abril de 2005.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução RDC nº 36, de 03 de junho de 2008**. Dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal. ANVISA, 2008.
- _____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, n. 28, Volume I. Brasília – DF, 2011.
- _____. Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha**. Brasília – DF, 2013a.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília – DF, 2012.
- DORNFELD, D. **A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento**. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.
- GONÇALVES, R. *et al.* Vivenciando o cuidado no contexto de uma casa de parto: o olhar das usuárias. **Rev. Esc. Enferm. USP** v. 45, n. 1, p. 62-70, 2011.
- LONGO, C. S. M.; ANDRAUS, L. M. S.; BARBOSA, M. A. Participação do acompanhante na humanização do parto e sua relação com a equipe de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** v. 12 n.2, p. 386-391, 2010.
- MÜLLER, J.; COLLAÇO, V. S.; SANTOS, E. K. A. O significado para as puérperas do suporte profissional no processo parturitivo. **Rev Científica CENSUPEG**, ISSN 2318-1044. nº. 2, p. 78-88, 2013.
- OLIVEIRA, F. L. C. *et al.* Nível de ruído em sala de parto. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 2, p. 287-93, 2011.
- PATAH, L. E. M.; MALIK, A. M.; Modelos de assistência ao parto e taxa de cesárea em diferentes países. **Rev Saude Pública**. v. 45, n. 1, p.185-194, 2011.
- RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher**. Tradução de: Maria de Fátima Azevedo. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- RODRIGUES, O. M. P. R.; SCHIAVO, R. A. S. Stress na gestação e no puerpério: uma correlação com a depressão pós-parto. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v. 33, n. 9, p.252-257, 2011.
- VELHO, M. B. *et al.* Vivência do parto normal ou cesáreo: revisão integrativa sobre a percepção de mulheres. **Texto Contexto Enferm.** v. 21, n. 2, p. 458-66, 2012.
- WOLFF, L. R.; WALDOW, V. R. Violência Consentida: mulheres em trabalho de parto e parto. **Saúde Soc. São Paulo**, v.17, n.3, p.138-151, 2008.

Agradecimentos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

À Deus por sempre nos inspirar e nos dar força para a realização de nossas atividades. Às participantes da pesquisa, por aceitarem contribuir com este trabalho e a todos que o ajudaram de alguma forma, sem os quais a realização desta pesquisa seria impossível.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Bruno Nogueira Garcia – Escola de Saúde Pública do Ceará ; bruno_nogueira_garcia@hotmail.com
Milena Furtado Assunção – Escola de Saúde Pública do Ceará

Palavras-chave: Família. Saúde Mental. Promoção da saúde.

Resumo

Com o advento da Reforma Psiquiátrica e dos processos de desinstitucionalização no Brasil, a lógica de cuidado em Saúde Mental foi reformulada e tencionamentos no modo de ver e se relacionar com a loucura emergiram. Nesse novo cenário, a família passa a ocupar um espaço fundamental enquanto partícipe e promotora de atenção e cuidado. Contudo, a relação entre o familiar e o portador de sofrimento mental, por ser cultural e historicamente construída, é potencialmente complexa e carrega uma série de questões e demandas sociais que envolvem estigma, preconceito, culpabilização e isolamento. Tendo em vista a relevância do tema, este trabalho configura-se enquanto um relato de experiência, de caráter crítico-interpretativo, que versa sobre a retomada e condução do Grupo de Família existente no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Horizonte-CE, tendo por objetivos problematizar a relação família e Saúde Mental, bem como analisar a intervenção grupal enquanto estratégia de promoção de informação, cuidado e saúde junto aos familiares de portadores de sofrimento mental. Os resultados da intervenção demonstraram o quão complexo e relevante é o trabalho em uma perspectiva ampliada de Saúde Mental junto a familiares, em uma dimensão terapêutica e informativa, para além do adoecimento e com foco em intervenções dialógicas e grupais, promovendo saúde e fortalecendo vínculos.

Introdução

Antes enclausurados e segregados em uma dimensão asilar, marginal e invisível, o dito “louco” permanecia compartimentalizado em um não-lugar, marcado pela indiferença, preconceito e distanciamento em relação aos vínculos e redes sócio familiares (PELBART, 1989). No modelo manicomial, ele surgia como portador do signo da alteridade radical, do estigma, da marca de adoecimento como definidores de seu status social, com afetações nefastas à sua dimensão identitária (GOFFMAN, 1988). Por vezes, nesse contexto, as famílias mantinham em sigilo a existência de alguém em sofrimento psíquico em seu meio, quer fosse por receio, culpa, medo e vergonha, quer fosse por não saber como cuidar e lidar com essas questões.

No campo da Saúde Mental, com o advento da Reforma Psiquiátrica e dos processos desinstitucionalizantes, houve tencionamentos em relação à mudança do lugar social do sujeito em sofrimento psíquico, a partir da implementação de serviços substitutivos ao modelo asilar, de caráter comunitário, aberto e organizado em redes de atenção. Desse modo, o contato do sujeito com seu contexto sócio-histórico-cultural emergiu enquanto um fator facilitador de bem-estar, disparador de vivências e fomentador de vínculos sociais, os quais são entendidos como aspectos basilares no processo de promoção da Saúde Mental.

Nesse âmbito, a família passa a ocupar um lugar estratégico no processo de cuidado e atenção à saúde, tanto por ser um espaço potencializar do acolhimento, vínculo e escuta, como por ser o núcleo basal das relações sociais e da formação identitária. (COSTA, 1999) Contudo, por vezes, os familiares demonstram pouco preparo, baixa implicação, fadiga, estresse e ansiedade em relação aos cuidados dispensados, bem como se encontram, em muitas ocasiões, sozinhos e desamparados de apoio técnico e profissional para lidar com a situação. Esse fato apresenta-se como reflexo social do nível de compreensão e acolhimento da própria sociedade em relação ao sofrimento psíquico, nos fazendo crer na limitação atual e na necessidade de tencionamento do processo desinstitucionalizante a nível sociocultural.

Partindo da relevância do tema, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Horizonte-CE, com estímulo e em parceria com os residentes multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva, tomou a iniciativa de resgatar o trabalho em caráter grupal com familiares e cuidadores de usuários do serviço, o qual se encontrava paralisado e descontinuado em suas atividades. Vale-se ressaltar que a cidade está recebendo a Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP-CE), a qual vem agregar e qualificar as ações e atividades existentes nos cenários de prática e no território.

O modelo de assistência em Saúde Mental dispensado no município caracteriza-se por uma tendência centralizadora e ambulatorial, de modo que a intervenção grupal com familiares surgiu enquanto uma estratégia tencionadora de processos de trabalho e favorecedora de promoção de saúde. Daí a relevância desse trabalho enquanto registro de uma ação grupal que se propõe informativa e terapêutica, para além do adoecimento, fortalecendo vínculos, valorizando as experiências dos familiares/cuidadores e resgatando a dialogicidade e necessária entre o serviço e família/sociedade.

Dada a importância do tema e a relevância apresentada, este trabalho tem por objetivos: problematizar a relação família e Saúde Mental ; descrever a intervenção grupal realizada enquanto estratégia de promoção de informação, cuidado e saúde junto aos familiares; e analisar essa proposta interventiva como tencionadora do modelo de cuidado e atenção dispensados.

Metodologia

Este trabalho configura-se enquanto um relato de experiência de abordagem crítico-interpretativa, que versa sobre a retomada e condução do Grupo de Família existente no Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) do município de Horizonte-CE, no período de agosto de 2013 a abril de 2014. A equipe que facilitou a condução das sessões grupais foi constituída por dois residentes multiprofissionais em Saúde Mental Coletiva (psicólogo e assistente social) do programa da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Ceará – ESP-CE e por dois técnicos de referência do serviço (assistente social e enfermeira). Foram realizadas 20 sessões, com um total de 107 participantes.

Trata-se de um estudo de caráter predominantemente qualitativo, em que os pesquisadores participaram ativamente do processo, compreendendo a dimensão sócio-histórico-cultural dos eventos e dos sujeitos analisados, respeitando as singularidades e considerando a dimensão do sentido e significado emergentes da experiência (MINAYO, 2004).

Utilizamos como fontes de obtenção de informações para este estudo, além da observação participante, as fichas de registro das sessões grupais e os diários de campo dos facilitadores. Vale-se destacar que, durante a confecção deste trabalho, respeitou-se a dimensão ética e o sigilo profissional na obtenção e na análise dos dados, resguardando os usuários e as instituições.

Resultados e Discussão

Para iniciarmos nossas discussões e análises acerca da relação família e Saúde Mental, bem como apresentarmos nossa experiência de facilitação grupal nesse contexto, faz-se fundamental entender o que vem a ser o termo *família* e quais são suas repercussões no nível

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

relacional e dialógico dos sujeitos. Trata-se, inicialmente, de uma conceituação sócio-histórico-cultural, um construto social, que em cada época, cultura e sociedade teve uma acepção própria. Não existe família enquanto um conceito unívoco, mas sim uma multiplicidade de configurações vinculares que proporcionam sentimento de pertença, diálogo, papéis, regras e ideais que podem se diferenciar das demais relações sociais do sujeito no mundo e assim resultar em uma conformação familiar (COSTA, 1999). Assim sendo, podemos compreender família enquanto:

(...) um sistema aberto e interconectado com outras estruturas sociais e outros sistemas que compõem a sociedade, constituído por um grupo de pessoas que compartilham uma relação de cuidado (proteção, alimentação, socialização), estabelecem vínculos afetivos, de convivência, de parentesco consanguíneo ou não, condicionados pelos valores socioeconômicos e culturais predominantes em um dado contexto geográfico, histórico e cultural (BRASIL, 2013).

Vale-se ressaltar, então, que cada família tem um modo de funcionamento, agir e de ser no mundo próprio, formando um sistema com códigos e acordos singulares; daí sua complexidade. Em Saúde Mental, sua análise e estudo são fundamentais, pois a entendemos como meio relacional básico que o sujeito tem para preparar e amadurecer suas futuras relações no mundo; seu ser no mundo, sua ação, passa de alguma maneira pelo filtro das configurações familiares (COSTA, 1999).

A experiência individual e história familiar desperta sentidos e significados em cada um, pautados por referenciais culturais e sociais próprios, fazendo com que a visão acerca do tema família seja singular. Essas idiosincrasias, por vezes, dificultam a comunicação e a relação dos profissionais de saúde com o entendimento das configurações familiares dos usuários, sobretudo pela existência de norteadores conceituais diferentes e por vezes concorrentes, criando ruídos de comunicação, que se expressam em estereótipos e distanciamento. Daí a necessidade dos profissionais de saúde, tendo em vista a integralidade, universalidade e equidade do cuidado, abordarem o tema família a partir de uma concepção ampliada, acolhedora e pautada na escuta (BRASIL, 2013).

A Política Nacional de Saúde Mental, pautada na Reforma Psiquiátrica e nos processos desinstitucionalizantes, traz o cuidado com os laços sociais e comunitários, vínculo e inserção social como fatores basilares no cuidado psicossocial (BRASIL, 2005). Nesse contexto, a família surge enquanto espaço potencial, tanto de cuidado como de socialização, fortalecendo vínculos, diálogo, autonomia e respeito à singularidade. Ela passa a ser agente coparticipante e corresponsável, tendo papel ativo no processo de promoção de saúde.

Contudo, por vezes, as famílias não se encontram preparadas ou dispostas a ocupar tal papel, em virtude de aspectos vários, como: conflitos familiares, culpa, pessimismo, dificuldade socioeconômica, frustração em relação à ideia de “cura”, desconhecimento dos transtornos e etc. Porém é válido ressaltar que esse espaço do familiar enquanto cuidador do sujeito em sofrimento psíquico é algo complexo e historicamente escamoteado das competências da família (modelo asilar e manicomial) e que só recentemente está sendo restituído (COLVERO, 2004). Daí a necessidade de um espaço de cuidado, tanto informativo quanto terapêutico, a esse familiar/cuidador, a fim de habilitá-lo e fortalecê-lo a ser coparticipante na elaboração de estratégias de atenção e promoção de Saúde Mental, pois:

Esse cuidado requer disponibilidade, esforço, compreensão, capacitação mínima, inclusive para que os cuidadores encontrem estratégias para lidar com frustrações, sentimentos de impotência e culpa, ou seja, com suas próprias emoções (BRASIL, 2013).

Dada a relevância da questão do paralelo Família e Saúde Mental ora explicitado, nós profissionais do CAPS I de Horizonte-CE, residentes e técnicos de referência, vislumbramos a efetividade de retomarmos trabalho a nível grupal em caráter informativo e terapêutico com familiares/cuidadores dos usuários do serviço, a fim de potencializar o processo de cuidado e fomentar a construção de vínculos entre o serviço e a dimensão familiar.

O Grupo de Família do CAPS I de Horizonte, já havia sido instituído há algum tempo. Contudo, não conseguimos identificar registros anteriores com relação a esses encontros. Conversamos com os técnicos responsáveis pelo grupo e fomos informados de que se tratava de uma das primeiras intervenções grupais implantadas nos treze anos de funcionamento desse dispositivo de Saúde Mental. Durante esse período de funcionamento, foram adotadas metodologias diferenciadas, assim como nas periodicidades dos encontros, contudo no período de nossa imersão no CAPS Geral de Horizonte, enquanto residentes de Saúde Mental, que aconteceu em maio de 2013, o Grupo de Família encontrava-se desativado há mais de um ano. Considerando a importância da intervenção junto aos familiares, nossa identificação com a temática e público-alvo e, ainda, a considerável demanda de familiares de usuários necessitando de suporte, apoio, orientação e cuidado, apresentamos a proposta de intervenção como foco na reativação desse grupo. A sugestão foi apresentada à gestão do serviço na época e aos técnicos que eram responsáveis pelo grupo antes de ser desativado. A proposta por nós apresentada não só foi aprovada, como fomos convidados a juntamente com esses profissionais a conduzirmos o Grupo de Família nesse novo momento.

Antes de iniciarmos com o primeiro encontro do grupo de família, nesse processo de reativação, foi feito um grande trabalho de divulgação e sensibilização da nova proposta, onde contamos com apoio da gestão para convecção de cartazes e convites ilustrativos para o primeiro encontro que teve como pauta a elaboração coletiva da metodologia que seria adotada nos encontros. Na oportunidade decidimos no coletivo a periodicidade desses encontros, sendo sugerido encontro semanal às terças feiras, às 14:00hrs, onde a ideia era não de sobrecarregar esses familiares que já tinha tantas responsabilidades, mas sim de assegurar um espaço de escuta, fala, orientações e cuidados para com estes que dedicam tanto cuidado e que, por vezes esquecem do autocuidado. Foram sugeridos também alguns temas a serem abordados no decorrer desses encontros, como: adesão ao tratamento, medicamento, saúde mental e direitos humanos, política de saúde mental, transtornos mentais, transtornos do humor, depressão, ansiedade e outros. Outra decisão importante decidida coletivamente foi que o grupo seria um espaço exclusivo dos familiares dos usuários, não sendo permitida a participação dos usuários/pacientes.

Após esse primeiro encontro que aconteceu em 27 de agosto de 2013, seguimos com os demais, sempre as terças feiras, às 14:00h, sendo facilitado na maioria das vezes por nós profissionais residentes, mas sempre contando com apoio e participação ativa das profissionais que antes estavam a frente do grupo. Nos primeiros encontros contamos com considerável número de familiares, alguns comparecendo pela primeira vez e outros que se faziam presentes em todos os momentos, contudo essa adesão ia se fragilizando e então retomávamos as estratégias para mobilização e sensibilização da participação desses familiares e sempre criávamos uma nova estratégia, que foram elas: elaboração e distribuição de convites impressos, visitas domiciliares com este foco, orientação em sala de espera sobre proposta do grupo, abordagem com familiares que chegavam para atendimento de primeira vez (anamnese), divulgação na rádio, divulgação da participação de convidados especiais para falar de temas específicos solicitados por eles e sensibilização nos atendimentos individuais. De forma que essa adesão era variável e nos convidava a rever novas estratégias de mobilização e/ou inovações nos próprios encontros.

Realizamos um total de 20 sessão grupais (de agosto de 2013 à abril de 2014), com um total de 107 participações de familiares/cuidadores. Apesar das dificuldades de adesão e frequência, bem como das constantes reavaliações de processos de mobilização e sensibilização, vislumbramos a intervenção do Grupo de família como uma ação de singular capacidade e efetividade para o incremento e potencialização

dos processos de cuidado aos usuários, bem como com um espaço dialógico com a família, possibilitando fomentar uma visão ampliada de cuidado e de saúde.

Conclusão

O atual modelo de atenção à Saúde Mental nos convoca a pensar um processo de cuidado que seja ampliado, comunitário, aberto e dialógico, que possa atuar mediante ações de múltiplos atores e diversos cenários, sempre levando como estandarte a promoção de processos desinstitucionalizantes. Nesse âmbito de multiplicidade de ações e caminhos, o social e o relacional surgem enquanto contextos fundamentais na compreensão do *fazer* em Saúde Mental. Nesse sentido, a família, enquanto sistema complexo de caráter sócio historicamente determinado, emerge como coparticipante de papel ativo no fomento de socialização, vínculos e diálogos junto ao sujeito em sofrimento psíquico.

Esse trabalho apresentou uma experiência de retomada e condução do Grupo de Família no CAPS I de Horizonte-CE, com intuito de mostrar sua relevância e potência enquanto processo de atenção tencionador do modo de trabalho e paradigma de cuidado ofertado, bem como enquanto metodologia de intervenção salutar junto aos familiares e cuidadores, de viés terapêutico e informativo.

Foi perceptível que essa intervenção fortaleceu e ampliou a maneira de diálogo entre a família e o serviço, servindo como ponte de contato, informação e corresponsabilização. Encontramos dificuldades na sensibilização, participação, frequência e implicação dos familiares no processo grupal, contudo a experiência nos repassou a riqueza e potencialidade que existe no trabalho ampliado, para além da doença e focado no processo dialógico, rompendo com paradigmas biologizantes, centralizados no ambulatório e limitados a intervenções individuais. Mostrou-se também exitoso enquanto espaço terapêutico de cuidado e atenção ao familiar/cuidador que, por vezes, encontrava-se fragilizado e ou despreparado ao lidar com o sujeito em sofrimento psíquico, configurando-se como uma metodologia de cuidado ao cuidador.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Saúde Mental**. nº 34. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. In: Conferência Regional De Reforma Dos Serviços De Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005.

COLVERO, L. de A. et. al. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 2, n. 38, p.197-205, 2004.

COSTA, I. I. A família e a constituição do sujeito na contemporaneidade. **Interfaces: Revista de Psicologia**, Salvador, v. 2, n. 1, p. 73-80, jan./jul. 1999.

GOFFMAN E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4.ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

PELBART, P.P. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo (SP): Brasiliense; 1989.

Agradecimentos

Agradecemos aos usuários, familiares/cuidadores e equipe de profissionais do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I) do município de Horizonte-CE por oportunizarem essa experiência e pela atenção, apoio e respeito dispensados.

FARMACOVIGILÂNCIA E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A SAÚDE PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA (CE)

Lídia Andrade Lourinho – Faculdade Ratio – lidiandrade67@gmail.com
Antonio Carlos Policarpo Carmo – Universidade Estadual do Ceará

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ana Lúcia Duarte Ferreira – Universidade Estadual do Ceará

Palavras-chave: Farmacovigilância. Promoção da Saúde. Saúde Pública.

Resumo

Farmacovigilância é sub-área da Farmacoepidemiologia, que busca e monitoramento de Eventos Adversos relacionados com medicamentos, decorrentes de Reações Adversas e Interações Medicamentosas, relaciona-se diretamente com Estudos de Utilização de Medicamentos e Farmacoeconomia, e situa-se no eixo entre as Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária. O objetivo principal deste trabalho é compreender a importância da prática da Farmacovigilância para a Saúde Pública da cidade de Fortaleza (CE). Tratou-se de um estudo de revisão bibliográfica com pesquisa de artigos publicados em bases de dados científicas. Utilizou-se descritores “Farmacovigilância”, “Farmacoepidemiologia”, “Farmacoeconomia”, “Reações Adversas”, “Interações Medicamentosas” e “Hospitais Sentinela”, para encontrar os artigos de interesse, com ênfase em publicações cearenses e método de amostragem por conveniência, dentro do espaço nacional, entre 1990 e 2013. Para coleta de dados utilizamos a ficha de documentação bibliográfica, depois se procedeu à análise de conteúdo e se construiu um quadro sinóptico, que contemplou os seguintes dados dos artigos: local, ano, fonte, autores, título, objetivos, metodologia e resultados. Os principais resultados apontaram que a Farmacovigilância na cidade de Fortaleza evidenciou-se pelo Sistema Estadual de Farmacovigilância do Ceará, que atua em parceria com o curso de Farmácia da Universidade Federal do Ceará e com a Rede de Hospitais-Sentinela do município, constituída por sete hospitais. Quanto às publicações acadêmicas, foram selecionados e lidos exaustivamente 35 artigos, indexados no SciELO. Conclui-se que a Farmacovigilância, nesta cidade, é praticada em nível pesquisa acadêmica e monitoramento hospitalar, organizados em rede estadual de Farmacovigilância, que conta com apoio da universidade e hospitais locais.

Introdução

Em linhas gerais, a Vigilância em Saúde no Brasil possui dois componentes principais para este estudo: Vigilância Epidemiológica e Vigilância Sanitária. A Vigilância Epidemiológica estuda doenças transmissíveis (infecto-contagiosas) e não transmissíveis (genéticas, imunológicas, teratogênicas, laborais, acidentais) nas populações humanas, ao passo que a Vigilância Sanitária realiza a fiscalização, controle e monitoramento dos produtos de uso humano, principalmente: medicamentos, alimentos, produtos para saúde, hemoderivados, cosméticos, saneantes (domissanitários) e agrotóxicos.

A Farmacoepidemiologia utiliza método e raciocínio epidemiológico para estudar os efeitos benéficos e adversos dos medicamentos em populações humanas. Esta surgiu na década de 1960 e depois foi subdividida em três subáreas: Farmacovigilância, Estudos de Utilização de medicamentos (EUMs) e Farmacoeconomia (STROM, 2005).

Os EUM mostram uma visão global do uso de medicamentos em uma sociedade pela descrição dos padrões de uso; enquanto a Farmacoeconomia é uma sub-área da Economia em Saúde que trata da aplicação da teoria econômica nas farmacoterapias, buscando alternativas terapêuticas mais baratas; já a Farmacovigilância direciona-se para questões de segurança no uso de medicamentos e cujo objeto de estudo são as reações adversas aos medicamentos (BALDONI; GUIDONI; PEREIRA, 2011). Então a Farmacovigilância torna-se subárea comum das Vigilâncias Epidemiológica e Sanitária.

Tendo em vista que os medicamentos passam por uma série de estudos – químicos, toxicológicos, farmacológicos e clínicos - até serem registrados e lançados no mercado, faz-se necessária última etapa de estudo: fase IV, Farmacovigilância ou Pesquisa Pós-Comercialização. Estes estudos são importantes para detecção, acompanhamento e controle de problemas decorrentes do uso legalmente autorizado e ampliado dos medicamentos nas populações, que incluem grande diversidade de indivíduos sadios e doentes (OPAS/OMS, 2005a).

Sendo assim, os objetos de estudo desta pesquisa são artigos de Farmacoepidemiologia e Farmacovigilância sob a óptica acadêmica e suas abordagens sobre reações adversas, e também conhecer quais instituições são reponsáveis pela aplicação da Farmacovigilância em nível municipal na cidade de Fortaleza (CE), visto que se trata de uma atividade descentralizada nos três níveis de governo.

Metodologia

Esta pesquisa terá como características, de acordo com Zanella (2009), de: a) Revisão bibliográfica ou teórica ou de literatura, direta, transversal e qualitativa, que reunirá diferentes opiniões a respeito da importância da Farmacovigilância como prática essencial no monitoramento do uso de medicamentos nas populações humanas; b) Tipo de texto e de conhecimento desta pesquisa se classificará como científico – pelo raciocínio construído sobre fundamentação exaustiva e provada, com termos específicos, técnicos e método rigoroso – e teórico – discutirá teorias, conceitos e categorias; c) Tipo de análise quali-quantitativa; d) Tipo de método utilizado será indutivo – pensamento percorrerá um caminho partindo de fatos particulares para fatos universais; e) Tipo de pesquisa, como dito anteriormente, se classificará como pura ou básica ou teórica – estudo sistemático será motivado pela curiosidade intelectual, desenvolvimento do conhecimento e evolução científica; f) Natureza das variáveis: Qualitativa – mesclará conhecimentos teórico-empíricos que permitirão atribuir cientificidade para a análise; Quantitativa – quantificará os resultados; g) Relacionamento das variáveis do tipo descritivo e causal; h) Dimensão da pesquisa no tempo tipo ocasional ou ad hoc; i) De objetivos e fins descritivos – resultados serão expressos na forma de transcrição de textos de artigos, descrevendo fatos e fenômenos de determinada realidade; j) Técnica de coleta de dados bibliográfica com fichamento – partirá do conhecimento disponível em livros e artigos para descrever e sistematizar o estado da arte na área estudada, se restringindo ao campo de atuação no levantamento e discussão da produção bibliográfica existente sobre o tema; k) Técnica de análise de dados do tipo análise de conteúdo (descritiva) e qualitativa.

Em outras palavras, se tratará de uma pesquisa qualitativo-exploratória e descritivo-objetiva, de caráter bibliográfico do tipo revisão, que se realizará de forma que permita a incorporação das evidências na prática clínica com o intuito de reunir e sintetizar resultados de pesquisa sobre determinado assunto, tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A busca de produções científicas serão realizadas em sites que contêm bases de dados científicas como MEDLINE, SCIELO, BIREME/Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME), portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e na biblioteca virtual da Universidade Federal do Ceará (UFC). O período de realização do estudo compreendeu os meses de Agosto, Setembro e Outubro de 2013. Foram utilizados artigos que contiverem em busca por assunto os descritores: “Farmacoepidemiologia”, “Farmacovigilância”, “Farmacoeconomia”, “Reações Adversas”, “Interações Medicamentosas” e “Hospitais Sentinela”.

O estudo pretendeu realizar uma metanálise de artigos que exploraram e refletiram sobre a Farmacovigilância como ciência e prática, dentro do espaço nacional, no período de tempo compreendido entre 1990 e 2013, com ênfase especial para as publicações de autores cearenses ligados a esta área.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Foi utilizado a metodologia de Fonseca *et al.* (2013, p. 13), para análise e posterior síntese do material científico encontrado, será construído um quadro sinóptico, o qual contemplará os aspectos considerados relevantes: local, ano, fonte, autores, título, objetivos, metodologia e resultados.

Na análise será utilizada a análise de conteúdo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. A primeira etapa será leitura flutuante e releitura, para apropriação dos dados. Na etapa de exploração dos dados será realizada a caracterização das produções na elaboração de uma ficha analítica para a extração de dados composta pelos itens: local, ano e fonte, objetivos, metodologia e resultados. Essa etapa de exploração do material será desenvolvida com uma leitura exaustiva dos textos, e a partir disso emergiu as unidades de significados (temas) (MINAYO, 1994).

Posteriormente, se fará a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da informação, tendo por fim interpretá-lo. Após esta exploração objetiva das fontes, se seguirá para interpretação dos resultados, através de elaboração de caracterizações ao se encontrar elementos particulares no conteúdo investigado. Tal interpretação envolverá aspectos subjetivos articulando informações manifestas no material coletado com fatores que determinam sua existência e características, tais como: contexto cultural, processo histórico e ideologias. Dessa forma, este tipo de metodologia unirá concepção positivista de pesquisa quantitativa e campo reflexivo de pesquisa qualitativa (BANDEIRA, 2005).

Resultados e Discussão

No que diz respeito a **Farmacovigilância sob a óptica acadêmica e sua contribuição para a Saúde Pública**, foram pesquisados e encontrados artigos, nos sítios eletrônicos do SciELO e Periódicos CAPES – páginas em português, com descritores e quantidades, respectivamente: “Farmacoepidemiologia” (827), “Farmacovigilância” (2.210), “Farmacoeconomia” (484), “Reações Adversas” (31.600), “Interações Medicamentosas” (15.400), “Hospitais Sentinela” (4.080). Tais palavras-chave foram cruzadas com o descritor “Ceará” e obteve-se: “Farmacoepidemiologia + Ceará” (206), “Farmacovigilância + Ceará” (348), “Farmacoeconomia + Ceará” (102), “Reações Adversas + Ceará” (5.750), “Interações Medicamentosas + Ceará” (1.890), “Hospitais Sentinela + Ceará” (902).

Procedeu-se leitura dinâmica dos títulos dos artigos listados nas páginas eletrônicas das bases de dados científicas e foram selecionados e lidos exaustivamente 35 artigos, indexados no SciELO, com as seguintes temáticas: “Farmacoepidemiologia” (4), “Farmacovigilância” (15), “Farmacoeconomia” (3), “Reações Adversas” (7), “Interações Medicamentosas” (3), “Hospitais Sentinela” (3).

No estudo de Nagao-Dias *Et al.* (2004), revisão de literatura, as reações alérgicas representavam um terço (1/3) das RAMs, que puderam ser identificadas por avaliação clínica e confirmadas através de testes laboratoriais imunológicos. No estudo de Menon *et al.* (2005), revisão de literatura, confirmou-se que as reações alérgicas estavam dentro da classificação das RAMs, recebendo nomenclatura de “hipersensibilidade alérgica”, estando relacionada com mecanismos imunológicos e químicos, sendo que sua intensidade não se relacionava com a dose administrada do medicamento.

No estudo de Romeu *et al.* (2011), utilizou-se metodologia quantitativa para descrever notificações de suspeitas de RAMs, durante internação dos pacientes em um hospital sentinela de Fortaleza (CE), e encontrou-se 116 notificações, envolvendo 269 medicamentos e 204 reações adversas. No estudo de Mastroianni *et al.* (2009), em um hospital geral de Araraquara (São Paulo – SP) estimou-se que em 15,5% (139/897) das internações hospitalares, possivelmente, a razão foi o uso de medicamentos, principalmente em idosos sob tratamento medicamentoso múltiplo, que podia gerar Interações Medicamentosas (IMs) e RAMs. Então, percebe-se a necessidade do exercício da Farmacovigilância no ambiente comunitário e hospitalar, para prevenir RAMs, que são fatores determinantes de internação hospitalar e prolongamento de internação.

O uso de medicamentos, de forma errônea ou abusiva, pode gerar RAMs e intoxicações, neste cenário entra a Toxicologia, que estuda os efeitos tóxicos dos medicamentos, quando a administração destes, em casos de superdosagem, ultrapassa os índices terapêuticos. No estudo de Neto *et al.* (2009), pesquisa quantitativa em um centro toxicológico de um hospital sentinela do estado CE, verificou-se admissão hospitalar por intoxicação medicamentosa em circunstâncias de acidente individual e tentativa de suicídio, envolvendo medicamentos psicofármacos em superdosagem, principalmente. No estudo de Pfaffenbach, Carvalho e Bergsten-Mendes (2002), pesquisa quantitativa sobre RAMs como determinantes de admissão hospitalar, em sua segunda fase de estudo, foram avaliados 135 pacientes admitidos em internação e destes, 92,2% (124) informaram que haviam utilizado medicamentos nos 15 dias anteriores à internação, dentre medicamentos prescritos e automedicação, sendo que a média de uso de medicamentos foi de 3,7 medicamentos por paciente e RAM foi responsável por ou teve participação em 6,6% das internações. Então, Intoxicações Medicamentosas e RAMs podem ser considerados como Eventos Adversos que devem ser monitorados em cooperação entre Farmacovigilância e Toxicologia Clínica, pois seria interessante cruzar dados entre Sistema Nacional de Farmacovigilância (SINFAV) com Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX).

Em estudo de Fonteles *et al.* (2009), pesquisa de campo qualitativa e quantitativa realizada por farmacêuticos, com reações adversas causadas por fármacos que atuam no sistema nervoso (RAM-SN), registradas em um centro de Farmacovigilância do Brasil, foram registradas 176 notificações, sendo que maioria (82,4%; 145) ocorreu no ambiente hospitalar, teve como principal notificador o profissional farmacêutico; e as RAM-SN foram classificadas, quanto a: a) Causalidade, como: possíveis (110), prováveis (37) e definidas (17); e b) Gravidade: leves (21), moderadas (127), graves (15) e fatais (1); estas reações foram causadas, predominantemente, por: analgésicos, anestésicos e antiepilépticos. Esta classificação de reações adversas, quanto à causalidade, faz-se necessária, porque certa RAM que surge em um paciente hospitalizado com prescrição de vários medicamentos – polifarmácia – pode ter várias possibilidades de causas: a) Apenas um fármaco; b) Dois fármacos pela interação entre estes – IM; c) Estado clínico do paciente. É o que se confirma em outro estudo de Secoli (2010), revisão bibliográfica que foi realizada por enfermeiro, que abordou a prática de polifarmácia em idosos; revelou-se que a vulnerabilidade, principalmente em idosos, aos eventos adversos relacionados a medicamentos foi elevada, o que se deveu a complexidade dos problemas clínicos e à necessidade de múltiplos agentes terapêuticos, capazes de gerar interações e reações adversas no organismo humano.

Dias, Velloso e Santos (2011), em estudo de revisão bibliográfica, que uma das importâncias da Farmacovigilância era o monitoramento dos pacientes, onde tinha grande potencial educativo, que ajudava no Uso Racional de Medicamentos (URM).

Dados e informações em Farmacovigilância são importantes para Economia da Saúde, particularmente em Farmacoeconomia, visto que podem prevenir UIMs e EAs, e futuros dispêndios financeiros com saúde. É o que se abordou no estudo de Mota, Fernandes e Coelho (2003) - revisão exploratória, descritiva e qualitativa - em que se apresentou revisão conceitual e aplicada sobre Farmacoeconomia, com suas ferramentas de avaliação econômica, tipologia e analítica de custos e se discutiu suas aplicações em: a) Política de Medicamentos no Brasil, com revisão permanente da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME); b) Reorientação da Assistência Farmacêutica; c) Promoção do URM; e d) Organização das atividades de Vigilância Sanitária de Medicamentos. Em sua visão macro, o estudo de revisão de Guimarães *et al.* (2007) explorou e descreveu tipos de análises farmacoeconômicas, limiares de custo-efetividade e custo-utilidade com aplicações práticas em saúde, complementando estudo anterior. Herrera (2004) seguiu com discussão sobre análises econômicas no campo dos fármacos e prescreveu: a) necessidade do URM – uso seguro e eficiente dos medicamentos; b) importância

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

da avaliação econômico-social dos medicamentos; e c) critério farmacoeconômico para avaliar a eficiência de tratamento. Vale ressaltar que este autor comentou que a análise econômica deveria ocorrer nestas etapas: a) Produção de novos fármacos no âmbito da indústria farmacêutica; b) Testes analíticos e clínicos; c) Entrada e fluxo entre as barreiras de mercado; e d) Chegada ao consumidor final. Em outras palavras, a avaliação econômica deve incorporar-se ao processo integral de circulação de medicamentos.

Conclusão

O estudo fez uma metanálise de trinta e cinco (35) publicações acadêmicas que exploravam e refletiam sobre Farmacovigilância como ciência e prática, estudos aplicados de Farmacovigilância na busca de Reações Adversas e Interações Medicamentosas e perfil de utilização de medicamentos, dentro do espaço nacional, no período compreendido entre 1990 e 2013, com ênfase especial para publicações de autores cearenses ligados a esta área. Grande maioria dos artigos encontrados no Google Acadêmico estavam indexados no SciELO.

Diante dos resultados, confirmam-se as hipóteses levantadas na introdução, sendo que este estudo não encerra a discussão porque é um retrato ou recorte do momento em que se encontra a Farmacovigilância na cidade de Fortaleza, visto que a ciência-prática da Farmacovigilância é um processo dinâmico, do qual participam cada vez mais instituições, órgãos e empresas, seja pelo incentivo de pesquisas ou pelas pressões sanitárias exercidas pelo Estado sobre o Mercado. É o que se evidencia em mudanças: quando surge o Sistema Estadual de Farmacovigilância do Ceará apoiado pela Universidade Federal do Ceará, em seguida colaboram sete (07) hospitais cearenses da capital através da Rede Sentinela e, mais tarde, espera-se que serão consolidadas as Farmácias Notificadoras na cidade de Fortaleza em conexão com o CRF-CE, sendo que esta situação depende de decisões legislativas desta última autarquia junto aos órgãos de governo da administração direta.

Diante das características da Farmacovigilância em Fortaleza e da sua dinâmica de transformação pelo fluxo de trabalho e maleabilidade do processo, fazem-se necessários novos e contínuos estudos que contribuem para enriquecer os bancos de dados de informações sobre medicamentos, visto que tais estudos podem ser facilmente atrelados as rotinas de diferentes profissionais de saúde e de gestores em todas as esferas de instituições públicas e privadas, em todos os níveis de hierarquia governamental e em distintas áreas dos Ministérios Federais, principalmente Saúde e Educação.

É imprescindível que o Ministério da Saúde (MS) do Brasil implante mais legislações específicas sobre Farmacovigilância e conte com o apoio da ANVISA para efetivar esta prática no país de forma compulsória, principalmente porque existem produtos farmacêuticos que são lançados rapidamente no mercado e com estudos farmacológicos incipientes, sendo necessárias fiscalização e ação regulatória mais rigorosa.

É importante sugerir que o Ministério da Educação (MEC), em se tratando de ensino superior em saúde, aconselhe inclusão da disciplina Farmacovigilância em cursos de graduação e de pós-graduação, principalmente na formação de profissionais prescritores e outros profissionais de saúde que fazem parte da cadeia de cuidados clínicos com pacientes.

É interessante concluir que, gestores de instituições e órgãos de saúde devem receber formação complementar e continuada, sob forma de treinamento e capacitação, para gerir o exercício da Farmacovigilância entre os profissionais de saúde, dentro do âmbito da Gestão Pública de Saúde.

Referências

- BALDONI, A. O.; GUIDONI, C. M.; PEREIRA, L. R. L. A Farmacoepidemiologia no Brasil: estado da arte da produção científica. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 9, n. 1, p. 78-88, jan/jul 2011. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/79>>. Acesso em: 24 set 2013.
- BANDEIRA, J. T. S. Análise Documental: o uso do jornal na pesquisa qualitativa. In: DAMASCENO, M. N.; SALES, C. M. V. **O caminho se faz ao caminhar: elementos teóricos e práticas na pesquisa qualitativa**. Fortaleza: Editora UFC, 2005. Cap. 7, p. 143-183. 196 p.
- DIAS, T. A.; VELLOSO, J. Q.; CIRNE SANTOS, C. C. A importância e as perspectivas do sistema de farmacovigilância. **Revista de Trabalhos Acadêmicos**, v. 2, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.vestibularead.universo.edu.br/index.php?journal=1reta2&page=article&op=viewFile&path%5B%5D=348&path%5B%5D=232>>. Acesso em: 01 nov 2013.
- FONTELES, M. M. D. F. Et al. Reações adversas causadas por fármacos que atuam no sistema nervoso: análise de registros de um centro de farmacovigilância do Brasil; Adverse reaction caused by drugs acting in nervous system: records analysis of a pharmacovigilance center in Brazil. **Rev. psiquiatr. clín.** (São Paulo), v. 36, n. 4, p. 130-137, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v36n4/a03v36n4.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2013.
- GUIMARÃES, H. P. Et al. Estudos de farmacoeconomia e análises econômicas: conceitos básicos; Pharmacoeconomic evaluations and economical analyses: basic concepts. **Rev. bras. hipertens**, v. 14, n. 4, p. 265-268, 2007. Disponível em: <<http://departamentos.cardiol.br/dha/revista/14-4/11-farmacoeconomia.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2013.
- HERRERA, M. M. C. Farmacoeconomía. Eficiencia y uso racional de los medicamentos. **Braz. J. Pharm. Sci**, v. 40, n. 4, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcf/v40n4/v40n4a02.pdf>>. Acesso em: 01 nov 2013.
- MASTROIANNI, P. C. Et al. Contribuição do uso de medicamentos para a admissão hospitalar. **Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences**. São Paulo, vol. 45, n. 1, p. 163-170, jan./mar., 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/bjps/v45n1/20.pdf>>. Acesso em: 15 out 2013.
- MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão Integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, Santa Catarina, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <http://www.unisc.br/portal/upload/com_arquivo/revisao_integrativa__metodo_de_pesquisa_para_incorporacao_de_evidencias_na_saud_e_e_na_enfermagem.pdf>. Acesso em: 02 out. 2013.
- MENON, S. Z. Et al. Reações adversas a medicamentos: revisão de literatura. **Saúde em Revista**. Piracicaba, v. 7, n. 16, p. 71-79, 2005. Disponível em: <<http://www.unimep.br/phpg/editora/revistaspdf/saude16art09.pdf>>. Acesso em: 16 out 2013.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994. 269 p. ISBN: 85-271-0181-5.
- MOTA, D. M.; FERNANDES, M. E. P.; COELHO, H. L. L. Farmacoeconomia: um instrumento de eficiência para a política de medicamentos do Brasil. **Acta Farm. Bonaerense**, v. 22, n. 2, p. 177-86, 2003. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/22/2/LAJOP_22_2_3_1_Q02TZW7P2G.pdf>. Acesso em: 01 nov 2013.
- NETO, A. M. V. Et al. Aspectos Epidemiológicos da Intoxicação por Medicamentos em Crianças e Adolescentes Atendidos no Centro de Assistência Toxicológica do Estado do Ceará. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.3, 2009, p.388-401, jul-set 2009. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a007.pdf>>. Acesso em: 15 ago 2013.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

OPAS/OMS. **A Importância da Farmacovigilância**: monitorização da segurança dos medicamentos. Departamento de Medicamentos Essenciais e Outros Medicamentos. Brasília, 2005. 48p. ISBN 85-87943-34-0. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/importancia.pdf>>. Acesso em: 19 out 2013.

PFAFFENBACH, G.; CARVALHO, O. M.; MENDES, G. B. Reações adversas a medicamentos como determinantes da admissão hospitalar. **Rev Assoc Med Bras**, v. 48, n. 3, p. 237-41, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v48n3/11822.pdf>>. Acesso em: 15 out 2013.

ROMEU, G. A. Et al. Notificação de Reações Adversas em um Hospital Sentinela de Fortaleza–Ceará. **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, v. 1, n. 2, p. 5-9, 2011. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br/rbfhss/public/artigos/RBFHSS_02_art01.pdf>. Acesso em: 01 nov 2013.

STROM, B.L. What is Pharmcoepidemiology? In: _____. **Pharmacoepidemiology**. Chichester (UK): John Wiley & Sons Ltd., 2005, p. 3-15.

ZANELLA, L. C. H. **Metodologia de estudo e de pesquisa em administração**. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2009. 164p. : Especialização em Gestão Pública Municipal. ISBN: 978-85-61608-75-0

FATORES AMBIENTAIS E O RISCO PARA LEISHMANIOSE NO MUNICÍPIO DE PETROLINA (PE)

Joana D'arc de Souza Piancó (apresentadora)– Universidade Regional do Cariri; joan.apia.nco@hotmail.com

Erika Carolina Fernandes Lima– Universidade Federal do Vale do São Francisco

Maria do Socorro Vieira Lopes– Universidade Regional do Cariri

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ebbe Humberta Fernandes Lima– Universidade Federal do Vale do São Francisco
Lúcia Marisy Souza Ribeiro de Oliveira– Universidade Federal do Vale do São Francisco
Marcelo Domingues de Faria (Orientador) Universidade Federal do Vale do São Francisco
Palavras-chave: Ambiente; Leishmaniose; Infraestrutura; Educação em Saúde.

Resumo

A degradação ambiental acelerada tem interferido não apenas no ambiente, mas no processo saúde-doença e no setor socioeconômico de diversas comunidades. Considerado um problema de saúde pública, torna-se fundamental avaliar as condições ambientais e sociais que possam ser indicadores de risco à saúde das comunidades e que interferem nesse processo decorrente de tais problemáticas. O presente estudo consiste em resultado de uma pesquisa realizada em Petrolina, Pernambuco, no período de junho de 2013 a junho de 2014, onde foi realizado o levantamento de dados referentes ao período compreendido entre os anos de 2002 a 2013, através da Secretaria Municipal de Saúde e do Sistema de Informações e Agravos de Notificação (SINAN). Os métodos dedutivo e descritivo foram aplicados, pois explicam e descrevem os conteúdos de caráter quantiquantitativo, considerando as relações entre objetivo e subjetividade. A leishmaniose visceral foi mais incidente do que a tegumentar, além de ser bem mais prevalente no município. Para mudanças importantes em áreas negligenciadas e desvalorizadas, a educação em saúde é fundamental para a construção da sociedade e os profissionais de saúde precisam buscar conhecimentos de outras áreas para que projetos interdisciplinares possam ser fundamentados e aplicados de forma efetiva, produzindo resultados informativos e incrementando a educação.

Introdução

A degradação ambiental acelerada, marcada pela intervenção humana, tem interferido não apenas no meio ambiente, mas, também, no processo saúde-doença de diversas comunidades. O problema está associado ao processo de desenvolvimento desordenado devido ao pouco planejamento e infraestrutura, ou mesmo a falta desses, que atendam às necessidades da população em geral causando ameaça e desequilíbrio às comunidades (OLIVEIRA et al., 2013; OLIVEIRA; PIROLA; PEREIRA, 2011). A leishmaniose é considerada pela OMS como uma das cinco doenças infectoparasitárias endêmicas de maior relevância e um problema de saúde pública mundial (MOTA; MIRANDA, 2011). A leishmaniose é causada por um parasita protozoário *Leishmania* (ROSS, 1903) que apresentam um DNA extranuclear na organela mitocondrial, o cinetoplasto (OMS, 2014; MOTA E MIRANDA, 2011). Esse protozoário desenvolve três tipos de doenças (OMS, 2014a): a) leishmaniose visceral (calazar), que pode ser fatal se não tratada a tempo, pois ataca órgãos como: fígado, baço, gânglios linfáticos e medula óssea (OLIVEIRA; SILVA, 2011); b) leishmaniose cutânea, sendo esta a mais comum dos tipos, causando tipos de ulcerações na pele que, em caso de agravamento, podem causar sérias debilidades e escaras; c) leishmaniose mucocutânea que pode destruir parcial ou totalmente mucosas do nariz, boca e garganta (OMS, 2014b). Para que haja redução dos agravos em saúde e melhoria das condições ambientais, se faz necessário o desenvolvimento de projetos e ações interdisciplinares, visto que há estreita relação entre saúde-ambiente-desenvolvimento

Metodologia

O projeto deste estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Deontologia em Estudos e Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CEDEP) e aprovado sob protocolo nº 0002/070813 CEDEP/UNIVASF e não ofereceu nenhum risco de danos aos locais ou aos envolvidos. O presente estudo foi realizado no período de junho de 2013 a junho de 2014, no município de Petrolina, Estado de Pernambuco. Com área de 4.561.872 km² e população de aproximadamente 319.893 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013). Tratou-se de uma pesquisa baseada em levantamento de dados utilizando fontes como: SINAN; SIAB/DATASUS; SESAU do próprio município.

O método dedutivo foi aplicado por procurar explicar o conteúdo das premissas (LAKATOS; MARCONI, 2009), bem como o descritivo também foi utilizado, pois visa descrever as características de determinada população ou fenômeno, mas nesse caso, foi utilizado por descrever ainda as relações entre as variáveis (GIL, 2010). A descrição foi baseada na observação dos fatos, registrados, analisados, classificados e interpretados. Assim, foram codificados os resultados através de imagens, tabelas e gráficos, apresentando a presença de agravos ambientais e presença ou não de doenças incidentes que sejam ligadas a esses problemas, além da interpretação das informações colhidas a fim de avaliar a situação ambiental nos bairros de Petrolina, bem como a relação no processo saúde-doença da população.

Resultados e Discussão

Leishmaniose tegumentar

Casos de leishmaniose tegumentar no Município de Petrolina só foram notificados nos anos de 2007 (1 caso), 2008 (1 caso) e 2011 (1 caso) como mostra o Quadro 1 e todos esses em pessoas do sexo masculino (QUADRO 2). Outros estudos também revelam que os mais acometidos são pessoas do sexo masculino, porém, no caso de Petrolina houve um equilíbrio quanto à faixa etária envolvida nos casos.

Quadro 1 – Leishmaniose tegumentar por faixa etária e ano no Município de Petrolina (PE).

Ano da Notificação	5-9	35-49	50-64	Total
2007	0	0	1	1
2008	1	0	0	1
2011	0	1	0	1
Total	1	1	1	3

Fonte: SINAN/2013 – SESAU Petrolina (PE) (2013/14)

Ambos os tipos de leishmaniose são considerados pela OMS como uma das mais importantes doenças negligenciadas em todo o mundo (GUIMARÃES et al., 2012). Os autores afirmaram ainda que muitas mudanças ambientais podem resultar em aumento significativo de leishmaniose.

Quadro 2 – Frequência de leishmaniose tegumentar por sexo e ano no Município de Petrolina (PE).

Ano da Notificação	Masculino	Feminino	Total
2007	1	0	1

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

2008	1	0	1
2011	1	0	1
Total	3	0	3

Fonte: SINAN/2013 – (2013/14)

Porém, no município de leishmaniose considerado alto, porém casos de subnotificações informação por parte da relacionados a níveis de população, Lobo et al. com estudantes, sintomas podem ser pessoas têm dificuldade para que possam procurar adequada.

	fi*	fr (%)*					x-x				
2007	24	9,5					- 12,1				
2008	20	8,0					- 16,1				
2009	32	12,6					- 4,1				
2010	28	11,1					- 8,1				
2011	28	11,1					- 8,1				
2012	49	1-4	5-9	10-14	15-19	20-34	35-49	50-64	65-79	80 e+	Total
2013	72	7	3	2	28,4	7	2	0	35,9	0	24
Total	253	3	5	2	100,0	1	4	3	- 0,8	0	20
2009	2	14	6	3	0	4	3	0	0	0	32
2010	2	9	5	4	0	3	1	4	0	0	28
2011	1	13	2	2	0	2	5	2	1	0	28
2012	9	12	9	4	2	2	3	6	0	2	49
2013	12	23	8	1	1	8	9	3	6	1	72
Total	29	81	38	18	5	27	27	18	7	3	253

SESAU Petrolina (PE)

petrolinense a incidência tegumentar não é devido à falta de população. Em estudos informações por parte da (2013), em sua pesquisa demonstra que os confundidos e que as em reconhecer os sinais uma assistência

Leishmaniose visceral

Em Petrolina a leishmaniose visceral foi 84 vezes mais frequente do que a tegumentar. O sexo mais afetado pela L.V. foi o masculino (59,6%) (TABELA 2) e as faixas etárias de maior prevalência foram entre 1 e 4 anos (32%), 5 a 9 anos (15%) e < 1 ano (11,4%) (TABELA 1). Os dados deixam evidentes que os mais vulneráveis foram as crianças menores de 9 anos.

Tabela 1 – Leishmaniose visceral por faixa etária e ano no Município de Petrolina (PE).

Fonte: SINAN/2013 – SESAU Petrolina (PE) (2013)

A OMS relata que as populações de maior vulnerabilidade são aquelas que vivem em más condições socioeconômicas, sanitário, moradias sem infraestrutura adequada (OMS, 2014a). Além disso, também está relacionada a má nutrição, e talvez por isso as crianças sejam mais afetadas, pois a ausência de determinadas vitaminas podem levar a uma redução da imunidade (OMS, 2014b). A leishmaniose é considerada primariamente uma infecção zoonótica de animais silvestres, e mais raramente domésticos, incluindo marsupiais, carnívoros e primatas. O homem vem a ser, na realidade, um hospedeiro acidental (MOTA; MIRANDA, 2011).

Tabela 2 – Frequência de leishmaniose visceral por sexo e ano no Município de Petrolina (PE).

Ano da Notificação	Masculino	Feminino	Total
2007	14	10	24
2008	14	6	20
2009	21	11	32
2010	15	13	28
2011	19	9	28
2012	30	19	49
2013	38	34	72
Total	151	102	253

Fonte: SINAN/2013 – (2013)

SESAU Petrolina – PE

Os problemas de saúde como L.V., estão

vinculados a zoonoses, associadas à migração e a

movimentação de pessoas não imunes em áreas onde existem ciclos de transmissão da doença, além da invasão dos habitats de animais silvestres através do crescimento urbano e criatórios. O desvio padrão foi de 6,7 e houve identificação de moda (28) (TABELA 1). A média anual para o caso de leishmaniose visceral foi de 36,1 e a mediana 28. A variância ficou calculada em torno de 44,8. O ano de maior incidência foi 2013 (28,4%) (TABELA 3).

Relacionado ao sexo, há presença de moda no caso dos homens, sendo de número 14, ou seja, foi um dado apresentado mais de uma vez (TABELA 2). No sexo feminino não foi identificado moda. As médias para os sexos masculino e feminino, respectivamente, foram: 21,5 e 14,5, sendo as medianas, também na mesma ordem, 19 e 11.

Tabela 3 – Distribuição anual de leishmaniose visceral com frequência absoluta, relativa e desvios em relação à média no Município de Petrolina (PE).

Fonte: Coleta de dados (2013/2014)

fi* - frequência absoluta; fr – frequência relativa.

Os dados coletados sobre leishmaniose não informavam por bairros a distribuição da frequência. O SINAN e a SESAU, nesses casos, apenas armazenam os número quantitativos sem levar em consideração as localidades das ocorrências, pois são dados recebidos

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

diretamente de hospitais e estes recebem pessoas de diversas localidades, inclusive de outros municípios. Desta forma, não se pode afirmar que os dados registrados em Petrolina tenham origem apenas neste município.

A OMS (2014a) destaca que áreas com condições precárias de infraestrutura tornam a população mais vulnerável a *Leishmania*. Contudo, os riscos que essa condição de infraestrutura pode causar ao ambiente e à saúde não são relacionados apenas à leishmaniose, mas a todas as outras que estão sendo descritas ao longo deste.

Conclusão

A leishmaniose tem forte relação com o ambiente. Petrolina possui os mais diversos problemas ambientais semelhantes aos de muitos outros municípios brasileiros. Contudo, fatores socioeconômicos também podem ser considerados como fatores de risco à população de Petrolina, pois podem causar desequilíbrios à qualidade de vida. A educação é de suma importância para a construção de uma sociedade e engloba diversas vertentes podendo assim haver uma atuação interdisciplinar por parte de profissionais de saúde, bem como, de outros profissionais como da própria área da educação, e podem ser elaboradas novas propostas para serem implementadas em escolas, postos de saúde, hospitais de forma que possam chegar de forma mais efetiva à população.

Para buscar melhorias nessa área tão importante e tão negligenciada e desvalorizada, é importante aprofundar nas pesquisas nessa região, pois é preciso conhecer cada vez mais para que possam ser elaborados métodos estratégicos de atuação e implementação na área da saúde em Petrolina.

Referências

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GUIMARAES, V. C. F. V. et al. Phlebotomine sandflies (Diptera: Psychodidae) in São Vicente Férrer, a sympatric area to cutaneous and visceral leishmaniasis in the state of Pernambuco, Brazil. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2012, vol.45, n.1, p. 66-70. ISSN 0037-8682. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v45n1/13.pdf> Acesso em: 16/02/2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Cidades**. Pernambuco, Petrolina. 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261110&search=pernambuco|petrolina>> Acesso em: 20/08/2013.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projeto e relatório, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

LOBO, K. S.; et al. Conhecimentos de estudantes sobre Leishmaniose Visceral em escolas públicas de Caxias, Maranhão, Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva** [online]. 2013, vol.18, n.8, pp. 2295-2300. ISSN 1413-8123. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n8/13.pdf>> Acesso em: 10/03/2014.

MOTA, L. A. A.; MIRANDA, R. R. Manifestações dermatológicas e otorrinolaringológicas na Leishmaniose. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.** (Impr.) [online]. 2011, vol.15, n.3, p. 376-381. ISSN 1809-4872. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/aio/v15n3/v15n3a17.pdf>> Acesso em: 20/10/2013

OLIVEIRA, F. N. et al. Accidents caused by Bothrops and Bothropoides in the State of Paraíba: epidemiological and clinical aspects. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.** [online]. 2010, vol.43, n.6, p. 662-667. ISSN 0037-8682. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n6/12.pdf> Acesso em: 20/03/2014

OLIVEIRA, S. M.; SILVA, I. A. Vigilância ambiental e a importância do monitoramento de mosquitos de importância de saúde pública. In: **Educação ambiental: responsabilidade para a conservação da sociobiodiversidade**. João Pessoa: Editora Universitária da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), 2011. p. 51-58. Disponível em: <http://www.cnea.com.br/wp-content/uploads/2013/03/II-CNEA-Educa%C3%A7%C3%A3o-Ambiental-responsabilidade-para-a-conserva%C3%A7%C3%A3o-da-sociobiodiversidade_-_Vol.2.pdf> Acesso em: 13/07/2013.

OLIVEIRA, W. F.; PIROLA, J. C.; PEREIRA, J. L. G. A relação da saúde com a qualidade do meio antrópico: Uma questão de debate. **Revista Bras. de Ed. Amb.** [online]. Diadema, SP. UNIFESP. v. 6. n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.furg.br/revbea/article/view/2021/1038>> Acesso em: 06/01/2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS)a. Leishmaniose. **Ficha de Informação**. N°375. Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>. Acesso em: 16/02/2014.

_____.b. Leishmaniose. **Ficha de Informação**. N°375. Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs375/en/>. Acesso em: 15/02/2014.

Agradecimentos

Agradecemos a Deus, que até aqui, tem nos ajudado e nos sustenta até o fim graças a sua fidelidade.

FATORES ASSOCIADOS A NÃO REALIZAÇÃO DO EXAME DE PAPANICOLAU PELAS MULHERES: UM ESTUDO DESCRITIVO.

Francisco Mayron Moraes Soares – Universidade de Fortaleza, mayronsoares13@hotmail.com;

Karina Oliveira de Mesquita – Universidade Estadual Vale do Acaraú

Bruna Barbara Fernandes Moura – Universidade de Fortaleza

Marcia Janine Alves de Melo – Universidade de Fortaleza

Samuel Borges de Sousa – Universidade de Fortaleza

Gleiciane Kélen Lima – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Enfermagem, Prevenção, Promoção da Saúde

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resumo

O objetivo deste estudo é identificar os motivos que levam as mulheres em idade fértil atendidas na Unidade Básica de Saúde (UBS) CAIC a não realizar o exame preventivo do câncer de colo uterino. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de abordagem qualitativa. Participaram da pesquisa 10 mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, domiciliadas no bairro Alto da Brasília e atendidas na UBS em estudo. Os dados foram coletados mediante utilização da técnica de pesquisa chamada de Grupo Focal. Os dados resultaram em seis categorias sobre a não adesão dessas mulheres ao exame preventivo, são elas: O exame é importante e necessário, o exame é constrangedor, um exame sem privacidade, um exame difícil, um exame não tão confiável e um exame que gera insegurança quanto ao resultado. Concluiu-se, portanto, que fatores como medo, constrangimento, vergonha, desconhecimento, falta da privacidade e inacessibilidade, são determinantes para que as mulheres não realizem o exame de prevenção do câncer de colo uterino. Continua sendo um desafio para os profissionais de saúde, garantir uma maior cobertura desse serviço e, consequentemente, diminuir as altas taxas de incidência do câncer.

Introdução

O câncer do colo do útero (CCU) vem sendo um sério problema de saúde pública, demonstrando a necessidade de haver cada vez mais campanhas de educação em saúde que estimulem as mulheres a realizarem o exame preventivo (Papanicolau), para a detecção precoce do câncer e, consequentemente, para o aumento nas chances de cura.

No Brasil, de acordo com INCA (2010), o câncer do colo do útero é a segunda causa de morte por câncer em mulheres, sendo o tipo mais comum em algumas áreas menos desenvolvidas do país. Sua ocorrência se concentra principalmente em mulheres acima dos 35 anos de idade.

A história das ações preventivas em câncer no Brasil é recente. As primeiras iniciativas para implantar a prevenção do câncer do colo uterino ocorreram no final da década de 60, com progressos limitados ao longo da década de 70². Em meados da década de 80, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em que um dos objetivos era aumentar a cobertura e a resolutividade dos serviços de saúde na execução das ações preventivas do câncer de colo uterino.

Métodos de rastreamento, como testes de detecção do DNA do HPV e inspeção visual do colo do útero, utilizando ácido acético ou lugol, são apontados em vários estudos como eficazes na redução das taxas de mortalidade por câncer do colo do útero. No Brasil, o exame citopatológico, ou de Papanicolau, é a estratégia de rastreamento recomendada pelo Ministério da Saúde prioritariamente para mulheres de 25 a 59 anos. Esse é um método simples que permite detectar alterações da cérvix uterina, a partir de células descamadas do epitélio e se constitui o método mais indicado para o rastreamento do CCU por ser um exame rápido e indolor, de fácil execução, realizado em nível ambulatorial, que tem se mostrado efetivo, eficiente e de baixo custo.

O Instituto Nacional do Câncer admite que o Brasil foi um dos primeiros países do mundo a introduzir o exame citopatológico (Papanicolau) com a finalidade de detecção precoce do CCU, porém a doença continua sendo um problema de saúde pública, pois 30% das mulheres realizam o Papanicolau apenas três vezes na vida, o que explicaria o diagnóstico já na fase avançada em uma proporção de 70% dos casos.

É preciso, pois, atentar para os motivos que podem interferir na decisão da mulher em realizar ou não realizar a prevenção do câncer do colo do útero.

Em Sobral, assim como na maioria das regiões brasileiras, o CCU constitui um problema crescente, apesar da existência dos vários métodos de prevenção, já mencionados anteriormente. De acordo com dados do Sistema de Informação do Câncer de Colo do Útero (SISCOLO), a taxa de incidência da neoplasia de janeiro de 2009 a agosto de 2010, em mulheres na faixa etária de 25 a 59 anos, foi de 40,2 por 10.000 habitantes. Especificamente no CSF CAIC essa taxa é de 67,9, constituindo o território com a terceira maior incidência da cidade de Sobral. Além disso, a taxa de realização de exames em mulheres na mesma faixa etária, na mesma unidade de saúde e no mesmo período é de 210,45 por 10.000 habitantes, constituindo o território com a menor quantidade de exames realizados.

Esses números mostram que há uma relação direta entre o baixo índice de realização de exames preventivos e a alta incidência do câncer no território, o que demonstra as limitações dos serviços preventivos da referida Unidade Básica de Saúde.

A partir dessa problemática, este estudo intenta identificar os fatores associados a não realização do exame de prevenção do câncer de colo uterino pelas mulheres em idade fértil e a partir disso procurar-se-á analisar as causas encontradas.

Metodologia

Trata-se de um estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa.

A Pesquisa Qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se ocupa, nas ciências Sociais, 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.

O estudo foi realizado na cidade de Sobral, zona norte do estado do Ceará, mais especificamente no bairro Alto da Brasília, no Centro de Saúde da Família CAIC com uma população residente de 8.095 pessoas, sendo de 2.334 o número de famílias e 1.473 a população de mulheres de 25 a 59 anos.

Como critério de inclusão para definir a amostra do estudo, as mulheres deveriam estar na faixa etária de 25 a 59 anos, serem domiciliadas no referido bairro, estar sendo atendidas na UBS em estudo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O tamanho da amostra foi considerado adequado com participação de 10 mulheres.

A coleta de dados foi realizada através de um processo conhecido como Grupo Focal, que consiste em uma técnica de pesquisa ou de avaliação qualitativa, que coleta dados por meio das interações grupais ao se discutir um tópico sugerido pelo pesquisador.

O objetivo foi estabelecer e facilitar a discussão e não realizar uma entrevista em grupo – damos ênfase aos processos psicossociais que emergem, ou seja, no jogo de interinfluências da formação de opiniões sobre o tema.

As discussões foram registradas em gravador de áudio e posteriormente foram transcritas a fim de identificar e analisar os fatores de não realização do exame.

Para análise dos dados utilizou-se a técnica de análise do conteúdo, através da análise temática e análise interpretativa de enunciação com procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação.

Foram considerados os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, de acordo com o preconizado pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - Ministério da Saúde, ressaltando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de todas as participantes do estudo (BRASIL, 2012).

Resultados e Discussão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

As falas das mulheres foram registradas e agrupadas de acordo com as categorias identificadas, sendo que cada categoria foi gerada a partir de informações relevantes e associadas ao tema e, a partir disso, foram analisadas e interpretadas de acordo com a técnica de análise do conteúdo.

As seis categorias identificadas para análise das respostas foram:

O exame é importante e necessário; **2)** O exame é constrangedor; **3)** Um exame sem privacidade; Um exame difícil; **5)** Um exame não tão confiável; **6)** Um exame que gera insegurança quanto ao resultado.

Discussão

O exame é importante e necessário

Com o objetivo de identificar o nível de conhecimento acerca do exame, questionou-se a respeito do motivo de realização do exame. As mulheres demonstraram saber pouco a respeito, devido à realidade cultural, como se pode perceber em algumas verbalizações que destacamos a seguir: “A gente sabe que precisa, né? Que é pra saúde da gente mesmo. (...) Sabendo que é pra saúde da gente.” “É pra prevenir o câncer, né? (...) Pra saber como a gente tá.”

“(…) A gente sabe que é pra saúde da gente, que a gente precisa de seis em seis meses fazer isso, porque eu tenho assistido muito esse tipo de palestra, e eles explicam tanto aqui, que de seis em seis meses a mulher tem que fazer o exame, porque as mulheres são mais afetadas que os homens.”

O Exame é constrangedor

Durante a discussão, algumas mulheres relataram sentirem vergonha, medo e constrangimento ao realizarem o exame preventivo do CCU, como são mostrados nesses trechos: “É assim, eu acho assim, um exame muito assim, estranho [risos]!” “É, assim, o medo, é constrangedor.” “É, a posição, ui [risos]! Você tá entendendo?”

Os profissionais de saúde devem expor somente a porção do corpo necessário para a realização do exame, devem estar atentos às queixas, dúvidas e ansiedades da mulher e devem encorajá-la tentando evitar o medo e a vergonha. Um bom relacionamento entre o cliente e o profissional é importante quando se considera que a relação de respeito, empatia e confiança contribui para a promoção da tranquilidade durante a realização do exame, garantindo a adesão ao exame preventivo.

O exame ginecológico, com ou sem a coleta de material cérvico-vaginal, é visto por muitas mulheres como uma experiência dolorosa, embaraçosa e desagradável (Lazcano-Ponce et al., 1999; Lee et al., 2000), e grande parte destes sentimentos são originários de experiências prévias negativas de maus-tratos ou humilhação sofridos pelas mulheres durante o procedimento, realizado sem explicação do seu significado, de forma fria e descuidada, minando qualquer possibilidade de criação de um espaço de autoconhecimento do corpo e da sexualidade da mulher (PINHO et al., 2003).

O profissional deve oferecer acolhimento adequado às mulheres para que se sintam respeitadas e confiantes, pois isso incentiva a mulher a ter uma atitude favorável em relação ao exame, possibilitando assim, a multiplicação dessa ação para as outras mulheres da comunidade.

Um exame sem privacidade

Um ponto importante percebido nas verbalizações foi a falta de privacidade existente no momento da realização do exame. Esse fato é demonstrado nos trechos citados a seguir: “É. Eu fui fazer aqui. Aí quando a gente tá bem despreocupada entra gente na sala.” “Quando estiver só a enfermeira e o paciente lá dentro, principalmente a gente ali, ficar só os dois, não ficar batendo na porta e entrando, batendo na porta e entrando. Foi o mais errado que eu achei. Já três vezes aconteceu comigo.”

“Eu me lembro na época que eu fui fazer um exame aqui. A enfermeira tava fazendo o exame em mim, aí entrou um rapaz que fazia faxina aqui. Ele entrou, passou pro banheiro, depois ele passou pro outro lado pra buscar um balde, aí eu fiquei morta de vergonha! Eu fiquei com tanta vergonha que eu até chorei! Aí a enfermeira perguntou se eu tava com medo. Aí eu disse que não, que eu tava com vergonha do rapaz que tinha entrado. Por que as “partes” da gente é uma coisa íntima, só a gente ou o marido da gente que pode ver, outros de fora não pode. Eu achei tanto abuso que eu não quis mais fazer.”

Algumas atitudes simples podem ser capazes de promover adesão fiel a usuária ao exame, como proporcionar conforto e privacidade às mulheres, por ocasião do exame de prevenção, certificar-se de que a usuária esvaziou a bexiga e orientá-la sobre as etapas da coleta torna a mulher coparticipe e diminui sua insegurança frente ao serviço preventivo¹¹.

Um exame difícil

Quando perguntadas sobre a dificuldade de acesso ao exame, as mulheres relataram que existe alguma dificuldade de marcar a consulta e sobre o extravio de laudos citológicos. Entretanto, pela forma como se expressaram, percebeu-se certo desconhecimento do fluxo de encaminhamento do material coletado, do caminho que o material coletado faz até retornar para o posto, deixando de vir buscar o exame por algum pequeno atraso na chegada do laudo, o que não justifica o extravio dos exames por parte da equipe. Exemplifica-se com as seguintes falas: “É porque aqui sempre é aquela coisa, a gente vem aí dizem: “Não, hoje não tem não. Só pra amanhã. Só pra depois.” Aí a gente vai e acaba desistindo de vir pra fazer. Ninguém faz marcar então a gente acaba desistindo.” “É porque às vezes quando a gente consegue marcar e vem fazer o exame às vezes não recebe. Elas perdem ou acontece qualquer coisa, aí a gente acaba não recebendo.”

Ações que aumentem o quantitativo de profissionais habilitados para a redução de filas de espera para a consulta ginecológica, bem como o aumento da cobertura citológica e exames físicos de qualidade são, sem dúvida, necessários, embora nenhuma dessas ações sejam de maior valor do que a informação correta e de qualidade que permita que a mulher tenha pensamento crítico e correto quanto a necessidade da realização deste exame.

Um exame não tão confiável

Outro problema percebido nas falas das clientes foi a desconfiança que elas têm na PCCU, pois não acreditam na validade do exame e acham que outros exames, como a ultrassonografia, sejam mais fidedignos. As verbalizações a seguir mostram esse fato:

“Mas eu tinha muita vontade de uma coisa, porque só um exame de prevenção, eu não acredito muito nele. Eu acredito mais naquela ultra-som, que a mulher faz, tanto quando ela tá grávida quanto quando não está. Tem ela na vagina e tem aquela na barriga, como quando a mulher tá grávida. Esse daí eu tenho muita vontade de fazer.”

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

“Você sabe por que eu acho que a ultra-som é mais clara que a prevenção? Por que a ultra-som a gente tá vendo e o exame de prevenção a gente só vê num papel. A pessoa que sabe ler entende, e quem não sabe é mesmo que um cego. Já a ultra-som não, o médico tá botando aquilo ali em você e você tá vendo tudo que tem ali por dentro de você. É por isso que eu tenho vontade de fazer essa ultra-som. A prevenção eu já não tenho mais vontade de fazer.”

Um exame que gera insegurança quanto ao resultado

Sabe-se que o câncer é a doença crônico-degenerativa que mais pavor suscita. Neste sentido, as mulheres ao submeterem-se ao exame preventivo do câncer cérvico-uterino sentem-se inseguras e temerosas quanto ao resultado. Percebe-se isso no trecho abaixo:

“Mas tem gente que deixa de fazer o exame porque tem medo, né? De aparecer o resultado de alguma coisa... Teve uma pessoa que eu conheço que ela teve o diagnóstico muito tarde, ela tinha câncer no útero, e ela teve que tirar às pressas, e ela não fazia o exame porque tinha medo que encontrassem alguma coisa, porque aí ela ia se desesperar e pronto.”

A preocupação das mulheres em relação ao resultado pode ser excluída, em parte, com a interação profissional-cliente, o que contribui para a promoção da tranquilidade demonstrada pela mulher durante a realização do exame e quanto ao seu resultado.

De acordo com todos estes depoimentos, percebe-se que boa parte das mulheres não sabe a importância da realização do Papanicolau; isto se deve ao fato de desconhecerem o procedimento, porque os profissionais habilitados engajados nessa prática provavelmente não fornecem informações pertinentes e completas sobre o exame, a fim de reduzir a ansiedade e retirar as dúvidas – além de desrespeitarem a intimidade da paciente ao não proporcionar a privacidade necessária para realização do exame –, concluindo-se que a atuação do profissional agrava o sentimento de medo, desconforto e constrangimento. Vale ressaltar que, além da melhoria da relação enfermeiro/paciente, seriam necessárias ações educativas de qualidade para que as mulheres tomassem conhecimento sobre a importância da realização do exame, o que levaria, a médio e longo, a diminuição da incidência desta neoplasia.

Conclusão

Por meio dos resultados obtidos pode-se constatar que há ainda uma grande dificuldade em sensibilizar as mulheres para a realização do exame preventivo periodicamente. Continua, portanto, sendo um desafio para os profissionais de saúde, garantir uma maior cobertura desse serviço, e conseqüentemente, diminuir as altas taxas de incidência do câncer de colo uterino.

Muitos foram os fatores determinantes desse resultado. Dentre eles, o que mais chamou a atenção foi à falta de privacidade durante a realização do exame. Somente uma equipe de saúde humanizada poderá tratar a cliente como pessoa, encontrando espaço para a expressão de seus sentimentos, respeitando-a, envolvendo-se com ela, colocando-se em seu lugar, desenvolvendo assim uma relação intersubjetiva e ainda levando em conta sua bagagem social, cultural, familiar e religiosa.

Portanto, ouvir as mulheres que fizeram parte desta pesquisa, sobre seu vivencial em relação a este exame, permitiu-nos visualizar alguns caminhos que possam favorecer a aderência da mulher ao serviço de prevenção.

Referências

Adriana de Araujo Pinho. Ivan França Junior. Lilia Blima Schraiber. Ana Flávia P. L. D'Oliveira. **COBERTURA E MOTIVOS PARA REALIZAÇÃO DO TESTE DE PAPANICOLAOU**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(Sup. 2):S303-S313, 2003
AMORIM VMSL, Barros MBA, César CLG, Carandina L, Goldbaum M. **Fatores associados a não realização do exame de Papanicolaou: um estudo de base populacional no Município de Campinas**, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2006;22(11):2329-38.
CRUZ, Luciana Maria Britto da; LOUREIRO, Regina Pimentel. **A comunicação na abordagem preventiva do câncer do colo do útero: importância das influências histórico-culturais e da sexualidade feminina na adesão às campanhas**. Saude soc., São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008
MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8th ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2004
INCA - Instituto Nacional Do Câncer. **Falando sobre câncer do colo do útero**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2010
OSIS, MJMD. PAISM: **Um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, 1998. 14(1): 25-32.
SOARES, MC, et al. **Cervical cancer: characterization of women in a city in the south of BRAZIL**. Esc. Anna Nery, Mar 2010. Rio de Janeiro (RJ). 14 (1).

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus, que sempre foi à rocha forte de minha vida, aos meus pais, por esculpirem tão perfeitamente meu caráter e entusiasmo e ao meu grande amigo, que sempre acreditou em minha capacidade. (L.W)

FATORES DE RISCO AO HIV E SÍFILIS EM POPULAÇÕES VULNERÁVEIS

Giselle Mary Ibiapina Brito (Apresentador) – Universidade Federal do Piauí (UFPI) – giselleibiapina@hotmail.com
Daniela Furtado Rodrigues de Andrade – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Vanessa Moura Carvalho – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Brenda Kelly da Silva Monte – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Daniele Silva Do Vale – Universidade Federal do Piauí (UFPI)
Rosilane Lima Brito Magalhães (Orientador) – Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Palavras-chave: Doenças Sexualmente Transmissíveis. Promoção da saúde. HIV. Sífilis. População vulnerável.

Resumo

Introdução: As doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são motivos de preocupação, em razão da elevada prevalência, principalmente em populações em situações de risco, tais como os moradores de rua, adolescentes e profissionais do sexo, geralmente associado ao uso de drogas injetáveis, prostituição e iniciação sexual precoce e desprotegida. **Objetivos:** investigar os fatores de risco em populações vulneráveis para as doenças sexualmente transmissíveis. **Metodologia:** Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca, pelo acesso *online* nas bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Os descritores utilizados foram “doenças sexualmente transmissíveis”, “HIV”, “população vulnerável”, “sífilis”. **Resultados e discussão:** A incidência de sífilis é elevada, principalmente em homoafetivos e portadores de HIV e mostra que a ausência de um tratamento adequado da sífilis pode levar à cegueira, paralisia, danos ao cérebro e inclusive à morte. **Conclusão:** é fundamental a necessidade de desenvolver medidas eficazes para eliminação da sífilis e controle do HIV, como assistência médica no tratamento da sífilis e seguimento ambulatorial, campanhas educativas tendo como foco o uso regular do preservativo, medidas de redução do uso de drogas.

Introdução

As doenças sexualmente transmissíveis (DST) e o vírus da imunodeficiência humana (HIV) são motivos de preocupação mundial. A prevalência dessas doenças é mais elevada em populações em situações de risco, tais como os moradores de rua, adolescentes e profissionais do sexo, geralmente associado ao uso de drogas injetáveis, prostituição e iniciação sexual precoce e desprotegida (BRITO, 2007).

A população em situação de rua é uma das mais vulneráveis em relação a transmissão de DSTs por incluir grupos de alto risco formados por egressos do sistema prisional, usuários de crack e cocaína, profissionais do sexo, grupos minoritários e pessoas com transtornos mentais (BRITO, 2007).

Para o Departamento de DST, Aids e Hepatites virais do Ministério da Saúde a pessoa infectada pelo HIV pode ou não desenvolver a doença. Quando isso ocorre, o vírus ataca o sistema imunológico, comprometendo seu funcionamento e deixando-o vulnerável a outros males. A relação sexual sem camisinha com uma pessoa infectado, o compartilhamento de seringas e a reutilização de objetos perfuro cortantes contaminados pelo HIV são as principais formas de contágio (ANVISA, 2006).

No que se refere a sífilis trata-se de uma doença infecciosa crônica, causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A infecção pode ser adquirida através de contato sexual, transfusão de sangue, transplante de órgão, ou por transmissão congênita, porém o contato sexual é o modo usual de contágio. O conhecimento do estado sorológico pra sífilis é muito importante, uma vez que se trata de uma patologia com tratamento fácil, acessível e barato. O objetivo do controle da sífilis é a interrupção da cadeia de transmissão e a prevenção de novos casos (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Os possíveis sintomas são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz, mas a doença continua a se desenvolver. O aparecimento de manchas pelo corpo e queda de cabelos também são sintomas desta doença que, sem tratamento adequado, pode levar à cegueira, paralisia, danos ao cérebro e inclusive à morte (ANVISA, 2006).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que a cada ano cerca de 340 milhões de pessoas são infectadas por alguma DST curável, dentre as quais a sífilis tem grande representatividade (AVELLEIRA e BOTTINO, 2006).

Mulheres profissionais do sexo são consideradas vulneráveis para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), pois se encontram em condições desfavoráveis, quando fazem um acordo verbal com seus clientes; na maioria das vezes realizam suas atividades em ambientes poucos seguros e em algumas situações deixam de usar o preservativo durante a relação sexual.

Ressalta-se que muitas vezes essas infecções podem ser prevenidas, por meio de medidas de biossegurança, evitando contado com sangue e outras secreções contaminadas e também com o uso do preservativo em todas as relações sexuais (oral, vaginal e anal).

Esse estudo tem a seguinte questão norteadora: Quais os fatores de risco em populações vulneráveis para a aquisição de doenças sexualmente transmissíveis? E como objetivo investigar os fatores de risco em populações vulneráveis para as doenças sexualmente transmissíveis.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa bibliográfica. Realizou-se busca, pelo acesso *online* nas bases de dados SCIELO (*Scientific Eletronic Library Online*) e Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). O enfoque foi no HIV/Aids e na sífilis, e foi definido como descritores: “Doenças sexualmente transmissíveis”, “sífilis” “população vulnerável” e “HIV”. Encontrou-se 17 artigos e utilizou-se 6, os artigos foram selecionados conforme os seguintes critérios de inclusão: idiomas em português, texto completo disponível, ano de publicação entre janeiro de 2005 a dezembro de 2013. Foram excluídos os artigos em duplicidade, por meio de leitura criteriosa dos títulos e resumos, as revisões bibliográficas, e os que não atendiam aos objetivos da pesquisa.

Resultados e Discussão

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (2006), há um aumento global na incidência de sífilis, principalmente em homoafetivos e portadores de HIV; no cenário de gestantes 12% realizam 6 ou mais consultas de pré natal, com teste de HIV e dois testes de sífilis na gestação; menos de 20% das gestantes realizam o segundo teste de sífilis; isso mostra que as recomendações preconizadas pelo Ministério da Saúde não estão sendo seguidas, adequadamente, durante a rotina do atendimento pré-natal e, a respeito da baixa cobertura do segundo teste de sífilis; é importante notar que 0,4% das mulheres negativas no primeiro teste passaram a ser positivas, de acordo com os resultados do segundo teste de sífilis realizado no pré-natal ou no parto (≈ 12.000 mulheres).

Avelleira e Bottino (2006), a sífilis é uma doença infecto contagiosa, transmitida por via sexual ou pela gestação. Dadas as formas de transmissão, a doença acompanhou as mudanças comportamentais da saúde e tornou-se mais importante devido à possibilidade de aumentar o risco de transmissão da Aids. Os programas de saúde apresentam como forma de preservação o uso de preservativos, tratamento adequado do paciente e parceiro e informação à população.

Os possíveis sintomas são pequenas feridas nos órgãos sexuais e caroços nas virilhas. Mesmo sem tratamento, essas feridas podem desaparecer sem deixar cicatriz, mas a doença continua a se desenvolver. O aparecimento de manchas pelo corpo e queda de cabelos também são sintomas desta doença que, sem tratamento adequado, pode levar à cegueira, paralisia, danos ao cérebro e inclusive à morte (BRASIL, 2011).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Araújo et al. (2012), retrata a incidência de sífilis congênita (SC) no Brasil, observando ser maior em estratos sociais de menor escolaridade e em grupos raciais tradicionalmente mais desfavorecidos socioeconomicamente (negros). A maioria das gestantes brasileiras tem tido acesso a pelo menos quatro consultas de pré-natal; no entanto, ainda são importantes as variações de acesso segundo características socioeconômicas, como nível de instrução e raça/cor.

Quanto à interação com o HIV, pessoas com sífilis apresentam um aumento da eficácia de transmissão do HIV, aumento da replicação viral e reduz a contagem de CD4. Pessoas com sífilis e HIV possuem uma alteração de resposta ao tratamento, alteração do comportamento clínico e da sorologia e o curso natural da sífilis é afetado, comprometendo mais precocemente o sistema nervoso central (ANVISA, 2006).

Silveira et al (2009), avaliou o estado soro fisiológico para sífilis e HIV entre profissionais do sexo, apresentando como alto o percentual de profissionais portadoras de HIV, que não sabiam relatar seu estado sorofiológico e que nunca haviam realizado o teste para HIV. Quanto ao teste para sífilis, menos da metade relatou já ter realizado o teste e 19,6% eram reagentes. A testagem mais frequente de HIV pode estar relacionada ao maior conhecimento sobre a doença, a rede pública é o local mais comum para testagem e o pré natal o principal motivo.

Dessa forma, apresenta-se a necessidade de reforçar a assistência médica e campanhas educativas, especialmente direcionadas para esta população de mulheres, abordando a importância do uso regular do preservativo e dos riscos associados ao uso de drogas injetáveis. Medidas de prevenção e tratamentos sintomático e epidemiológico devem ser oferecidos e deve ser garantido o acesso aos serviços de saúde em geral, inclusive a seus filhos, fomentando sua permanência nos serviços, com melhor resultado não só para o controle das DST, mas da saúde em geral (PIRES et al., 2007).

Conclusão

É fundamental que se estabeleçam intervenções educativas visando redução do comportamento de risco para prevenção de DST por meio de programas de redução de danos, como troca de seringas e equipamentos para uso de droga injetável, e fornecimento de insumos como preservativos femininos e masculinos. A informação voltada para essa população, aliada a uma boa cobertura da rede pública, são as ferramentas necessárias para a prevenção dessa e de outras infecções nessa população.

Desta forma, mostra-se que no primeiro teste da sífilis em que 0,4% das mulheres negativas no primeiro teste passaram a ser positivas, de acordo com os resultados do segundo teste de sífilis realizado no pré-natal ou no parto (≈ 12.000 mulheres), mostrando a importância da educação sobre práticas de sexo seguro e controle do uso de drogas injetáveis deveriam ser incluídos em programas de prevenção. Medidas de prevenção e tratamentos sintomático e epidemiológico devem ser oferecidos e deve ser garantido o acesso aos serviços de saúde em geral.

Referências

- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Sífilis**. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/page/2012/50770/apresentacao_4_sifilis_capacitacao_dpp_sifilis_r_14015.pdf
- ARAUJO, C. L.; SHIMIZU, H. E.; SOUSA, A. I. A.; HAMANN, E. M. Incidência da sífilis congênita no Brasil e sua relação com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Pública**. 2012, vol.46, n.3, pp. 479-486. ISSN 0034-8910.
- AVELLEIRA, J. C. R.; BOTTINO, G. Sífilis: diagnóstico, tratamento e controle. **Anais Brasileiros de Dermatologia** 2006;81(2):111-26
- BRASIL. PORTAL BRASIL. **HIV e DST**. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/hiv-e-dst-em-mulheres>
- BRITO, V. O. C et al. Infecção pelo HIV, hepatites B e C e sífilis em moradores de rua, São Paulo. **Revista de Saúde Pública** [on-line], v. 41, p. 47-56, 2007. ISSN 0034-8910. Suplemento 2.
- PIRES et al. Prevalência e Fatores Correlatos de Infecção pelo HIV e Sífilis em Prostitutas Atendidas em Centro de Referência DST/AIDS. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** - v. 20, nº 3, 2007
- SILVEIRA et al. Conhecimento sobre Sorologia para Sífilis e HIV entre Profissionais do Sexo de Pelotas, Brasil. **DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**. 2009: 21(1): 27-33

Agradecimentos

Meus sinceros agradecimentos a Professora Rosilane ao incentivo, e a supervisão neste trabalho. Às colegas de curso a colaboração na formação do presente trabalho, que ajudará na minha formação acadêmica.

FATORES DE RISCO MODIFICÁVEIS PARA O DIABETES *MELLITUS* TIPO 2 COMO ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE EM ADOLESCENTES

Natália Daiana Lopes de Sousa – Universidade Regional do Cariri. Email: nataliadaiana88@hotmail.com
Aliniana da Silva Santos – Universidade Regional do Cariri.
Lídia Samantha Alves de Brito – Universidade Regional do Cariri.
Rhavena Maria Gomes Sousa Rocha – Universidade Regional do Cariri.
Alieren Honório Oliveira – Universidade Regional do Cariri.
Ana Maria Parente Garcia Alencar – Universidade Regional do Cariri.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Risco. Diabetes mellitus tipo 2. Adolescente. Enfermagem.

Resumo

O Diabetes *mellitus* tipo 2 é uma doença crônica não transmissível de crescente prevalência no Brasil e no mundo, constituindo um sério problema de saúde pública. Atualmente, vem acometendo faixas etárias cada vez mais jovens, em virtude do estilo de vida e hábitos alimentares inadequados. O estudo objetivou investigar a prevalência dos fatores de riscos modificáveis para o Diabetes *mellitus* tipo 2 em jovens escolares da rede municipal de ensino fundamental. Trata-se de um estudo quantitativo, realizado em duas escolas do município de Barbalha-CE com amostra de 159 adolescentes. Coletou-se os dados por meio de um questionário pré-validado levando em consideração os fatores de risco modificáveis para Diabetes *mellitus* tipo 2. Para a análise dos dados utilizou-se o Statistical Package for Social Sciences (SPSS versão 15.0). Constatou-se que 16,3% dos participantes tinham o IMC elevado, sendo 11,94% classificados como tendo sobrepeso e 4,4% obesidade, 7,5% eram sedentários e 42,1% desconheciam ter histórico pessoal de hipertensão. Conclui-se que a maior parte dos fatores de risco para o Diabetes *mellitus* tipo 2 identificados neste estudo são modificáveis, portanto passíveis de intervenções preventivas, constituindo a escola cenário propício ao desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Espera-se que o estudo redirecione a visão de cuidadores no que diz respeito à detecção precoce de tais fatores de risco entre adolescentes.

Introdução

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são, atualmente, a principal causa de mortalidade no mundo. Embora a prevalência de algumas dessas doenças crônicas venha diminuindo gradualmente, o Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2), continua aumentando de forma significativa, sendo a DCNT que mais cresce, principalmente nos países em desenvolvimento (SCHMIDT et al., 2009).

Até recentemente o DM2 era considerado raro na adolescência. No entanto, a eclosão destes casos em idades precoces é decorrente da epidemia mundial de obesidade, alimentação insalubre e sedentarismo. Atualmente, mais de 200 crianças e adolescentes desenvolvem a doença a cada dia (ARMED et al., 2010).

Estudos apontam aumento na incidência de DM2 entre adolescentes, em várias regiões do mundo (PINHA-HAMEL; ZEITLER, 2005). No Brasil, a literatura afirma que são escassos os estudos desenvolvidos com este grupo (SBD, 2014). Pesquisadores investigaram a ocorrência de fatores de risco para o DM2 em adolescentes e constataram que a prevalência da síndrome metabólica em adolescentes brasileiros com antecedentes familiares de DM2 é de 6%, e a resistência à insulina e obesidade foram identificados como principais fatores causais (SILVA et al, 2005).

Estudo desenvolvido em Fortaleza- CE, com adolescentes de escolas particulares, encontrou 19,9% de adolescentes com sobrepeso, 3,8% com obesidade e 65,1% sedentários. Em outro estudo realizado no mesmo município, agora com adolescentes escolares da rede pública, constatou-se 10,3% de sobrepeso, 2,6% de obesidade e 80,8% de sedentários (VASCONCELOS et al., 2010; COSTA et al., 2012). Porém não foi encontrado estudo dessa natureza em adolescentes de escolas públicas na região do Cariri, especificadamente no município de Barbalha-CE, apontando uma lacuna referente a investigação de fatores de risco para o DM2 entre adolescentes escolares no referido município e região.

A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2005) considera a escola como um ambiente apropriado para a implementação de programas de promoção da saúde. O Ministério da Saúde do Brasil lançou o Programa Saúde na Escola (PSE), garantido pelo Decreto Nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, com objetivo de prevenir, avaliar e monitorar a saúde dos estudantes brasileiros, tendo em um dos seus focos, os fatores de risco de risco modificáveis para as DCNT (BRASIL, 2008).

Nesta direção, investigar a ocorrência destes fatores de risco entre adolescentes é de extrema importância, pois poderá nortear o planejamento de intervenções cada vez mais precoces e, possivelmente, mais efetivas, contribuindo no processo de saúde-doença. Desta forma, o estudo objetivou caracterizar os adolescentes escolares do município de Barbalha-CE, quanto as variáveis sociodemográficas e identificar a prevalência de fatores de risco modificáveis para o DM2.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal, quantitativo, realizado na região sul do Ceará, na cidade de Barbalha. Optou-se por estudar alunos do 5º ao 9º ano devidamente matriculados em escolas rurais e urbanas de Ensino Fundamental do município, cadastradas no Programa Saúde na Escola (PSE). Os critérios de inclusão utilizados foram: idade entre 10 e 19 anos (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ECA, 2005) estarem matriculados e cursando entre o 5º e o 9º ano desde que morassem com os pais ou responsáveis. Os critérios de exclusão deu-se por escolares que não compareceram as atividades letivas durante o processo de pesquisa ou não apresentaram o termo de consentimento livre e esclarecido assinados pelos pais ou responsáveis.

Selecionou-se para o estudo uma escola da zona rural e outra urbana, com quantidade de alunos semelhantes, por conveniência, totalizando uma população finita de 265 indivíduos. Para o cálculo da amostra foi considerado uma prevalência de 50% concernente aos fatores de risco para o DM2, tendo em vista a inexistência de estudos de prevalência no município com a população em questão, e erro de 5% (HULLEY et al., 2008), o que resultou em uma amostra de aproximadamente 159 estudantes.

Para coleta de dados, aplicou-se um questionário com perguntas fechadas, contendo duas partes: na primeira parte elegeu-se variáveis sociodemográficas, e na segunda parte, as variáveis relativas aos fatores de risco modificáveis.

O peso foi verificado de forma padronizada em balança antropométrica para adulto, calibrada pelo Instituto de Pesos e Medidas/Instituto Nacional de Metrologia – IPEM/INMETRO. A altura foi mensurada utilizando-se fita métrica inextensível com escala de 2m. Quanto à aferição da altura e peso, os examinados permaneceram de pé, com os pés juntos, os braços estendidos ao longo do corpo, com o menor peso de roupa possível e sem sapatos. Após a mensuração do peso e altura, o IMC foi calculado pelo pesquisador com base na fórmula ($\text{peso Kg} / \text{altura}^2$), sendo os adolescentes classificados em percentil de acordo com a Organização Mundial de Saúde, onde para o diagnóstico de excesso de peso, o ponto de corte estabelecido para adolescentes é percentil > 85 correspondendo à classificação de sobrepeso e ≥ 95 à obesidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2000).

Os dados foram analisados pelo *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS versão 15.0). O trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará e aprovado com parecer de número 10030228-9.

Resultados e Discussão

Caracterização sociodemográfica dos adolescentes estudados

De acordo com a tabela 1, a maioria dos adolescentes era do sexo masculino com 52,2%, divergindo com alguns estudos anteriores que tem como prevalentes o sexo feminino (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009). O Sexo feminino é um fator de risco, entretanto essa diferença pode ser atribuída à maior proporção de casos não diagnosticados entre os homens, que procuram menos assistência médica do que as mulheres (CORRÊA, 2004).

A tabela 1 aponta que a maioria dos estudantes tinha 12 anos (22,6%). Neste caso a questão da idade não se torna um grande fator de risco para DCNT, porém esta faixa etária não está imune a doenças, devendo-se sempre reforçar a promoção e educação em saúde para

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

evitar as mortes e incapacidades prematura. Estudos recentes mostram que vem aumentando o número de casos precoces de doenças crônicas não transmissíveis (ROMANZINI et al., 2008; MONEGO; JARDIM, 2006).

A raça, segundo a tabela 1 apontou para uma maioria de pardos (52,8%), que se adicionada à porcentagem de negros, chega a (91,8%). A VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão - DBHA (2010) cita a prevalência de risco para hipertensão arterial e diabetes duas vezes maior em pessoas consideradas não brancas.

A renda familiar foi, de acordo com a tabela 1, em sua maioria, de menor que um salário mínimo (R\$ 724,00). Ao analisar a desigualdade social com a DM2, encontra-se que riscos para morbimortalidade são inversamente proporcionais às condições de vida da população (DBHA, 2010).

Tabela 1. Características sociodemográficas dos adolescentes, Barbalha-CE, 2012.

VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	N	%
SEXO		
Masculino	83	52,20%
Feminino	76	47,80%
FAIXA ETÁRIA		
10 anos	27	17%
11 anos	26	16,40%
12 anos	36	22,60%
13 anos	23	14,50%
14 anos	24	15,10%
15 anos	13	8,20%
16 anos	07	4,40%
17 anos	03	1,90%
RAÇA		
Branca	13	8,2%
Negra	62	39%
Parda	84	52,8%
RENDIA MENSAL MÉDIA		
< 1 salário mínimo	91	57,20%
1 a < 2 salários mínimos	36	22,60%
2 a < 4 salários mínimos	27	17%
4 a < 6 salários mínimos	02	1,30%
6 ou + salários mínimos	03	1,90%
Total	159	100

Fatores de risco modificáveis identificados entre os adolescentes do estudo

O *Center for Disease Control and Prevention* estima um crescente aumento da DM2 entre crianças e adolescentes. Nesta direção a Associação Americana de Diabetes (ADA) (2000) estabeleceu critérios para de classificação com risco de desenvolver DM2: sobrepeso/obesidade com IMC igual ou acima do percentil 85 e a presença de dois ou mais fatores de risco (URRUTIA-ROJAS; MENCHACA, 2006).

Em relação aos fatores de risco para DM2 investigados nessa pesquisa, a Tabela 2 mostra o número de adolescentes expostos ao risco de adquirir a doença de acordo com cada fator. Constatou-se que 7,5% dos adolescentes eram sedentários, indo em contraste com pesquisa semelhante que apresentou 65,1% de adolescentes sedentários (VASCONCELOS et al., 2010). Destes, 46,5% eram mulheres, as quais praticavam exercício físico com duração inferior a 30 minutos e frequência menor que três vezes por semana. A evolução tecnológica facilitou a realização de tarefas, que dispensa boa parte do tempo assistindo TV ou navegando na internet, amplamente utilizada entre os jovens, sendo mais uma questão a ser considerada ao falar de sedentarismo (LANCAROTTE et al., 2010). A atividade física reduz a incidência de DM2, bem como a morbimortalidade por doenças cardiovasculares (DBHA, 2010).

A tabela 2 demonstra que não se encontrou jovens que se dizem ser hipertensos. O índice de desconhecimento sobre a patologia de 42,1% chama à atenção, sendo necessária uma abordagem mais focada a temática pelos profissionais de saúde aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os dados da tabela 2 apontam que 20,1% aferiram a pressão arterial, 22,6% verificou o colesterol e 13,2% fizeram testes de glicemia nos últimos doze meses, ou seja, a população jovem demonstra não procurar os serviços de saúde para uma avaliação. Informada, a população certamente estaria mais atenta à avaliação da própria saúde com vista à prevenção dos fatores de risco, bem como ao surgimento de sinais indicativos de doenças crônicas, trazendo inúmeros benefícios (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO, 2012). Para o MS (BRASIL, 2008a), pelo menos uma vez ao ano a aferição da pressão arterial deve ser feita, como também a averiguação das taxas de colesterol e glicemia, porém o resultado encontrado demonstra a pouca preocupação em fazer estes rastreamentos.

Tabela 2. Fatores de risco modificáveis nos adolescentes, Barbalha, CE, 2012.

FATORES MODIFICÁVEIS	DE	RISCO	N	%
SEDENTARISMO				
Sim			12	7,5%
Não			147	92,5%
HIPERTENSÃO				
Sim			0	0%
Não			92	57,90%
Desconhecem			67	42,10%
IMC				
Baixo peso			07	4,40%
Saudável			126	79,24%

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Sobrepeso	19	11,94%
Obesidade	07	4,40%
Total	159	100

Quanto ao IMC dos adolescentes investigados, 16,34% tiveram taxas elevadas, sendo 11,94% classificados como sobrepeso e 4,4% como obesos. Relacionado ao sexo, o feminino demonstrou-se com maior risco, uma vez que apresentou-se com 4,4% de obesidade, concomitantemente não foi encontrado nenhum caso entre o sexo masculino, já o sobrepeso teve representatividade de 6,91% e 3,7% entre os homens e mulheres respectivamente. Em estudo similar, desenvolvido em escolas municipais, os autores encontraram resultados semelhantes com 10,3% de sobrepeso, 2,6% de obesidade (COSTA et al., 2012).

Apesar de as morbidades associadas ao sobrepeso e à obesidade serem mais frequentes em adultos, deve-se levar em consideração os resultados encontrados no estudo, pois estes fatores de risco se bem trabalhados com os jovens, desempenharão um papel importante na prevenção do DM2. Estima-se que adolescentes com excesso de peso tenham 70% de chance de se tornarem adultos com sobrepeso ou obesos (BRASIL, 2007).

Conclusão

Os fatores de risco mais prevalentes entre os adolescentes pesquisados foi o sobrepeso e obesidade. Trata-se de um fator modificável e, como tal, desempenha um papel importante na prevenção do DM2. Além disso, o estudo acrescentou dados importantes ao conhecimento sobre a prevalência dos fatores de risco para o desenvolvimento do DM2 entre os adolescentes, pouco explorados na literatura.

Os dados indicam que os fatores de risco modificáveis para Diabetes *mellitus* tipo 2 já estão presentes nos adolescentes escolares do Ensino Fundamental do Município de Barbalha. Estes achados reforçam a necessidade da implementação de programas de saúde em ambiente escolar e ainda podem ser parâmetro para estudos futuros.

Os resultados evidenciados apontam caminhos para a Enfermagem que, além de prestar cuidados às pessoas já com agravos instalados, necessita ampliar seu campo de ação à prevenção de enfermidades e à promoção da saúde da população de adolescentes, em todos os cenários de atenção à saúde. Assim sendo, abre-se mais um espaço para que os enfermeiros levem às escolas, propostas para efetivar a promoção em saúde com o objetivo de combater, sobretudo, os fatores de risco modificáveis para o DM2, bem como promover discussões, junto aos pais e diretores, no sentido de informar os benefícios advindos de estudos dessa natureza.

Referências

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION – ADA. Type 2 Diabetes in Children and Adolescents. **Diabetes Care**. Mar 2000, v.23, n.3, p.381-389.

ARMED S.; DANEMAN D.; MAHUMAD F.H.; HAMILTON J. Type 2 diabetes in children and adolescents. **Expert Rev Cardiovasc Ther**. 2010; v.8, n.3, p.393-406.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA**. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, 2005.

_____, Ministério da Saúde. MANUAL TÉCNICO. **Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças na Saúde Suplementar**. Brasília, 2007.

_____, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 1.861**, de 4 de setembro de 2008. Brasília, 2008.

_____, Ministério da Saúde. **Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não-Transmissíveis**. Brasília, 2008a.

_____, Ministério da Saúde. **Sociedade Brasileira de Diabetes – SBD**. Disponível em <<http://www.diabetes.org.br/diabetes-tipo-2>>. Acesso em 07 jun. 2014.

COSTA, J.V.; SILVA, A.R.V.; MOURA, I.H.; CARVALHO, R.B.N.; BERNARDES, L.E.; ALMEIDA, P.C. Análise de fatores de risco para hipertensão arterial em adolescentes escolares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. mar/abr 2012, v.20, n.2 [07 telas].

CORRÊA F. H. Diabetes mellitus tipo 2 na criança e no adolescente. **Adolescência & Saúde**. Jun 2004, v.1, n.2.

DBHA. Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial, VI. **Rev. Bras. Hipertensão**, Rio de Janeiro, jan/mar 2010, v. 17, n. 1, p.1-64.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineando a pesquisa clínica**: uma abordagem epidemiológica. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LANCAROTTE, I. et al. Estilo de vida e saúde cardiovascular em adolescentes de escolas do município de São Paulo. **Arq. Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 95, n. 1, p. 61-69, 2010.

MONEGO, E. T.; JARDIM, P. C. B. V. Determinantes de risco para doenças cardiovasculares em escolares. **Arq. Bras. Cardiol**. São Paulo, Jul 2006, v.87, n.1. p.37-45.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO. **CARMEN** - conjunto de acciones para la reducción multifactorial de las enfermedades no transmisibles, 2012. Disponível em <<http://www.paho.org/english/ad/dpc/nc/carmen-info.htm>>. Acesso em 01/01/12.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. Desenvolvimento Humano. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PINHAS-HAMIEL O.; ZEITLER P. The global spread of type 2 diabetes mellitus in children and adolescents. **J Pediatr**. may 2005, v.146, n.5, p. 693-700.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

ROMANZINI, M.; REICHERT, F. F.; LOPES, A. S.; PETROSKI, E. L.; JÚNIOR, J. C. F. Prevalência de fatores de risco cardiovascular em adolescentes. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, nov 2008, v.24 n.11, p.2573-81.

SCHMID, T.M.I, DUNCAN, B.B.; HOFFMANN, J.F.; MOURA, L.; MALTA, D.C.; CARVALHO, R.M.S.V. Prevalência de diabetes e hipertensão no Brasil baseada em inquérito de morbidade auto-referida. **Rev Saúde Pública**. Brasil, 2009, v.43, n.2, p.74-82.

SILVA R.C.Q; MIRANDA W.L.; CHACRAA. R.; DIB S.A. Metabolic Syndrome and Insulin Resistance in Normal Glucose Tolerant Brazilian Adolescents With Family History of Type 2 Diabetes. **Diabetes Care**. Mar 2005, v.28, n.3, p.716-718.

URRUTIA-ROJAS, X.; MENCHACA, J. Prevalence of risk for type 2 diabetes in school children. **J Sch Health**. 2006, v.76, n.5, p.189-94.

VASCONCELOS H.C.A.; ARAÚJO M.F.M.; DAMASCENO M.M.C.; ALMEIDA P.C.; FREITAS R.W.J.F. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 entre adolescents. **Rev Esc Enferm USP**. 2010, v.44, n.4, p.881-7.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. OBESITY: **preventing and managing the global epidemic. Report of a World Health Organization Consultation**, 2000.p.256. WHO Obesity Technical Report Series, n.284.

WHO. World Health Organization. **Preventing chronic disease: a vital investment: WHO global report**. Geneva, 2005

Agradecimentos

Universidade Regional do Cariri (URCA).
Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP).
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).
Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde, Sociedade (GRUPESS).

FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM ACADÊMICOS DE ENFERMAGEM

Jaqueline Nogueira Costa. Acadêmica de enfermagem. Universidade Federal do Piauí (UFPI)- jaquelinecosta117@gmail.com

Djane Leite Leal. Enfermeira graduada pela Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Mayara Lays dos Santos. Acadêmica de enfermagem Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Isabel Pacheco dos Santos Mendes Coelho. Acadêmica de enfermagem Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Edina Araújo Rodrigues. Universidade Federal do Piauí (UFPI).

Laura Maria Feitosa Formiga (Orientadora). Enfermeira. Mestre pela UFC. Docente do Curso de enfermagem, Universidade Federal do Piauí, Campus Senador Helvídio Nunes de Barros. Picos – PI. Coordenadora do projeto de extensão promoção de saúde no envelhecimento- laurafeitosaformiga@hotmail.com

Palavras-chave: Fatores de Risco. Doenças Crônicas. Estudantes de Enfermagem.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resumo

Com a crescente urbanização e industrialização, aliada a diminuição progressiva da atividade física, as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, tornaram-se a principal causa de morte em adultos. Os principais fatores de risco para essas doenças são: sedentarismo, tabagismo, etilismo, hábitos alimentares não saudáveis. Este estudo teve como objetivo identificar a frequência de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de Picos-PI. Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal que foi desenvolvida em uma Instituição Pública de Ensino Superior, no período de julho a agosto de 2013, mediante a um formulário contendo dados socioeconômicos, antecedentes familiares, estilo de vida, dados antropométricos e pressóricos, a coleta de dados ocorreu nos meses de julho a agosto de 2013. A amostra foi constituída de 156 acadêmicos de enfermagem. Na população analisada, pode-se perceber que os principais fatores de risco para DCNT são hereditariedade, etilismo, sedentarismo e excesso de peso. Espera-se direcionar estudantes, educadores e profissionais da saúde para importância da elaboração de programas de prevenção, incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis, contribuindo para a promoção da qualidade de vida e minimizando a ocorrência prematura das doenças crônicas não transmissíveis.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde (2012), as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são doenças multifatoriais relacionadas a fatores de riscos não modificáveis como idade, sexo, hereditariedade e raça, e os modificáveis destacando-se o tabagismo, o consumo excessivo de bebidas alcoólicas, a obesidade, as dislipidemias (relacionada principalmente pelo consumo excessivo de gorduras saturadas de origem animal), o consumo excessivo de sal, a ingestão insuficiente de frutas e verduras e a inatividade física. Portanto, a prevenção e controle das DCNT são componentes fundamentais, assim como o conhecimento da magnitude, distribuição e tendência temporal dos fatores de risco (CASTRO et al., 2008). Nessa perspectiva, os universitários merecem particular atenção por estarem em um momento crucial de sua vida, pois para muitos estudantes o ingresso na universidade corresponde o primeiro momento em que eles terão que se responsabilizar pela moradia, alimentação e gestão de suas finanças. A incapacidade para cumprir tais tarefas, associado a fatores psicossociais, estilo de vida e situações próprias do meio acadêmico, pode resultar omissões das refeições, consumo de lanches rápidos e ingestão de refeições desequilibradas (PETRIBÚ; CABRAL; ARRUDA, 2009). Observa-se também a diminuição da atividade física por conta da própria rotina universitária, sugerindo que os acadêmicos tenham vários fatores de risco para as DCNT. Sabendo-se que as DCNT é a causa mais comum de morbidade e a principal causa de mortalidade em adultos jovens, além de ter elevado custo de tratamento, isso justifica a realização de pesquisa de monitoramento de seus fatores de risco. Assim sendo, viu-se a importância de um estudo, especialmente entre universitários, por estes possuírem predisposição a inúmeros fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças crônicas, visando assim à prevenção e promoção de saúde destes. Espera-se proporcionar a enfermagem maior conhecimento sobre o tema e incentivar os acadêmicos de enfermagem a ter um estilo de vida saudável. Este estudo teve como objetivos: identificar a frequência de fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis em acadêmicos de enfermagem de uma instituição pública de Picos-PI; caracterizar a população quanto às variáveis socioeconômicas, antecedentes familiares e de estilo de vida; analisar as variáveis antropométricas, pressóricas e de estilo de vida quanto ao sexo.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e transversal. Segundo Gil (2010) as pesquisas descritivas têm o objetivo primordial de descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis.

Local e período de realização do estudo

O estudo foi realizado em uma Instituição Pública de Ensino Superior localizada no município de Picos/PI, no período de julho a agosto de 2013.

A população foi constituída de 439 acadêmicos de enfermagem de ambos os sexos, matriculados no Curso de Bacharelado em Enfermagem da referida instituição. Uma amostragem de 156 acadêmicos de enfermagem do primeiro ao sétimo período.

As variáveis abordadas nesta pesquisa foram agrupadas em socioeconômicas, antecedentes familiares, relacionadas ao estilo de vida e dados antropométricos e pressóricos.

Variáveis socioeconômicas: Sexo, idade, cor, renda familiar, classe econômica, situação conjugal e com quem mora. Variáveis relacionadas ao estilo de vida: Tabagismo, etilismo, atividade física, hábitos alimentares. Variáveis relacionadas a dados antropométricos e pressóricos: Índices de massa corporal (IMC), circunferência abdominal (CA), pressão arterial.

Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2013, em uma sala de aula destinada para tal atividade.

Inicialmente os dados foram organizados em planilha do Microsoft Excel 2010. Em seguida os dados foram transportados para o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 20.0 onde foram calculadas as medidas estatísticas, desvio padrão e teste Pearson *Chi-Square*.

Aspectos éticos e legais

Esta pesquisa Foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí – UFPI, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Os que concordaram em participar assinaram o TCLE. Todos os preceitos éticos e legais envolvidos na pesquisa com seres humanos foram respeitados conforme a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2013).

Resultados e Discussão

Os resultados demonstraram que dos 156 acadêmicos de enfermagem que participaram da pesquisa, verificou-se que 125 (80,1%) eram do sexo feminino. Quanto à faixa etária, observou-se que a idade variou de 17 a 34 anos de idade, sendo que a maior frequência ocorreu entre 18 a 24 (92,4%) anos, a média de idade entre ambos os sexos foram 21 anos com desvio padrão de 2,9 anos. Em relação à cor referida pelos participantes predominou-se a cor parda com 91 (58,3%), com renda familiar de 1 a 2 salários mínimos 73 (46,5%), pertencentes a classe econômica C1-C2 86 (55,1%). Quase a totalidade declarou-se solteiro 142 (91%) e que moram com os pais 63 (40,4%).

Grande parte dos acadêmicos pesquisados 105 (67,3%) tem antecedentes familiares para DCNT, e que a hipertensão arterial está entre as DCNT mais prevalente nos familiares 42(26,9%), sendo que os avós 41 (26,9%) são os que possuem mais doenças crônicas.

Quanto ao estilo de vida dos acadêmicos; constata-se que quase a totalidade dos pesquisados 152 (97,4%) não são fumantes, porém 81(51,9%) afirmaram beber socialmente. No que se concerne à atividade física, a maioria 109 (69,9%) não pratica atividade física, são considerados sedentários.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Quando indagados sobre o consumo diário de frutas, a metade 78 (50%) admitiu que consumia uma unidade e um terço 56 (35,9%) afirmou não retirar a gordura aparentes nas carnes; com relação ao consumo de embutidos, frituras, salgadinhos, carnes salgadas 64 (41%) faziam consumo de 2 a 3 vezes por semana e 57 (36,5%) consome de 2 a 3 vezes por semana bolos recheados, biscoitos doces, refrigerantes, sucos industrializados. Obteve-se que 25 (16%) fazem acréscimo de sal nos alimentos quando já servidos.

Ao que se refere à variável IMC, 21 (13,2%) possuíram sobrepeso e 4 (2,4%) obesidade, com média de 22 kg/m², desvio padrão de 3,17, mínimo de 15,7 e máxima de 33 kg/m². Para a CA, 15 (6,9%) obtiveram-se cintura elevada, com uma média de 77 cm, desvio padrão 8,1, mínimo de 62 e máxima de 107 cm.

Com relação à pressão arterial, 3 (1,9%) dos sujeitos apresentaram hipertensão estágio I e 4 (2,6%) níveis pressóricos limítrofes. A média da pressão sistólica (PAS) foi de 108 mmHg, desvio de 10,9, mínima de 90 e máxima de 150 mmHg. Para pressão diastólica (PAD), a média foi de 71 mmHg, desvio padrão de 8,5, mínima de 54 e máxima de 99 mmHg.

Constata-se, que ao se cruzar a variável IMC em relação ao sexo, os acadêmicos do sexo masculino apresentam IMC mais elevado (22,6%) quando comparados ao do sexo feminino. Entretanto, a CA aumentada foi prevalente no sexo feminino (8%). Não houve associação significativa entre sexo e IMC ($p=0,133$), já entre sexo e CA foi estatisticamente significativa ($p=0,030$).

Verificou-se, que 16,1% do sexo masculino apresentaram pressão arterial elevada, tendo predominância com relação ao sexo feminino. Quanto ao tabagismo, quase a totalidade (98,5%) das mulheres não são fumante. A grande maioria dos homens (83,9%) admitiu beber socialmente. No entanto, 73,6% das mulheres declararam serem sedentárias. Logo, a pressão arterial, o tabagismo, etilismo e a atividade física apresentaram associação significativa em relação o sexo, com $p=0,000$; $p=0,013$; $p=0,000$; $p=0,042$, respectivamente.

É amplamente conhecida a associação entre condições e modos de vida e a ocorrência de doenças crônicas não transmissíveis, que são hoje extremamente relevantes no cenário epidemiológico mundial.

Verificou-se no presente estudo, que 67,3% dos pesquisados tem antecedentes familiares para DCNT, em que a hipertensão arterial (26,9%) foi a mais prevalente entre as doenças crônicas entre os familiares, o que já revela um importante fator de risco para desenvolvimento de DCNT. Contra esta tendência genética é necessário a manutenção de um estilo de vida saudável, com adequação ao exercício físico, a uma dieta rica em frutas e verduras, dentre outros. Tais condições sofrem influência direta dos fatores socioeconômicos dos quais dispõem os sujeitos.

No que discerne as variáveis relacionadas ao estilo de vida, foi investigado tabagismo, etilismo, prática de atividade física, hábitos alimentares. Quando questionados sobre o tabagismo, 97,4% declararam-se não fumantes. Segundo Silva et al.(2009), o tabagismo é considerado o principal fator de risco passível de prevenção para várias doenças crônicas e é responsável por um grande número de mortes prematuras no mundo.

Em relação à variável etilismo, 51,9% dos acadêmicos fazem uso de bebidas alcoólicas. Estudos realizados entre universitários de países latinos apontam índices de consumo de bebidas alcoólicas superiores a 50%, o que representa padrões de comportamento de consumo de bebidas alcoólicas diferentes da população em geral, além de estarem em posição vulnerável para o consumo e envolvimento em comportamentos de risco, sendo esta uma das grandes preocupações quanto à sua saúde (PEUKER; FOGAÇA; BIZARRO, 2006; PILLON; WEBSTER, 2006).

Acerca da prática de atividade de física, a maioria (69,9%) dos pesquisados não praticam atividade física, são considerados sedentários. Fontes; Vianna (2009) acrescenta, que apesar de se conhecer os prejuízos, tanto individuais como coletivos, advindos da condição de baixo nível de atividade física, observa-se uma tendência nas últimas décadas de redução dos níveis de atividade física das populações. Quando investigados sobre hábitos alimentares, 50% afirmaram consumir uma unidade diária de fruta, 41% fazem consumo de duas a três vezes por semana de embutidos, frituras, salgadinhos e 36,5% consomem bolos recheados, refrigerante, sucos industrializados de duas a três vezes por semana, 16% faz acréscimo de sal nos alimentos já servidos. Conforme Brasil (2008b), uma alimentação saudável contribui para a proteção contra as DCNT e potencialmente fatais, como diabetes, hipertensão, acidente vascular cerebral, doenças cardíacas e alguns tipos de câncer, que, em conjunto, estão entre as principais causas de incapacidade e morte no Brasil e em vários outros países.

Assim sendo, o consumo freqüente e em grande quantidade de gorduras, açúcar e sal aumentam o risco para as DCNT. Portanto, devendo ser consumidos apenas ocasionalmente (BRASIL, 2008b).

Partindo para aos dados antropométricos e pressóricos, a maioria (72,3%) dos investigados possui IMC adequado, porém 15,6% apresentaram excesso de peso, sendo as proporções de sobrepeso e obesidade de 13,2% e 2,4%, respectivamente. Esses resultados são similares com outra pesquisa feita entre universitários do Piauí, em que 15,2% tinham sobrepeso e 3% obesidade (MARTINS et al., 2010).

No tocante a circunferência abdominal, 6,9% dos universitários tiveram risco aumentado para doenças cardiovasculares, esse achado foi concordante com o estudo de Martins et al. (2010), onde detectou que 7,9% dos estudantes tinham risco aumentado para doenças cardiovasculares.

Reportando a variável pressão arterial, a maioria (76,3%) dos sujeitos da amostra obteve classificação ótima, não obstante 19,2% foram consideradas normais, 2,6% níveis limítrofes e 1,9% foram enquadrados com hipertensão estágio I. Constatou-se que os níveis pressóricos acima dos valores da normalidade fizeram-se presentes predominantemente no sexo masculino (16,1%).

Em razão dos fatores de risco apresentados, faz-se necessário conhecer e divulgar, não apenas no meio universitário, mas também para a população em geral, a prevalência dos principais fatores de risco para as DCNT em adultos jovens (universitários). Deste modo, a população de estudantes universitários, ganha destaque principalmente diante do papel fundamental do ensino superior na adoção de planos e ações preventivos para proporcionar ao graduando a possibilidade de modificar a comunidade onde está inserido.

Conclusão

Este estudo permitiu identificar os principais fatores de risco para DCNT em acadêmicos de enfermagem, com o intuito de verificar a susceptibilidade destes. Na população analisada, pode-se perceber que os principais fatores de risco para DCNT são hereditariedade, etilismo, sedentarismo e excesso de peso. Nota-se que esses estudantes estão expostos quase que exclusivamente a fatores modificáveis, que são passíveis de prevenção.

Quanto à caracterização das variáveis socioeconômicas, observou-se que a maior parte dos estudantes pertence à faixa etária compreendida entre 18 a 24 anos, autodenominaram-se pardos, solteiros, moram com os pais e pertence à classe econômica C1-C2. Em relação aos dados antropométricos, pressóricos e de estilo de vida percebeu-se que a maioria tem IMC adequado, CA normal, PA ótima e foram classificados não fumantes.

Contudo, a manutenção desses fatores de risco identificados entre estes estudantes pode, se não corrigida, contribuir para uma série de doenças crônicas futuramente. Destarte, é fundamental que os estudantes tenham conhecimento acerca da prevalência desses fatores de risco para DCNT, podendo alertá-los.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Com isso, acredita-se que esses achados possam direcionar estudantes, educadores e profissionais da saúde para a importância da elaboração de programas de prevenção. Programas incentivando a adoção de hábitos de vida saudáveis voltados não só para a comunidade universitária, mas para a população em geral, podendo contribuir para a promoção de qualidade de vida e minimizando a ocorrência cada vez mais prematura das DCNT e de possíveis complicações evitáveis. Sugeriu-se a necessidade de uma abordagem diferenciada e a elaboração de estratégias de promoção de saúde adequadas para cada gênero.

Referência

BRASIL. **Vigilância de doenças crônicas não transmissíveis**. 2012. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31877&janela=1>. Acesso em: 18 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para população brasileira**: promovendo a alimentação saudável. Brasília, 2008b.

CASTRO, I.R.R. et al. Vigilância de fatores de risco para doenças não transmissíveis entre adolescentes: a experiência da cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.24, n.10, p.2279-88, 2008.

PETTRIBÚ, M.M.V; CABRAL, P.C.; ARRUDA, K.G.A. Estado nutricional, consumo alimentar e risco cardiovascular: um estudo entre universitários. **Rev Nutri**, v.22, n.6, p.837-846, 2009.

GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARTINS, M.C.C. et al. Pressão Arterial, excesso de peso e nível de atividade física em estudantes de universidade pública. **Arq Bras Cardiol**, v.95, n.2, p.192-199, 2010.

PEUKER, A.C.; FOGAÇA, J.; BIZARRO, L. Expectativas e beber problemático entre universitários. **Piscot: Teoria e Pesquisa**, v.22, n.2, p.193-200, 2006.

PILLON, S.C.; WEBSTER, C. C. Teste de identificação de problemas relacionados ao uso de álcool entre estudantes universitários. **Rev UERJ**, v.14, n.3, p.325-32, 2006.

SILVA, G.A. et al. Tabagismo e escolaridade no Brasil, 2006. **Rev Saúde Pública**, v.43, supl 2, p.48-56, 2009.

Agradecimentos

Agradeço ao bom Deus por todas as oportunidades que me concede, e a todos os colaboradores deste trabalho.

FATORES DE RISCO PARA O BAIXO PESO AO NASCER EM FORTALEZA-CEARÁ

Jaina Bezerra de Aguiar – Universidade Estadual do Ceará – jainaef@yahoo.com.br

Rafaella Maria Monteiro Sampaio – Centro Universitário Estácio-FIC do Ceará

Kelen Gomes Ribeiro- Universidade Federal do Ceará

Selma Antunes Nunes Diniz - Assessora Técnica da Secretaria Executiva Regional VI de Fortaleza – Ceará.

Resumo

Objetivou-se investigar os fatores de risco associados com o baixo peso ao nascer (BPN) em recém-nascidos (RN) de uma maternidade de Fortaleza-Ceará. Foi realizado um estudo transversal e quantitativo, com abordagem analítica, na Maternidade Escola Assis Chateaubrian (MEAC). A amostra foi constituída por 223 puérperas adultas. Dentro de um período de no máximo 48 horas foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com as puérperas. Foi realizada a técnica de análise multivariada dos dados com as variáveis significativas em cada bloco hierarquizado. Para entrar no modelo foram selecionadas as variáveis que apresentaram nível descritivo, $p < 0,20$ e para permanecer no modelo, aquelas que tiveram valor de $p < 0,05$. Na análise bivariada, apresentaram associação estatisticamente significativa com o BPN as variáveis escolaridade ($p = 0,05$), renda familiar ($p = 0,002$), número de consultas de pré-natal ($p < 0,001$) e idade gestacional ($p = 0,01$). Na análise multivariada, as variáveis que apresentaram associação estatística significativa com o

BPN e portanto foram incluídas no modelo final dos fatores de risco foram: renda familiar ($p=0,02$ e $OR=4,49$) e número de consultas de pré-natal ($p=0,01$ e $OR=6,49$). Este estudo permitiu concluir que os fatores de risco que influenciaram na ocorrência do BPN podem ser prevenidos através da adoção de políticas de saúde que proponham melhorias na qualidade de vida e no atendimento às gestantes no pré-natal.

Palavras-chave: Gestantes. Recém-Nascido. Peso ao Nascer. Fatores de Risco. Análise Multivariada.

Introdução

O peso ao nascer (PN) representa um dos principais indicadores do crescimento intra-uterino, sendo que este processo de crescimento pode ser influenciado por fatores intrínsecos (genéticos e biológicos) e extrínsecos (ambientais e sociais), destacando-se a alimentação e a saúde (ROMANI e LIRA, 2004).

O baixo peso ao nascer (BPN) é definido pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como todo nascido vivo com peso menor que 2.500g no momento do nascimento. Segundo a OMS, a ocorrência do BPN é um dos fatores determinantes, não só da mortalidade neonatal, como também da pós-neonatal (GUIMARÃES e MELÉNDEZ, 2002; NASCIMENTO, 2003). Nos países em desenvolvimento, o PN e a idade gestacional (IG) são os fatores isolados mais importantes relacionados ao óbito neonatal (MINAGAWA et al., 2006).

Observa-se que recém-nascido de baixo peso (RNBP) pode apresentar comprometimento neuromotor, além de ser mais vulnerável a problemas como: imaturidade pulmonar e transtornos metabólicos. Ainda, pode apresentar maior risco de desenvolver doenças como infecções respiratórias e diarreias, o que aumenta o risco de mortalidade (ROMANI e LIRA, 2004; DUARTE e MENDONÇA, 2005).

No Brasil, a prevalência de BPN é em média de 9,2%, existindo variações regionais importantes dentro do país, mostrando uma situação mais grave nos estados do Norte (12,2%) e do Nordeste (12,0%), o que pode ser explicado pela má alimentação da mãe e pela dificuldade de acesso aos serviços de saúde (GUIMARÃES e MELÉNDEZ, 2002).

Dada sua importância epidemiológica como preditor de complicações neonatais, o BPN tem sido a faixa de peso mais estudada por vários pesquisadores (COSTA e GOTLIEB, 1998; FRANCESCHINI et al., 2003; KASSAR et al., 2005; MINAGAWA et al., 2006; PRIGENZI et al., 2008). Por conhecer a importância do peso ao nascer para formação, sobrevivência e crescimento da criança justifica-se a realização desta pesquisa, delineada para investigar os fatores de risco associados com o BPN em RN de uma maternidade de referência na cidade de Fortaleza-Ceará.

Metodologia

Foi realizado um estudo do tipo transversal e quantitativo, com abordagem analítica, na Maternidade Escola Assis Chateaubrian (MEAC), em Fortaleza-Ceará, nos meses de outubro de 2010 a março de 2011.

A população do estudo foi constituída de todas as mulheres no puerpério imediato (até 48 horas pós-parto), atendidas na instituição e que tiveram RN vivos. A amostra foi selecionada por conveniência e compreendeu 223 puérperas adultas, estratificadas em: 43 mulheres que tiveram RNBP e 180 que tiveram RN de peso normal. Os critérios de inclusão adotados para a seleção amostral foram: ter idade maior ou igual a 19 anos e IG maior ou igual a 37 semanas. Excluíram-se as mães com gravidez múltipla e com complicações gestacionais.

Após o parto, dentro de um período de no máximo 48 horas foi realizada uma entrevista semi-estruturada, com as puérperas que foram selecionadas e que aceitaram participar da pesquisa. Para a coleta de dados, foi utilizado um formulário elaborado pelas pesquisadoras.

Para o processamento dos dados foi utilizado o programa PASW (Predictive Analytics Software), versão 17.0. Os dados univariados foram analisados de forma descritiva usando-se as frequências (absolutas e percentuais) e as medidas paramétricas (média e desvio padrão).

Na análise bivariada, verificou-se a associação entre o desfecho (peso ao nascer do RN) e as variáveis independentes, utilizando-se o teste do Qui-Quadrado, ao nível de significância de 5%. Para entrar no modelo foram selecionadas as variáveis que apresentaram nível descritivo, $p<0,20$ e para permanecer no modelo, aquelas que tiveram valor de $p<0,05$. Verificou-se a força da associação entre as variáveis, por meio da regressão logística, na qual se identificou na razão de chances (Odd Ratio – OR) o valor da OR bruta para as variáveis de cada bloco que apresentaram associação significativa ($p<0,05$). Para o controle de possíveis fatores de confusão nas associações obtidas, a partir da análise bivariada, utilizou-se a técnica de análise multivariada, sendo obtido o valor da OR ajustada. Finalmente, realizou-se a regressão logística múltipla, apenas com as variáveis que foram significativas e que foram selecionadas para participar do modelo final. A análise final da regressão logística foi realizada observando-se os critérios Hosmer e Lemeshow (1989).

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da MEAC – processo nº 215/10.

Resultados e Discussão

Ao analisar os dados, em relação às variáveis relativas aos dados sócio-econômicos e demográficos, apenas a escolaridade e a renda familiar apresentaram associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com o BPN. Em relação às variáveis relativas aos dados gestacionais, apenas o número de consultas apresentou associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com o BPN. E por fim, ao analisar as variáveis relativas às características do RN, apenas a IG apresentou associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com o BPN.

Na análise bivariada, apresentaram associação estatisticamente significativa ($p<0,05$) com o BPN os seguintes grupos de mães: com escolaridade apresentando apenas o ensino fundamental incompleto, com renda familiar menor que 2 SM, que realizaram menos que 7 consultas de pré-natal e com idade gestacional entre 37 a 40 semanas (tabela 1).

Tabela 01: Análise bivariada e multivariada das variáveis associadas ao BPN em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	OR bruta	p	IC 95%	OR ajust	p	IC 95%
Bloco 1: Fatores sócio-econômicos e demográficos						
Escolaridade						
Médio / Superior	1,0			1,0		
Fundamental incompleto	1,94	$p=0,050$	0,99 – 3,80	1,60	$p=0,180$	0,80 – 3,20
Renda familiar						
≥ 2 SM	1,0			1,0		
< 2 SM	4,84	$p=0,002$	1,82 – 12,88	4,43	$p=0,003$	1,65 – 11,91

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Bloco 2: Fatores gestacionais

Nº de consultas

≥ 7	1,0			1,0			
< 7	12,20	p<0,001	3,64 – 40,87	5,83	p=0,010	1,53 – 22,24	–

Bloco 3: Fatores do RN

Idade gestacional

> 40	1,0			1,0			
37 a 40	0,14	p=0,010	0,03 – 0,61	0,31	p=0,170	0,06 – 1,63	

Ao analisar os valores da OR bruta para as variáveis que foram significativas, no bloco 1, observa-se que as mães de mais baixa escolaridade (ensino fundamental incompleto) apresentam aproximadamente duas vezes mais (OR=1,94) chances de ter RNBP e as mães com renda inferior a 2 SM possuem aproximadamente cinco vezes mais (OR=4,84) chances de ter RNBP. Quanto ao bloco 2, as mães que fizeram menos de 7 consultas de pré-natal apresentaram 12 vezes mais (OR=12,2) chances de ter RNBP. Em relação ao bloco 3, a IG de 37 a 40 semanas apresentou um fator de proteção para o BPN de 86% (OR=0,14).

O baixo nível de escolaridade da mãe é uma variável que tem bastante relação com o baixo nível econômico, estando associada frequentemente com a ocorrência do BPN (COSTA e GOTLIEB, 1998; DUARTE e MENDONÇA, 2005). Estudos mostram que mães que freqüentam por mais de oito anos a escola têm na maior escolaridade um fator protetor para a ocorrência do BPN (NASCIMENTO, 2003). Segundo Guimarães e Meléndez (2002), a maior prevalência de RNBP corresponde aos filhos de mães com o primeiro grau incompleto. Diferenças na proporção de baixo peso também podem ser observadas no estudo de Minagawa et al. (2006), que aponta 13,5% de baixo peso entre as mães sem nenhuma instrução comparado a 2,3% entre as mães com mais de 8 anos, porém sem significância estatística. Por outro lado, o fato da mãe não ter completado o primeiro grau de escolaridade não evidenciou chance maior de ter um filho com baixo peso em relação às mulheres com o primeiro grau completo ou mais (GAMA et al., 2001).

A renda familiar pode ser considerada um indicador bastante importante na ocorrência do BPN, podendo estar associada à disponibilidade de recursos de saúde, ao acesso às informações e aos gastos com a alimentação (UCHIMURA et al., 2001). No presente estudo, a maior freqüência de RNBP pode ser observada nas mães que possuíam uma renda inferior a 2 SM, apresentando uma associação altamente significativa (p=0,001) com o BPN.

É bastante conhecida a importância do acompanhamento pré-natal como um fator de proteção tanto para a mãe, como para o bebê, principalmente no que se refere ao RBPN (GAMA et al., 2001; FRANCESCHINI et al., 2003), pois a falta ou a deficiência da atenção pré-natal tem sido evidenciada como fator explicativo e determinante do BPN (BENICIO et al., 1985). Estudos têm mostrado existir uma associação entre o cuidado pré-natal adequado e um melhor resultado na gestação e no parto (GAMA et al., 2001; NASCIMENTO, 2003; KASSAR et al., 2005). Neste sentido, a importância do pré-natal foi observada, pois em concordância com o estudo de Uchimura et al. (2001) o número de consultas se apresentou de forma inversamente proporcional a ocorrência de RBPN.

Ao se analisar o efeito das variáveis em conjunto sobre o BPN exercido pelas variáveis relacionadas aos dados sócio-econômicos e demográficos (bloco 1), apenas o efeito da renda menor que 2 SM permaneceu significativo (p=0,003), sendo incluído no modelo. Quanto à relação do efeito das variáveis em conjunto sobre o BPN exercido pelas variáveis relacionadas aos dados gestacionais (bloco 3), o efeito do número de consultas menor que 7 apresentou significância estatística (p=0,01), sendo incluído no modelo. Em relação ao efeito das variáveis em conjunto sobre o BPN exercido pelas variáveis relacionadas às características do RN (bloco 5), a idade gestacional perdeu a significância estatística (p=0,17), não sendo incluída no modelo final.

Ao analisar os valores da OR ajustada para as variáveis que foram significativas, no bloco 1, observa-se que as mães com renda inferior a 2 SM possuem quatro vezes mais (OR=4,43) chances de ter RNBP. Quanto ao bloco 2, as mães que fizeram menos de 7 consultas de pré-natal apresentaram aproximadamente seis vezes mais (OR=5,83) chances de ter RNBP (tabela 1).

Na tabela 2, apresentam-se as variáveis que permaneceram no modelo final da análise. Foi realizada a regressão logística apenas com as variáveis dos blocos 1 e 2, que apresentaram p<0,05 no ajuste entre os blocos. O bloco 3 não apresentou variável significativa.

Dentre as variáveis selecionadas, as que mantiveram associação (p<0,05) com o BPN e, portanto, permaneceram no modelo final foram: renda menor que 2 SM e número de consultas menor que 7.

Tabela 02: Modelo final dos fatores de risco associados ao BPN em uma maternidade de referência em Fortaleza, Ceará, 2011.

Variáveis	OR ajust.	P	IC 95%
Bloco 1: Fatores sócio-econômicos e demográficos			
Escolaridade			
Renda familiar			
≥ 2 SM	1,0		
< 2 SM	4,49	p=0,02	1,30 – 15,52
Bloco 2: Fatores gestacionais			
Nº de consultas			
≥ 7	1,0		
< 7	6,49	p=0,01	1,51 – 27,93

Ao analisar os valores da OR ajustada para as variáveis que foram significativas, no bloco 1, observa-se que as mães com renda inferior a 2 SM possuem quatro vezes mais (OR=4,49) chances de ter RNBP. Em relação ao bloco 2, as mães que fizeram menos de 7 consultas de pré-natal apresentaram seis vezes mais (OR=6,49) chances de ter RNBP (tabela 2).

Conclusão

Pode-se concluir que: no teste de associação e na análise bivariada, as variáveis que estiveram associadas com o BPN foram a escolaridade, a renda familiar, o número de consultas de pré-natal e idade gestacional; e na análise multivariada, as variáveis que continuaram apresentando associação estatística significativa com o BPN e que foram incluídas no modelo final foram a renda familiar e o número de consultas de pré-natal.

Este estudo permitiu inferir que os fatores que influenciaram na ocorrência do BPN podem ser prevenidos através da adoção de políticas de saúde que proponham melhorias na qualidade de vida e no atendimento às gestantes no pré-natal.

Referências

- BENICIO, M.H.D.A.; MONTEIRO, C.A.; PACHECO, J.M.S.; CASTILHO, E.A.; LAMONICA, I.M.R. Análise multivariada de fatores de risco para o baixo peso ao nascer em nascidos vivos no município de São Paulo, SP (Brasil). *Revista de Saúde Pública*, v.19, n.4, p.311-20, 1985.
- COSTA, C.E.; GOTILIEB, S.L.D. Estudo epidemiológico do peso ao nascer a partir da Declaração de Nascido Vivo. *Revista de Saúde Pública*, v.32, n.4, p.328-34, 1998.
- DUARTE, J.L.M.B.; MENDONÇA, G.A.S. Fatores associados à morte neonatal em recém-nascidos de muito baixo peso em quatro maternidades no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.181-91, jan./fev., 2005.
- FRANCESCHINI, S.C.C.; PRIORE, S.E.; PEQUENO, N.P.F.; SILVA, D.G.; SIGULEM, D.M. Fatores de risco para o baixo peso ao nascer em gestantes de baixa renda. *Revista de Nutrição*, Campinas, v.16, n.2, p.171-9, abr./jun., 2003.
- GAMA, S.G.N.; SZWARCOWALD, C.L.; LEAL, M.C.; FILHA, M.M.T. Gravidez na adolescência como fator de risco para o baixo peso ao nascer no município do Rio de Janeiro, 1996 a 1998. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.1, p.74-80, 2001.
- GUIMARÃES, E.A.A.; MELÉNDEZ, G.V. Determinantes do baixo peso ao nascer a partir do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos em Itaúna, Minas Gerais. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.2, n.3, p.283-90, set./dez., 2002.
- HOSMER, D.W.; LEMESHOW, S. *Applied logistic regression*. New York: Wiley, 1989.
- KASSAR, S.B.; GURGEL, R.Q.; ALBUQUERQUE, M.F.M.; BARBIERI, M.A.; LIMA, M.C. Peso ao nascer de recém-nascidos de mães adolescentes comparados com o de puérperas adultas jovens. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.5, n.3, p.293-9, jul./set., 2005.
- MINAGAWA, A.T.; BIAGOLINE, R.E.M.; FUJIMORI, E.; OLIVEIRA, I.M.V.; MOREIRA, A.P.C.A.; ORTEGA, L.D.S. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v.40, n.4, p.548-54, 2006.
- NASCIMENTO, L.F.C. Estudo transversal sobre fatores associados ao baixo peso ao nascer a partir de informações obtidas em sala de vacinação. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.3, n.1, p.37-42, jan./mar., 2003.
- PRIGENZI, M.L.H.; TRINDADE, C.E.P.; RUGOLO, L.M.S.S.; SILVEIRA, L.V.A. Fatores de risco associados à mortalidade de recém-nascidos de muito baixo peso na cidade de Botucatu, São Paulo, no período de 1995-2000. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.8, n.1, p.93-101, jan./mar., 2008.
- ROMANI, S.A.M.; LIRA, P.I.C. Fatores determinantes do crescimento infantil. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, v.4, n.1, p.15-23, jan./mar., 2004.
- UCHIMURA, T.T.; SZARFARC, S.C.; UCHIMURA, N.S. A influência dos fatores comportamentais maternos na ocorrência do baixo peso ao nascer. *Acta Scientiarum*, Maringá, v.23, n.3, p.745-51, 2001.

FATORES DE RISCO PARA QUEDAS EM INDIVÍDUOS APÓS ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

Layanny Teles Linhares Bezerra (Apresentadora) – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA), layannyteles@hotmail.com

Douglas Basto Lima – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Ronaldo César Aguiar Lima – Universidade do Estado do Rio Grande do Norte (UERN)

Tayanny Teles Linhares Bezerra – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Bruna da Conceição Lima – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Ana Railka de Souza Oliveira (Orientadora) – Instituto Superior de Teologia Aplicada (INTA)

Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral. Sequela. Quedas. Fatores de Risco. Idoso.

Resumo

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é um processo neurológico, caracterizado por rápidas manifestações clínicas e constante desenvolvimento de sequelas. Configura-se como importante causa de quedas, e ainda como a principal causa de morte no mundo. Assim, o estudo teve como objetivo identificar os principais fatores de risco para queda em clientes com AVC. Trata-se de estudo exploratório com abordagem qualitativa, desenvolvido em unidades da Estratégia de Saúde da Família, no Município de Mucambo-Ce. A amostra foi composta por trinta e nove indivíduos que aceitaram participar do estudo mediante TCLE. Para tanto, utilizamos um formulário com informações sobre a ocorrência de quedas e seus fatores de risco. Os dados foram compilados no Excel e analisados pelo Statistical

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Package for the Social Sciences versão 20.0. As recomendações éticas foram adotadas. Quanto aos fatores de riscos para quedas, destacaram-se como fatores intrínsecos os percepto-sensoriais e como fator extrínseco, a ambientação. Logo, percebe-se que muitos desses fatores podem ser evitáveis e que a auto-avaliação é fundamental para a redução das quedas.

Introdução

Queda é definida como sendo qualquer toque ao chão de forma inesperada por qualquer parte do corpo, com exceção da sola dos pés, com potencial limitador das condições de vida (SMELTZER, 2012). Aguiar; Assis (2009) apontam que a queda é um evento não intencional que leva a mudança de posição do indivíduo para um nível mais baixo, em relação a sua posição inicial.

Independentemente de como ocorram, as quedas são consideradas um problema de Saúde Pública e mantém estreita relação com outro problema mundial de saúde, o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (MENEZES, 2008). Segundo Tinetti; Baker; Mavay; Claus (1994), o AVC é a principal causa de morte e de incapacidades no mundo. A primeira causa de perda de habilidade física em adultos, a segunda de demência e a terceira de morte, só perdendo para o câncer e às doenças cardíacas.

O Brasil apresenta índices preocupantes em relação a AVC, pois 40% a 50% morrem nos primeiros meses; 50% a 70% recuperam a independência funcional, mas após 6 meses, cerca de 50% apresentam hemiparesia e mesmo que 82% voltem a deambular, apresentarão desvios do padrão normal e necessitarão do auxílio de dispositivos (OLIVEIRA; ANDRADE, 2001).

O Ceará, devido as altas taxas de mortalidade (44 óbitos/100.000 habitantes), desde 2005, vem aperfeiçoando o Programa de Atenção Integrada e Integral para o atendimento de pacientes com AVC e conta com o Comitê Estadual de Atenção à Doença Cerebrovascular, que vem buscando tornar o AVC uma doença de notificação compulsória e capacitar os profissionais de saúde para o diagnóstico precoce da doença (BRASIL, 2006).

Oliveira; Andrade (2001) afirmam que o AVC é um evento desastroso, pois da totalidade dos acometidos, 90% dos que sobrevivem desenvolvem algum tipo de sequela. Dentre as sequelas, sobressai-se o déficit motor, caracterizado pela perda ou diminuição da mobilidade e força dos membros, prejudicando a realização de atividades diárias e propiciando a quedas (PERLINI et al., 2007).

Sobre as quedas decorrentes de sequelas do AVC no idoso, Gawryszewski (2010) destaca que são uma importante causa de mortalidade, morbidade e incapacitações entre a população idosa. Mesmo quando as quedas provocam lesões menores, podem afetar seriamente a qualidade de vida dos idosos levando ao medo de cair com consequentemente restrições de atividades, mobilidade, diminuição da atividade física, isolamento social e depressão.

Assim, podemos perceber que as quedas ocorrem como um somatório de fatores de risco intrínsecos e extrínsecos, sendo difícil restringir um evento de queda a um único fator de risco ou a um agente causal. Portanto, o presente estudo teve por objetivo investigar os principais fatores de risco para a ocorrência para quedas de pacientes portadores de AVC.

Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, de caráter transversal com análise quantitativa, que buscou conhecer os principais fatores de risco de quedas nos pacientes acometidos de AVC.

O cenário da pesquisa foi às unidades de Estratégia de Saúde da Família, da cidade de Mucambo, município do interior do Ceará, que conta com uma população média de 13786 habitantes (BRASIL, 2012).

A população amostral foi composta por 39 clientes de ambos os sexos, com idade superior a 60 anos e com história de AVC. Quanto aos critérios de inclusão: Ter apresentado pelo menos um episódio de AVC, com diagnóstico confirmado por médico; Não estar na fase de hospitalização; Ser acompanhado pela ESF. Foram excluídos os pacientes com incapacidades cognitivas e que não possuíam acompanhantes.

Os dados foram coletados diretamente com o cliente ou com um representante que se denominasse cuidador, por quatro acadêmicos de enfermagem, previamente treinados. A coleta foi realizada em diferentes locais: na própria Unidade Básica ou na residência dos pacientes, no período Setembro a dezembro de 2012.

Utilizou-se um formulário estruturado, sobre fatores de risco a quedas, contemplando os fatores extrínsecos e intrínsecos para a ocorrência de quedas.

Os dados foram categorizados em planilhas do Excel e analisados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences versão 20.0. Os dados estão apresentados em forma de gráficos/tabelas e foram discutidos com a literatura vigente.

Considerando os aspectos administrativos e éticos da pesquisa científica, o presente trabalho foi realizado após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), cumprindo as recomendações da resolução 466/12, através de protocolo de número 70235. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do trabalho e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE).

Resultados e Discussão

Após coleta de dados e posterior análise, podemos constatar que os principais fatores de risco ao desenvolvimento de quedas em indivíduos com história de AVC pregresso na cidade de Mucambo são comuns os encontrados em outros estudos sobre o tema. Os dados, na população amostral são demonstrados na Tabela 1 (Caracterização de fatores de risco dos clientes acometidos por AVC. Mucambo, 2012).

Tabela 1 - Caracterização de fatores de risco dos clientes acometidos por AVC. Mucambo, 2012

Variáveis	Frequência	%
Tabagismo		
Sim	24	61,5
Não	15	38,5
Total	39	100
Etilismo		
Sim	16	41,0
Não	23	59,0
Total	39	100
Uso de anticoncepcionais		
Sim	2	14,3
Não	12	85,7
Total	14	100

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

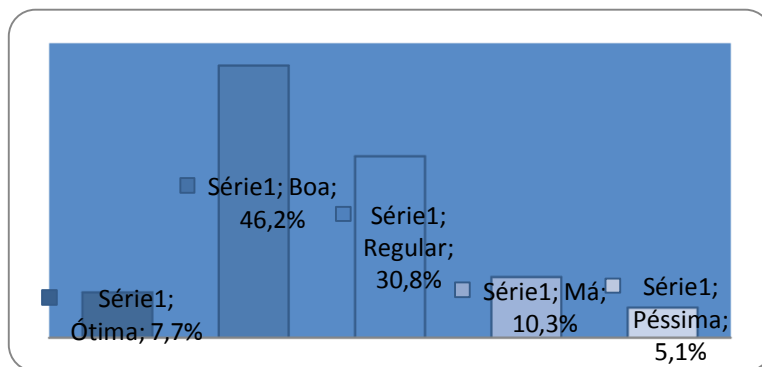
Prática de atividade física

Praticantes	2	5,1
Não praticantes	36	92,3
Não sabe responder	1	2,6

Constatou-se que, de acordo com a Tabela 1, a existência de diversos fatores de risco, os quais aumentam a predisposição para o desenvolvimento ou recorrência do AVC: Tabagismo (61,5%), etilismo (41%) e sedentarismo (92,3%).

Quanto a auto-avaliação que o idoso apresenta de si, os resultados obtidos chamaram a atenção, pois menos de 20% encontram-se na faixa de ruim e/ou péssimo, demonstrando que o acompanhamento de saúde por parte das ESF pode ser considerado um benefício a auto-avaliação do idoso. Na Figura 1, foi disposto o perfil de saúde do cliente, segundo sua auto-avaliação.

Figura 1- Disposição do perfil de saúde do cliente segundo sua auto-avaliação.



Com relação aos fatores de risco ao desenvolvimento de quedas, inicialmente indagamos sobre os fatores de risco intrínsecos.

Quanto às condições percepto-sensoriais, observou-se que 28,2% dos clientes apresentaram déficit visual, sendo que 17,9% com melhoria parcial e 10,3% com melhoria total. Quanto ao uso de óculos, 33,3% não fazia uso, mas apresentava a necessidade e 35,9% não fazia o uso e não tem necessidade. Quanto à sua auto-avaliação da qualidade visual, 51,8% dos clientes classificaram como boa.

Quanto à audição, 61,5% dos entrevistados não usava aparelho auditivo e nem apresenta necessidade; 28,2% não usavam, mas apresentavam alguma deficiência auditiva e 5,1% usava aparelho para melhorar sua audição. Quanto à sua auto-avaliação da qualidade da audição, 53,8% dos clientes classificaram como boa. Todos esses dados foram dispostos na Tabela 2, disposta abaixo.

Tabela 2 – Fatores intrínsecos para ocorrência de quedas em clientes após AVC. Mucambo, 2012

Variáveis	Frequência	%
Uso de óculos		
Sim, com melhora total.	4	10,3
Sim, com melhora parcial.	7	17,9
Não, mais necessita.	13	33,3
Não, não tem necessidade.	14	35,9
Não sabe	1	2,6
Total	39	100
Auto-avaliação da visão		
Cega	1	2,6
Ruim	4	10,6
Regular	11	28,2
Boa	20	51,3
Excelente	3	7,7
Total	39	100
Uso de aparelho auditivo		
Sim, com melhora parcial.	2	5,1
Não, mais necessita.	11	28,2
Não, não tem necessidade.	24	61,5
Não sabe	2	5,1
Total	39	100
Auto-avaliação da audição		
Surdo	2	5,1
Ruim	4	10,3
Regular	7	17,9
Boa	21	53,8
Excelente	5	12,9
Total	39	100
Presença de alterações nos pés		
Calosidades	5	12,8
Feridas	2	5,1
Unhas encravadas	4	10,3
Dedos em garra	6	15,4
Outros	1	2,6
Sem alterações	21	53,8
Total	39	100

A Tabela 3 apresenta as principais categorias de medicamento utilizadas pelos pacientes com AVC.

Tabela 3 – Principais categorias de medicamento utilizadas pelos clientes após AVC. Mucambo, 2012

Tipos de medicamentos utilizados	Frequência	%
Anti-hipertensivos		

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Usam	37	94,8
Não usam	2	5,2
Total	39	100
Diuréticos		
Usam	20	51,2
Não usam	19	48,2
Total	39	100
Hipoglicêmicos		
Usam	6	15,3
Não usam	33	84,7
Total	39	100
Ansiolíticos		
Usam	1	2,5
Não usam	38	97,5
Total	39	100
Antidepressivos		
Usam	2	5,1
Não usam	37	94,8
Total	39	100
Analgésicos		
Usam	8	20,5
Não usam	31	79,4
Total	39	100

Como evidenciado na tabela 3, maior parte usavam fármacos para a resolução ou controle dos problemas, como hipertensão e diabetes. Quanto as categoria de medicamentos, observou-se principalmente de anti-hipertensivos e hipoglicêmicos.

O tocante a ocorrência de queda nos pacientes portadores de AVC nos últimos seis meses, 14 clientes que sofreram algum tipo de queda e 25 não sofreram queda neste período

Quanto aos fatores extrínsecos ao desenvolvimento de quedas, a Tabela 4 traz uma lista de fatores que podem ter contribuído para a ocorrência de quedas no grupo estuado.

Tabela 4 - Disposição dos fatores extrínsecos para quedas após AVC. Mucambo, 2012

Variáveis	Frequência	%
Local		
Quarto	04	28,7
Banheiro	03	21,4
Sala	03	21,4
Outros	03	21,4
Varanda	01	7,1
Total	14	100
Tipo de piso		
Liso	09	64,2
Áspero	04	28,7
Não sabe	01	7,1
Total	14	100
Estado do piso		
Molhado	03	21,4
Seco	10	71,5
Buracos no chão	01	7,1
Total	14	100
Tipo de calçado		
Sapato Fechado	01	7,1
Chinelo	07	50
Sandália	03	21,4
Outros	03	21,4
Total	14	100
Tipo de solado		
Borracha	11	78,6
Outros	01	7,1
Não sabe	01	7,1
Não respondeu	01	7,1
Total	14	100
Presença de degraus		
Sim	03	21,4
Não	11	78,6
Total	14	100
Presença de corrimão		
Sim	01	7,1
Não	13	92,9
Total	14	100
Presença de tapete		
Sim	02	14,3
Não	12	85,7
Total	14	100

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Presença de animais

Sim	03	21,4
Não	11	78,6
Total	14	100

Ao verificar os fatores extrínsecos para a ocorrência de quedas, observou-se que a maior parte dos acidentes dos clientes após AVC ocorreram no quarto (28,7%), num local com piso liso (64,2%) e seco (71,5%). Esse fato pode revelar certa distração por parte do indivíduo, pois nos locais com pisos molhados a frequência de queda foi 21,4% e com buracos 7,1% sendo um índice menor encontrado.

Interessou também identificar os tipos de calçados e o tipo de solado em que mais ocorreram as quedas. Eles foram: chinelos em 50% dos indivíduos e a composição dos solados era borracha em 78,6% das ocasiões.

Quanto à presença de rampas e corrimão nos locais de quedas, apenas um indivíduo relatou a presença desse meio de proteção como presente nos locais de quedas. A existência de degraus ocorreu em 21,4% das situações. Os clientes relataram que em 14,3% das ocorrências havia tapetes espalhados no chão, 21,4% referiu presença de animais e em 100% dos locais estava totalmente iluminados.

Conclusão

O AVC constitui um dos grandes problemas de saúde mundial. Sua incidência está estreitamente relacionada ao aumento da idade, sendo a população idosa a mais propensa a desenvolvê-lo. Tal relação mostra o perigo, uma vez que nas sociedades contemporâneas observa-se aumento da idade média e expectativa de vida da população.

As quedas podem trazer consequências mais graves do que o próprio AVC. Assim, o conhecimento desses fatores de risco apresenta-se como fundamental para o seu acompanhamento e contribui para que o profissional de saúde possa evitar a ocorrência dessas quedas e, conseqüentemente, dos prejuízos.

Os fatores intrínsecos são determinantes na quantidade e intensidade no aparecimento de quedas dos clientes com AVC. E os fatores extrínsecos são importantes, no entanto eles colocam em risco de cair não somente os indivíduos após AVC com ou sem alterações na mobilidade, mas todas as pessoas.

Referências

AGUIAR CF, ASSIS M. Perfil das mulheres idosas segundo a ocorrência de quedas: estudo da demanda do Núcleo de Atenção ao Idoso da UnATI/UERJ. **Rev. Bras. Geriatr.Gerontol.** 2009;12(3):391-404.

BRASIL. Instituto brasileiro de geografia e estatística IBGE. **Censo Demográfico**, 2012. Disponível em <http:// www.ibge.com.br-população> acesso em 20/05/13.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa: Manual de Preenchimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

GAWRYSZEWSKI, VP. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no estado de São Paulo. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2010;56(2).

MENEZES, R.L.; BACHION, M.M. **Estudo da presença de fatores de riscos intrínsecos para quedas, em idosos institucionalizados.** Ciência & Saúde Coletiva, v.13, n.4, p.1209-1218, 2008.

OLIVEIRA; Roberto de Magalhães Carneiro; ANDRADE, Luis Augusto Franco. Acidente vascular cerebral. **Revista Brasileira de Hipertensão.** v.8, n.3, p.280-287, jul./set. 2001.

PERLINI NMOG, Hoffmann JM, Piccoli DG, Bertoldo C. Lidando com perdas: percepção de pessoas incapacitadas por AVC. **Rev. Min. Enferm.** 2007;11(2).

SMELTZER SC, Bare BG. **Tratamento de pacientes com distúrbios vasculares cerebrais.** In: Smeltzer SC, Bare BG, editoras. Brunner&Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 12ª ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan; 2012.

TINETTI ME, BAKER DI, MACAVAY G, CLAUS E, GarrettP, Gottschalk M, Koch ML, Trainor K, Horwitz RI. A Multifactorial intervention to reduce the risk offalling among elderly people living in the community. **N Engl J Med** 1994; 331:821-827.

FATORES DETERMINANTES PARA O ATRASO VACINAL NA INFÂNCIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Clara Ananda Pimentel de Sousa Santos-Universidade Federal do Piauí. claraanandapimentel@hotmail.com

Jéssica Loureiro Mendes Silva- Universidade Federal do Piauí

Maria dos Remédios Farias dos Santos- Universidade Federal do Piauí

Ana Carolina Coimbra- Universidade Federal do Piauí

Ingrid Moura de Abreu- Universidade Federal do Piauí

Rosana Costa Santos-Universidade Federal do Piauí

Palavras-chave: atraso vacinal. cobertura vicinal. delay vaccine.

Resumo

Apesar da significativa redução das doenças imunopreveníveis no Brasil, são observados uma discrepância acentuada na cobertura vacinal e um número considerável de crianças menores de um ano não vacinadas. Diante de tal fato o conhecimento dos determinantes para o atraso vacinal infantil é relevante para o desenvolvimento de estratégias em Saúde Pública. Objetivo: analisar as publicações sobre os principais fatores determinantes para o atraso do esquema vacinal infantil no cenário brasileiro. Metodologia: Trata-se de uma revisão integrativa de literatura onde foram localizados 781 artigos, sendo que destes foram selecionados 13 por atenderem aos seguintes critérios de inclusão: Artigos com textos completos disponíveis em português, inglês e espanhol, publicados no intervalo de 2000 a 2014, relacionados à temática “atraso vacinal” disponíveis em base de dados nacionais e internacionais. Resultados e Discussão: Vários foram os fatores determinantes para o atraso da vacinação infantil encontrados na literatura. Dentre estes, os de maior prevalência foram: a presença de doença na criança na data agendada para a vacinação e dificuldade de acesso ao posto de vacina, encontrados em 38,5%

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

das produções analisadas; falta de orientação dos profissionais de saúde, esquecimento e escolaridade materna, presentes em 30,8% das publicações avaliadas. Conclusão: A partir desta revisão foi possível identificar vários fatores, principalmente de cunho socioeconômico, que são responsáveis pelos atrasos da vacinação infantil. Tal conhecimento se torna importante para que a partir de então se possa intervir de forma a minimizar os fatores passíveis de modificação e com isso possibilitar a redução das taxas de atrasos vacinais.

Introdução

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) estimam que, a cada ano, morrem, no mundo, 2,5 milhões de crianças menores de cinco anos de idade por doenças que poderiam ter sido evitadas por ações de imunização (UNICEF, 2007).

A vacinação é considerada uma das maiores conquistas em saúde pública do século XX e um dos três marcos mais importantes da saúde pública para prevenção e controle das doenças transmissíveis, sendo uma das medidas de prevenção mais seguras e de melhor relação custo efetividade para os sistemas de saúde (WHO, 2009).

Apesar do declínio significativo das doenças imunopreveníveis no Brasil, são observados uma heterogeneidade acentuada na cobertura vacinal e um número considerável de crianças menores de um ano não vacinadas, o que representa risco para a introdução e manutenção da circulação de agentes infecciosos, requerendo estratégias distintas de vacinação (BRASIL, 2003; PEREIRA, 2007; MOTA, 2008). Assim, as vacinas devem ser potentes e administradas na época certa para população alvo correta, isto é, em idade apropriada para protegê-la contra doenças (MORAES, 2003).

Alguns fatores têm sido apontados na literatura como obstáculos para a manutenção do calendário vacinal atualizado, o que pode comprometer seriamente a saúde e a vida da população que necessita ser imunizada. Acredita-se que a identificação e análise desses fatores podem levar ao desenvolvimento de estratégias, por parte dos gestores e dos profissionais de saúde, no sentido de buscar o aumento da cobertura vacinal, principalmente no período oportuno.

Diante deste contexto, o presente estudo objetivou analisar as publicações com a temática especificada e identificar os fatores determinantes para o atraso do esquema vacinal infantil, no cenário brasileiro.

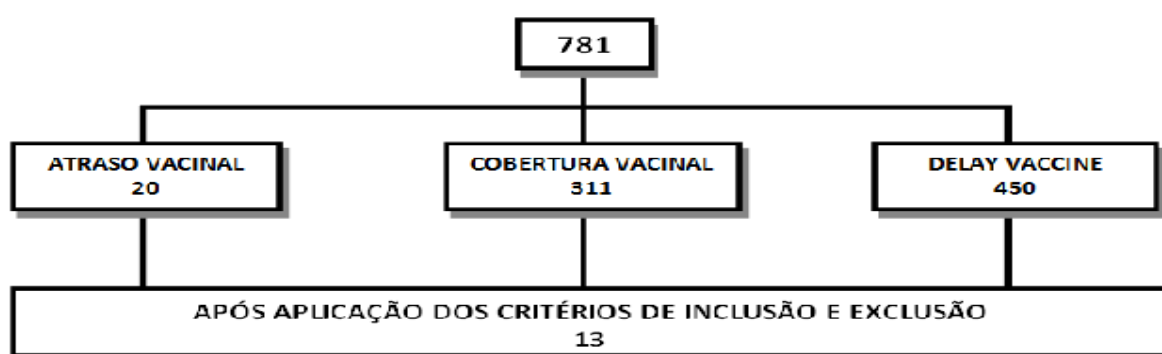
Metodologia

Estudo descritivo, do tipo revisão integrativa de literatura. Para a seleção dos estudos, realizou-se o levantamento nas seguintes bases de dados: Lilacs (Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde) e Medline (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online), no mês de agosto de 2014. Foram utilizados os seguintes descritores de assunto: "atraso vacinal", "cobertura vacinal" e "vacinação" e o correspondente em inglês "*delay vaccine*". No presente estudo foram adotados os seguintes critérios de inclusão: estudos nos idiomas português, inglês e espanhol; textos disponíveis na íntegra e que fossem de livre acesso; estudos do tipo artigo original e teses e estudos publicados entre os anos de 2000 a 2014. Como critério de exclusão foram adotados os seguintes: estudos do tipo relatos de caso, revisões e guias de práticas clínicas, estudos cujas temáticas não estavam de acordo com os objetivos pretendidos e fora do período determinado e estudos duplicados nas bases de dados. Para análise dos artigos foi elaborado um instrumento que possibilitou a identificação do perfil dos estudos e sua categorização de acordo com as principais temáticas encontradas. Os resultados foram tabulados com o auxílio do programa Excel 2010. A discussão do estudo foi desenvolvida segundo as temáticas estabelecidas.

Resultados e Discussão

De acordo com os descritores estabelecidos e busca nas bases de dados selecionou-se 781 artigos. Após a leitura detalhada dos títulos e resumos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão chegou-se a um número de 13 artigos para análise, conforme a figura 1.

FIGURA 1. Diagrama com o levantamento dos artigos, segundo descritores.



De acordo com a análise dos 13 artigos, observou-se que em 2013 foram publicados 4 artigos, em 2011, 6 artigos, e nos anos de 2008, 2007 e 2005 foram publicados 1 artigo, em cada ano. Em relação a base de dados, o Lilacs foi a que apresentou o maior número de publicações, com um total de 11. A temática envolvendo a atualização do calendário de vacina foi estudada por pesquisadores de universidades públicas e privadas, de todas as regiões geográficas do Brasil, encontrando-se três estudos na região Nordeste, três na região Sul e dois na região Sudeste, além de três pesquisas em outros países. A abordagem quantitativa foi a escolhida por todas as pesquisas selecionadas.

Quanto aos periódicos em que foram publicados os artigos, o caderno de Saúde Pública foi o mais prevalente, como ilustra a Figura 2.

FIGURA 2. Distribuição dos artigos por periódicos

Título dos Periódicos	nº
Acta Sci Health Sci	1
Arch Argent Pediatr	1
Ciência e Saúde Coletiva	1
Cad. Saúde Pública	2
Iran J. Public Health	1
Public Health Reports	1

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Revista Brasileira de Enfermagem	1
Revista Brasileira de Epidemiologia	1
Rev. Paulista de Pediatria	1
Revista de Saúde Pública	1
Saluvista	1
Tese	1
Total	13

Fonte direta

Em relação aos fatores determinantes para o atraso vacinal, o adoecimento da criança e a dificuldade de acesso ao serviço de saúde foram os mais prevalentes, conforme mostra a Tabela 1.

TABELA 01. Fatores determinantes para o atraso vacinal na infância presentes nos artigos selecionados

Fatores determinants	N(%)
Doença da criança na data agendada para a vacinação	5(38,5)
Dificuldade de acesso ao posto de vacinação	5(38,5)
Esquecimento	4(30,8)
Falta de orientação dos profissionais	4(30,8)
Escolaridade maternal	4(30,8)
Falta de vacina	3(23)
Idade maternal	3(23)
Situação ocupacional maternal	3(23)
Renda familiar	3(23)
Número elevado de filhos	3(23)
Desigualdade socioeconômica	2(15,4)
Falta de tempo	2(15,4)
Outros	1(7,1)

Fonte direta

A manutenção do calendário vacinal da criança atualizado é um dos grandes desafios na saúde pública do Brasil, pois, através dessa prática, muitas doenças podem ser evitadas.

Vários fatores surgem como determinantes para o atraso vacinal, merecendo destaque o motivo da criança se encontrar doente na data agendada para a vacinação, o que remete a questão das falsas contra-indicações para o adiamento ou suspensão do tratamento imunobiológico. Entre as condições elencadas pelos cuidadores como motivo do não comparecimento da criança à sala de vacina na data oportuna, porém sem respaldo científico na literatura especializada, estão: doenças infecciosas comuns ou alergias, desnutrição, prematuridade ou baixo peso ao nascer, internações hospitalares, diarreia leve ou moderada (GONÇALVES, 2008). Destaca-se, portanto, a vital necessidade de uma ampla educação em vacinas, envolvendo a população em geral, além do treinamento dos profissionais de saúde, para se alcançar uma boa implementação do Programa Nacional de Imunização, objetivando a cobertura vacinal adequada (LOPES, 2013).

Outro fator determinante para o atraso vacinal foi a dificuldade de acesso ao posto de vacinação, fato este que reitera a importância da expansão e acessibilidade da rede básica no aumento da cobertura das ações de saúde envolvendo o Sistema Único de Saúde.

Os seguintes itens tiveram a segunda maior prevalência nos estudos avaliados: esquecimento, falta de orientação dos profissionais e baixa escolaridade materna. Provavelmente, o esquecimento da data agendada para vacinação da criança, por parte da mãe, também esteja associado a um déficit na atenção dos profissionais de saúde em relação a verificação da situação vacinal do infante, principalmente, em circunstâncias que os mesmos têm acesso ao cartão de vacina, como, por exemplo, no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil durante as consultas médicas e de enfermagem e até mesmo na própria sala de vacina (PAIVA, 2011).

Algumas estratégias visam reduzir do atraso vacinal e minimizar as dificuldades relatadas pelos cuidadores como a educação da comunidade quanto a rotina dos serviços de saúde e a melhor forma de utilizá-los, adequando também os horários de atendimento dessas Unidades às necessidades da população, além da melhoria da qualificação e do quantitativo dos profissionais necessários para suprir a demanda que o serviço exige, o que seguramente, diminuiria os erros durante os procedimentos e a má qualidade no atendimento aos pacientes (LOPES, 2013).

Destaca-se, ainda, entre os fatores relacionados com o atraso vacinal, os problemas na gestão e no planejamento dos serviços de saúde. Para a minimização desses entraves, é necessária a realização da busca ativa sistemática dos pacientes, por meio da visita domiciliar, estratégia apontada como eficaz no rastreamento das crianças que não comparecem para vacinação na data prevista. Acrescenta-se a isso a importância de conscientizar a população, pais e cuidadores quanto a relevância dos imunobiológicos no primeiro ano de vida.

O fato de o cuidador da criança possuir bom nível de escolaridade poderá contribuir com a educação em saúde, principalmente no que se refere à prevenção de doenças. Dessa forma, os profissionais de saúde, mais especificamente os da enfermagem, devem aproveitar a presença do cuidador, no momento da vacinação, para orientá-lo de forma adequada e compatível com o seu nível de entendimento (MOLINA, 2007).

Outros fatores de elevada prevalência relacionados ao atraso vacinal, foram a falta de vacina, baixa idade materna, situação ocupacional materna, baixa renda familiar e número elevado de filhos. A falta de vacina se constitui em importante barreira para que se atinja a cobertura vacinal infantil de forma adequada. Desta forma, torna-se fundamental repensar a organização dos serviços de saúde, no que se refere a imunização da criança, priorizando o planejamento, aquisição e manutenção das doses necessárias, diminuindo assim, interrupção no fornecimento das vacinas (RAMOS, 2010).

Estudos apontam a questão da maternidade na adolescência também como um fator envolvido no reatardamento da procura pela sala de vacina e ressaltam a importância de serviços de apoio no sentido de orientar essas mães inexperientes sobre as datas de vacinação, cuidado diário com o recém-nascido e aleitamento materno, provendo, assim, suporte não somente a elas, mas para toda a família. Outros autores discutem também o fato de mães, que não estão inseridas no mercado de trabalho atrasarem o calendário vacinal de seus filhos, o que pode ser explicado pela falta de orientações da equipe de saúde, um menor nível de compreensão das mães, excesso de tarefas

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

domésticas, outros filhos com que se ocupe, até mesmo, dificuldade de locomoção, apesar do aumento do número de Unidades de Saúde distribuídas nas cidades, atualmente (PEREIRA et al, 2009; TERTULIANO et al, 2011; SANTOS et al, 2009).

As condições de vida podem influenciar as mães a não vacinarem adequadamente seus filhos. Este fato é mais freqüente nas famílias de baixa renda, que enfrentam numerosas dificuldades diariamente. Grande parte dessas mulheres possui número elevado de filhos e, conseqüentemente, os trabalhos domésticos são grandes, por isso a disponibilidade do cuidador fica centralizada na garantia da alimentação e na busca de tratamento para os problemas agudos de saúde. Assim, as atividades preventivas não são consideradas prioridade. Destacou-se também a desigualdade socioeconômica e a falta de tempo como fatores que predispõem ao atraso vacinal.

Outros aspectos com menor prevalência, porém, que merecem ser enfatizados foram: maior número de moradores no domicílio, desinformação, falta de conhecimento a cerca das doenças preveníveis, desconhecimento do calendário vacinal, ausência de funcionário responsável pela vacina, baixa qualidade no atendimento, erros no que se refere o procedimento em si, estrutura precária para a realização da vacina, impossibilidade de leitura do cartão da criança por mães analfabetas e descuido por parte dos cuidadores.

Conclusão

A partir desta revisão foi possível a identificação de vários fatores, principalmente de cunho socioeconômico, que são responsáveis pelos atrasos da vacinação infantil. Tal conhecimento se torna importante para que, a partir de então, se possa intervir de forma a minimizar os fatores passíveis de modificação e com isso possibilitar a redução das taxas de atrasos vacinais.

Frente a isso, sugere-se a realização de estudos mais aprofundados a cerca da temática abordada, visando a identificação de estratégias e ações eficazes para melhorar a cobertura vacinal, promovendo a saúde e melhorando o perfil de morbimortalidade deste grupo.

Referências

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Situação mundial da infância 2008:sobrevivência infantil**. Brasília: Fundo das Nações Unidas para a Infância; 2007.

GONCALVES SML, MACHADO MFAS. Opinião de um grupo de cuidadores sobre a imunização básica. **Rev RENE**;9(1):45-51.2008

LOPES, E.G. et al.Situação vacinal de recém-nascidos de risco e dificuldades vivenciadas pelas mães. **Rev Bras Enferm**, Brasília; 66(3): 338-44. 2013

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

MORAES JC, RIBEIRO MCSA. Desigualdades sociais e cobertura vacinal: uso de inqueritos domiciliares. **Rev Bras Epidemiol**;11(Suppl 1):113-24.2008

MORAES JC, RIBEIRO MCSA, SIMÕES O, CASTRO PC, BARATA RB. Qual é a cobertura vacinal real? **Epidemiol Serv Saúde**;12:147-53.2003

MOTA E. Inquérito domiciliar de cobertura vacinal: a perspectiva do estudo das desigualdades sociais no acesso à imunização básica infantil. **Rev Bras Epidemiol**; 11 Suppl 1:S125-8. 2008

PAIVA. T.S.C. A situação vacinal das crianças que apresentaram eventos adversos com vacina tetravalente no município de Belém-PA, 2008. **Dissertação (mestrado em As´ude Pública)**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2011.

PEREIRA MAD, BARBOSA SRS. O cuidado de enfermagem na imunização: os mitos e as verdades. **Revista Meio Ambiente e Saúde**; 2:76-88. 2007

PEREIRA DR, MATHIAS TAF, SOARES DFPP, CARVALHO WO. Cobertura vacinal em crianças de 12 a 23 meses de idade: estudo exploratorio tipo Survey. **Rev Eletronica Enferm**;11(2):360-7. 2009

RAMOS CF, PAIXAO JGM, DONZA FCS, SILVA AMP, CACADOR DF, DIAS VDV, ET AL. Cumprimento do calendario de vacinação de crianças em uma unidade de saude da familia. **Rev Pan-Amaz Saude**;1(2):55-60.2010

SANTOS PCF, BOHLAND AK, PAIXAO AC. Oportunidades perdidas de vacinacao em hospital de referencia pediatrica, em Aracaju (SE), Brasil. **Rev APS**;12(1):29-38. 2009

SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Imunização – 30 anos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2003

TERTULIANO GC, STEIN AT. Atraso vacinal e seus determinantes: um estudo em localidade atendida pela Estrategia Saude da Familia. **Cienc Saude Coletiva**;16(2):523-30. 2011

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Meeting of the immunization Strategic Advisory Group of Experts, November 2008 – conclusions and recommendations. **Wkly Epidemiol Rec**; 84:1-16. 2009

Agradecimentos

À Profª. Drª Rosana dos Santos Costa pela oportunidade e apoio na elaboração deste trabalho, e ao Ronaldo Pereira de Oliveira e Janete Pimentel de Sousa por facilitarem o processo de confecção desta produção.

FATORES ENVOLVIDOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS COM AIDS

Mayara Mirna do Nascimento Costa – Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Email: mayaramnc@gmail.com

Ilisdayne Thallita Soares da Silva - Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Isabelle Christine Marinho de Oliveira - Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Rhuama Karenina Costa E Silva- Enfermeira, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

José Rebberty Rodrigo Holanda- Médico, Programa saúde da Família do Município de Pau dos Ferros/ Rio Grande do Norte

Richardson Augusto Rosendo da Silva – Enfermeiro, Doutor Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Palavras-chave: Síndrome de imunodeficiência adquirida. HIV. Antirretrovirais. Recusa do paciente ao tratamento.

Resumo

Objetivo: identificar os fatores envolvidos na adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com AIDS. **Metodologia:** pesquisa descritiva e exploratória de natureza quantitativa realizada no Hospital Giselda Trigueiro envolvendo adultos com AIDS residentes no Estado do Rio Grande do Norte. A amostra estudada consiste de indivíduos maiores de 18 anos que recebem medicamentos antirretrovirais na Farmácia de doenças infectocontagiosas do referido hospital. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, protocolo 129/10 CEP/UFRN. Os dados foram coletados em formulário próprios, sendo entrevistados 100 pacientes. **Resultados:** 75% dos pacientes referiram que já ficaram dias sem tomar medicação, os motivos foram esquecimento, falta de medicamento em casa, ingestão de bebida alcoólica e reações ou efeitos. **Conclusão:** cabe à equipe de saúde procurar a melhor forma de identificar os pacientes que apresentam baixa adesão para buscar a melhor estratégia de atuar na melhoria do conhecimento de tais pacientes à cerca do tratamento e da própria doença com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Introdução

A AIDS tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável desde o surgimento da terapia antirretroviral combinada (TARV) e da disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e carga viral, para o monitoramento de sua progressão. Tais avanços tecnológicos contribuíram de forma bastante positiva para vida das pessoas que vivem e convivem com HIV. (BRASIL, 2008) O principal objetivo do tratamento antirretroviral é reduzir, o máximo possível da carga viral plasmática, isto é, a quantidade de vírus circulante pelo maior período de tempo. A adesão é um desafio constante para os pacientes, visto que os protocolos atuais determinam o uso de pelo menos três medicamentos, variando entre uma a três tomadas por dia com horários que devem ser rigorosamente cumpridos. (BRITO, 2002)

Atualmente a adesão ao tratamento antirretroviral é um grande problema de saúde pública no plano mundial. É extremamente importante que o portador de HIV/Aids consiga níveis de adesão acima de 95% da medicação prescrita para obter sucesso com o tratamento. (PATERSON, 2000)

Assim a definição de estratégias que visem à melhora da adesão terapêutica deve ser realizada com base no perfil dos pacientes atendidos pelo serviço de acompanhamento farmacoterapêutico.³(BLATT, 2009) O conhecimento dos obstáculos ao cumprimento destas orientações pode auxiliar na escolha individualizada do tratamento e melhorar os resultados. (BRITO, 2002) Além disso, fatores como reações adversas (intolerância), necessidade de períodos de jejum, incompatibilidade entre as drogas, dificuldade na compreensão das metas da terapia e da implicação do seu uso inadequado, contribuem para dificultar o processo terapêutico.(CRESPO, 1997)

A partir disso, percebe-se que é possível que o indivíduo portador de HIV/AIDS tenha uma vida saudável se estiver aderindo ao tratamento. É importante compreender a realidade epidemiológica para efetuar implementação de estratégias de intervenção no controle da doença e acompanhamento do tratamento.

A relevância da pesquisa justifica-se em face da necessidade de se conhecer melhor os aspectos relacionados ao abandono ao tratamento com a terapia antirretroviral, para estruturação de modelos de atendimento direcionado aos pacientes com AIDS, visando atenção integral e interdisciplinar. E tem como objetivo identificar os fatores associados à interrupção ao tratamento antirretroviral, em adultos com AIDS, residentes no Estado do Rio Grande do Norte.

Metodologia

Estudo descritivo e exploratório, de natureza quantitativa envolvendo adultos com AIDS residentes no Estado do Rio Grande do Norte em tratamento no Hospital Giselda Trigueiro (HGT), hospital de doenças infecto-contagiosas, referência para o tratamento da AIDS no município de Natal e de todo o Estado do Rio Grande do Norte.

A amostra estudada trata-se de 100 indivíduos maiores de 18 anos que recebem medicamentos para o controle da infecção pelo HIV/Aids na Farmácia de doenças infectocontagiosas do Hospital Giselda Trigueiro. Foram utilizados como critérios de inclusão está em tratamento antirretroviral e comparecer ao hospital para consultas de rotina ou à farmácia para receber medicação, e como critério de exclusão foram indivíduos que receberam medicamentos antirretrovirais como medida profilática (exposição ocupacional, exposição sexual), gestantes, parturientes e menores de 18 anos.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRN, protocolo 129/10 CEP/UFRN.

Os dados foram coletados em formulário próprio, a partir de um roteiro de entrevista, e por meio de fichas de cadastramento da farmácia e, no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). No presente estudo, foi levado em consideração o auto-relato dos pacientes a cerca do histórico de abandono de tratamento e tomada diária dos antirretrovirais. O mesmo classifica a população quanto a adesão em três parâmetros.

Resultados e Discussão

Realizada a aplicação do questionário com os pacientes, foi obtida uma amostra de 100 pessoas portadoras do vírus HIV em seguimento de tratamento no hospital Giselda Trigueiro. Desses pacientes, 58% eram do sexo masculino e 42% do sexo feminino. Com relação à idade, a maioria dos pacientes encontram-se na faixa etária de 35 a 49 anos, com um total de 50% nessa faixa etária, com uma variação de idade de 20 anos à 65, e média de 32,45 anos. Residem na capital 58 pessoas, os demais 42 moram em cidades do interior do estado. No que se refere à escolaridade, 49% dos participantes apresentaram ensino fundamental incompleto o que representa um total de menos de oito anos de estudo, 49 pessoas apresentaram o ensino fundamental incompleto, seguido de 25 pessoas com ensino médio completo, 9 com fundamental completo, 7 com superior completo, 6 com ensino médio incompleto, 3 com superior incompleto e uma pessoa referiu nunca ter frequentado o ambiente escolar, nunca ter estudado. Maioria de 43 pessoas de cor parda, seguidos de 42 brancos e 15 negros. Com relação ao estado civil, 56 pessoas estavam solteiras sem companheiro fixo, 20 casados, 20 solteiros com companheiros fixos, e 4 se classificaram como viúvos. Setenta e nove pacientes da amostra (79%) eram heterossexual. Um total de 37% da amostra estava no momento sem renda salarial, e 43% com renda de um salário mínimo mensal.

Foi verificado que 75% dos pacientes referiram que já passaram mais de um dia sem tomar medicação, os motivos relatados para tal fato foram as dificuldades impostas pelo tratamento. É importante destacar que muitas pessoas relataram apresentar mais de uma dificuldade para o seguimento adequado do tratamento. Os fatores prevalentes foram: o esquecimento foi relatado 46 vezes como sendo um dos motivos para não tomar a medicação todos os dias; a falta de algum medicamento em casa, foi relatada 21 vezes como sendo a causa de não tomar a medicação todos os dias, esse fato foi relatado principalmente pelos pacientes que moram no interior do estado e encontram algumas dificuldades para deslocar-se até a capital para pegar a medicação. Um total de 14 pacientes mencionaram o fato de usar bebida alcoólica como o motivo de parar a continuidade do tratamento, esses pacientes referiram que normalmente costumam passar o final de semana sem tomar a medicação para fazer uso de bebida alcoólica. Seguido de reações ou efeitos colaterais, descanso da medicação por conta própria e pelos horários e esquemas de trabalho. Um total de 23% referiram passar mais de mês com o tratamento abandonado, mesmo com a medicação em casa.

O fator mais citado como motivo para a interrupção ou pausa temporária do tratamento foi o esquecimento de tomar as doses diárias, que normalmente estava associado à outro fator que leva à uma interrupção no tratamento. A respeito dos regimes terapêuticos, os estudos evidenciam a necessidade de investir em prescrições simplificadas, de dosagens fáceis de serem lembradas e com os menores efeitos colaterais possíveis.(BRASIL, 2010)

O estudo apresenta um grande número de pessoas que moram no interior e realizam o seu tratamento na capital (48%), tal fato pode ser apontado como um grande fator de risco para o abandono ao tratamento, visto que tais pacientes relataram dificuldades de deslocamento mensal para pegar medicação na farmácia do hospital, bem como para o comparecimento às consultas. Um total de 21 pessoas que

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

moravam no interior, relataram que a falta de algum medicamento foi a causa de não tomar a medicação todos os dias. Relataram dificuldades de transporte e principalmente dificuldades financeiras, o que caracteriza também um fator de risco para o abandono ao tratamento.

É importante perceber que a associação entre baixa adesão e determinados grupos sociais precisa ser cautelosa, pois processos de estigmatização, discriminação e controle reproduzem desigualdades e desvalorização/desqualificação desses grupos/pessoas. O uso da terapia antirretroviral acarreta, também, uma mudança de rotina e hábitos, pois terá que ser incluído no cotidiano da pessoa, sendo necessário definir horários, alimentação (restrições, refeições, jejum e intervalo, no caso de alguns medicamentos), frequência de uso, o que pode ser difícil para alguns grupos sociais ou indivíduos. (SOUZA, 2011)

Outro fator citado como motivo para a interrupção ou pausa temporária no tratamento foi o consumo de bebida alcoólica. Pacientes referem que quando estão bebendo, comumente nos finais de semana ou datas comemorativas como carnaval, pausam o tratamento entre três dias à uma semana. Antes de iniciar a medicação ARV, recomenda-se tratamento de apoio a usuários de bebida alcoólica e/ou drogas ilícitas. (BRASIL, 2010)

O quarto fator mais citado como sendo motivo de interrupção do tratamento foram os efeitos colaterais e reações adversas causadas pelos medicamentos. Principalmente no período inicial do tratamento. O início da TARV é relatado em alguns estudos como um dos momentos mais importantes na história das Pessoas que Vivem com HIV (PVH). Em pacientes em terapia inicial, estudos observacionais sugerem que o aparecimento de efeitos adversos é um dos fatores que levam à perda da adesão, incluindo os efeitos transitórios como náuseas, vômitos e dor abdominal. (BRASIL, 2008) É necessário orientar o paciente para persistir com a medicação, pois com o passar do tempo os efeitos colaterais desaparecem e se tal fato não ocorrer procura-se um esquema de antirretroviral que onde exista maior aceitação e adequação no que se refere aos efeitos colaterais e reações adversas.

Os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar estabelecer uma aliança com o paciente. Nesse processo de corresponsabilização, existe, ainda, uma rede familiar e social que, direta ou indiretamente, contribuirá para o sucesso ou possível falha no tratamento. (BRASIL, 2010)

É totalmente perceptível, na prática, através do estudo, a necessidade de atuação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar no acompanhamento a esses pacientes. Isso é fundamental para diagnosticar os fatores de risco impostos pelo tratamento, pela vida da pessoa que vive com a doença e pela organização do serviço e da equipe de saúde. Estudos mostram que os profissionais de saúde são citados pelos pacientes como sendo importantes pelas contribuições que oferecem na vida de cada um, principalmente voltadas ao apoio emocional. Os profissionais de saúde também podem ser citados como fontes de apoio informativo, pois oferecem sugestões, informações, conselhos e opiniões, de maneira formal ou informal. (CAIXETA, 2011)

Conclusão

Foi possível verificar que a maioria da amostra estudada relatou o esquecimento como principal fator que dificulta o seguimento do tratamento de forma efetiva. Seguido de falta de medicamento em casa, principalmente pelos pacientes que moram no interior do estado; e pelo uso de bebida alcoólica. Isso mostra que a importância de uma atuação profissional aborde todos os aspectos da vida do paciente submetido ao tratamento com antirretroviral. Cabe à equipe de saúde procurar a melhor forma de identificar os pacientes que apresentam o referido risco, para buscar a melhor estratégia de atuar na melhoria do conhecimento de tais pacientes à cerca do tratamento e da própria doença com a finalidade de melhorar a adesão ao tratamento.

Referências

- BLATT, C.R.; CITADIN, C.B.; SOUZA, F.G.; MELLO, R.S.; GALATO, D. Avaliação da adesão aos anti-retrovirais em um município no Sul do Brasil. Rev Soc Bras Med Trop [periódico na internet]. 2009 abr [acesso em 2014 Fev 6]; v.42, n.2, p.131-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v42n2/v42n2a07.pdf>
- BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil : coletânea de estudos do Projeto Atar : Projeto Atar / Ministério da Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL, Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV: 2008. 7a Ed. - Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRITO, A.M.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. Rev Assoc Med Bras [periódico na internet]. 2006 mar/abr [acesso em 2014 Fev 7]; v.52, n.2, p.86-92. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n2/a17v52n2.pdf>
- CAIXETA, C.R.C.B. et al. Social support for people living with Aids. Rev enferm UFPE on line [periódico na internet]. 2011 out [acesso em 2014 jun 30]; v.5, n.8, p.1920-30. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1866/pdf_653
- CRESPINO-FIERRO, M. Compliance/adherence and care management in HIV disease. J Assoc Nurses AIDS Care [periódico na internet]. 1997 July/August [acesso em 2014 Fev 7]; v.8, n.4, p.43-54. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&nextAction=lnk&base=MEDLINE&exprSearch=9260150&indexSearch=UI&lang=i>
- PATERSON, D.L. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Annals of internal medicine [periódico na internet]. 2000, n.133 (2000), p. 21-30.
- SOUZA, S. Os discursos de adesão ao tratamento de Aids: uma reflexão ética. Revista - Centro Universitário São Camilo [periódico da Internet]. 2011 [acesso em 2014 Ago 6]; v.5, n.1, p.98-106. Disponível em: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/82/Art12.pdf>

Agradecimentos

Agradecemos aos pacientes que participaram da pesquisa e à equipe de saúde do Hospital Giselda Trigueiro pela atenção e colaboração durante as coletas de dados.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

FATORES PREDITORES PARA A INTERRUPÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO

Giovanna Karinny Pereira Cruz (apresentador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; giovannakarinnny@gmail.com

Luna Jamile Xavier Amaral – Universidade Estadual da Paraíba

Diana Paula de Souza Rego Pinto Carvalho – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Anna Larissa de Castro Rego – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Gabriela Assunção da Costa Mafra Souza – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Marcos Antonio Ferreira Júnior (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Aleitamento Materno. Saúde da Família. Desmame Precoce. Promoção da Saúde.

Resumo

Identificar os fatores que podem influenciar as mães a interromper o Aleitamento Materno Exclusivo antes dos primeiros seis meses de vida do lactente. Para tanto, entende-se que amamentar significa não somente um ato de amor, doação, proteção, mas também um desafio. Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa. As informações foram coletadas por meio de entrevista semiestruturada junto às mulheres que estavam em aleitamento materno e que realizaram o pré-natal em Unidades Básicas de Saúde da Família no município de Campina Grande - PB. O material foi analisado de acordo com a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A interrupção do aleitamento materno exclusivo ocorreu devido ao desconhecimento dos aspectos fisiológicos da lactação e despreparo das mães para identificar e buscar soluções frente às dificuldades que surgiram ao amamentar. Faz-se necessário uma melhor compreensão por parte da equipe de saúde, no que diz respeito aos fatores intrínsecos das mulheres, e com relação a uma ampliação das orientações e apoio ao aleitamento materno, com vistas principalmente a ajuda às nutrizas nas primeiras semanas pós-parto.

Introdução

Segundo o Ministério da Saúde, o Aleitamento Materno (AM) ocorre quando a criança recebe leite materno, direto da mama ou ordenhado, independentemente de ter recebido ou não outros alimentos. Considerado Aleitamento Materno Exclusivo (AME) quando a amamentação

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

não recebe a adição de outros líquidos ou sólidos, com exceção de vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos. O AM misto ou parcial ocorre quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite (BRASIL, 2011a). Recomenda-se que crianças de 0 a 6 meses de idade devem ser alimentadas exclusivamente com leite materno; e a partir dos seis meses, deve-se iniciar a introdução de novos alimentos de forma oportuna e saudável, manter o AM até o segundo ano de vida (BRASIL, 2012a). Segundo Faleiros (2005), evidências comprovam que a complementação do leite materno com água, chás ou sucos, nos primeiros seis meses de vida é desnecessária do ponto de vista biológico, mesmo em dias quentes e secos. A prática da amamentação aporta benefícios em curto e longo prazo para a saúde da nutriz e do lactente. É importante que as mulheres estejam conscientizadas quanto sua importância, pois o leite materno é a primeira alimentação a ser recomendada para a promoção da saúde e adequado desenvolvimento infantil (BRASIL, 2012a). É pertinente considerar que apesar dos avanços nos índices de AM dos últimos anos e o aumento da disponibilidade e acesso às informações, observa-se ainda a dificuldade de se manter a amamentação com exclusividade (BONGIOVANNI, 2006). Constitui um grande desafio para os profissionais de saúde que devem ajudar a mulher a estabelecer e manter essa prática. Assim, é importante conhecer as particularidades das mães e definir os motivos que as levam ao desmame precoce, para que de forma mais direta possam ser traçadas ações educativas e de saúde durante o pré-natal nas consultas puerperais e nas consultas de puericultura. Objetivou-se identificar os fatores que podem influenciar as mães a interromper o Aleitamento Materno Exclusivo antes dos primeiros seis meses de vida do lactente.

Metodologia

Estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, realizado na cidade de Campina Grande-PB, localizada no interior do estado da Paraíba, região nordeste brasileira. Campina Grande possui 96 Equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), distribuídas em todos os distritos sanitários, com cobertura de 87% da área urbana. O estudo desenvolveu-se em duas Unidades Básicas de Saúde da Família do Distrito Sanitário I, a saber: UBSF Hênio Azevedo e UBSF José Pinheiro I, o qual a última era composta por duas equipes de saúde da família. Participaram do estudo mulheres maiores de dezoito anos que estavam em AM e realizaram o Pré-natal em Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSFs) no município estudado. Destas, optou-se apenas pelas mulheres que estavam no período compreendido entre um e seis meses após o parto em AME ou misto. Os dados foram coletados por meio da observação participante e entrevista semiestruturada e a análise temática de conteúdo teve como base o referencial de Bardin (2009) que pressupõe três etapas: pré-análise, descrição analítica e interpretação inferencial. O processo de pesquisa iniciou-se após aprovação de protocolo de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme nº. CAAE 0441.0.133/2012, de acordo com os princípios éticos dispostos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b).

Resultados e Discussão

Foram entrevistadas 14 nutrizas com faixa etária entre 20 a 38 anos, dessas 03 estavam em AME, 11 em AM Misto, com destaque para duas primíparas. A faixa etária dos lactentes variou de 09 dias a 06 meses de idade. O ato de amamentar pode ocorrer de forma natural ou pode envolver situações que geram ansiedade na nutriz, o que exige medidas que possam contornar os problemas e consequentemente proporcionar prazer e bem estar tanto para a mãe como para a criança no momento da amamentação. Diante dos relatos, nota-se que as dificuldades mencionadas pelas mulheres foram desde a crença na produção de pouco leite e leite fraco até as intercorrências mamárias.

Categoria 1: Fatores preditores para a interrupção do aleitamento materno exclusivo

Subcategoria 1.1: Recusa do bebê em sugar a mama

Dentre as dificuldades apontadas pelas mães no ato de amamentar, a recusa do bebê em sugar a mama e a preferência por uma mama em detrimento a outra foi relatada.

“Ela com 12 dias comeu massa já. Porque ela não queria o peito. Ela não aceitava de jeito nenhum. Meus peitos inchados, duros e ela não aceitava. Ela veio pro peito quando já tinha mais de um mês. E mesmo assim, só com o direito. Com o passar do tempo foi que ela aceitou o esquerdo.” (E4)

De acordo com os estudos de Vaucher (2005), nos primeiros dias após o nascimento a criança pode relutar em querer sugar o seio, um dos motivos seria a adaptação na rotina de mãe e filho, assim como o uso de bicos e chupetas e a posição desconfortável do bebê ao mamar.

A recusa do bebê em sugar apenas uma das mamas pode ocorrer por diversos motivos, como a diferença entre os mamilos, o fluxo de leite e a alteração no posicionamento do bebê em um dos lados, o que pode levar ao desconforto no momento da amamentação (BRASIL, 2011b).

Tais situações podem ser prevenidas com a orientação dos profissionais de saúde, que devem estar atentos a todo o processo de amamentação.

Subcategoria 1.2: Mitos e crenças relativos ao Aleitamento Materno Exclusivo

O contexto sociocultural interfere na forma como as mulheres agem e pensam no período pós-parto. Há uma série de mitos e crenças relacionados com o ato de amamentar que influencia diretamente na introdução precoce de outros líquidos, como os chás e a água. É o que pode ser observado nas seguintes falas:

“Sinceramente, eu não estou dando [água] porque tá um tempo assim [clima frio]. Mas quando tá muito quente eu dou, a mais velha eu dei...” (E3)

“Eu dou um chazinho de vez em quando.” (E9)

“Sim, eu dou água.” (E10)

“Eu dou água. Chá eu não dou.” (E12)

“Só o leite do peito. E eu dou água também.” (E1)

“Tem dificuldade pra chegar o leite. Eu queria que tivesse mais. Fico ansiosa.” (E3)

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

De acordo com o estudo de Teixeira (2006), o leite materno contém água em quantidade suficiente, mesmo nos dias que prevalece o clima quente e seco. Vaucher (2005) destaca que a ingestão de água e chás acarreta uma sucção inadequada do seio materno, pois o estômago do bebê estará cheio. Além de ser prejudicial ao organismo do recém-nascido, que não possui rins preparados para receber grandes volumes de líquidos.

Sabe-se que o uso de chás e água nos primeiros meses de vida da criança consiste numa prática rotineira, ou seja, as nutrizes ainda acreditam na cultura do leite “fraco”, que não satisfaz todas as necessidades do bebê, além da sede.

Subcategoria 1.3: Intercorrências com o neonato

As condições de nascimento da criança e o pós-parto podem influenciar negativamente no processo de amamentação. Nesse contexto, as intercorrências com o neonato foram apontadas como um dos motivos que contribuiu para a interrupção precoce do AME:

“Meu bebê ficou na maternidade por três dias na fototerapia aí eu tive que oferecer ao bebê leite NAN® e leite materno.” (E3)

As rotinas dos hospitais e o despreparo dos profissionais de saúde sobre o AM podem causar uma influência negativa no estabelecimento da amamentação (MANCINI, 2004). Segundo os estudos de Vannuchi et al. (2004), é importante mostrar às mulheres como iniciar e manter a lactação em recém-nascidos que necessitam de tratamento e cuidados especiais para que o bebê possua melhores condições de assistência e de vida à partir do nascimento.

O encorajamento à manutenção do AM por parte dos profissionais da unidade hospitalar é essencial durante a fototerapia, além de proporcionar um maior vínculo entre mãe e o bebê, bem como pode evitar o -desmame precoce ainda na maternidade.

Subcategoria 1.4: Intercorrências Mamárias

As intercorrências mamárias são comuns no pós-parto e estão muito relacionadas à pega e/ou posicionamento inadequado da criança ao mamar. Nesse ínterim, emergiram os seguintes relatos:

“Ficou um ferimento. E demorou pra chegar o leite.” (E5)

“Meu bico estava todo ferido, aí quando ele disse isso, eu me desesperei.” (E3)

“Só uns ferimentos no bico do peito.” (E11)

De acordo com Araújo (2008), o aparecimento da dor durante o aleitamento contribui para a efetivação do desmame precoce. Algumas medidas podem ser tomadas para prevenir os traumas, como a técnica adequada de amamentação, exposição dos mamilos à luz solar, realização da ordenha manual quando a mama estiver ingurgitada e manutenção dos mamilos secos e limpos (BRASIL, 2011a).

Tais medidas seriam realizadas com maior êxito quando a nutriz possui apoio familiar e profissional, desta forma, supera mais rapidamente o desconforto e amamenta de forma tranquila.

Conclusão

Percebe-se que apesar do acompanhamento da equipe de saúde da família, a interrupção precoce do AME é predominante.

Os fatores que influenciaram as nutrizes a interromper o AME antes dos primeiros seis meses de vida do lactente foram relacionados ao desconhecimento dos aspectos fisiológicos da lactação e o despreparo das mesmas para identificarem e buscarem soluções frente às dificuldades que surgiram ao amamentar.

Diante desse contexto, torna-se necessário reconhecer que, por ser uma prática complexa, o AM não deve ser reduzido apenas aos aspectos biológicos, mas incluir a valorização dos fatores psicológicos e socioculturais.

Assim, o estudo possibilitou observar a importância de uma melhor compreensão por parte da equipe de saúde, no que diz respeito aos fatores intrínsecos das mulheres. A promoção da saúde é fator determinante por meio da educação, pois visa um apoio em especial às nutrizes nas primeiras semanas do pós-parto com intuito de melhores resultados do AME nos primeiros seis meses de vida do recém nascido.

Espera-se que o estudo contribua para o planejamento de ações com vistas à prevenção da interrupção precoce do AME, um dos principais instrumentos para a promoção da saúde infantil.

Referência

ARAÚJO, O.D. et al. Aleitamento materno: fatores que levam ao desmame precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 61, n. 4, p. 488-492, 2008.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 20ª ed. Lisboa: Edições 70 ; 2009.

BONGIOVANNI, R. G.. **Aleitamento Materno e Programa Saúde da Família** – A Prática do Aleitamento Materno de Crianças de 0 a 6 meses cadastradas em Núcleos de Saúde da Família do município de Ribeirão Preto. [dissertação] Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde**. v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Rede Amamenta Brasil: os primeiros passos (2007–2010)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Aleitamento materno, distribuição de fórmulas infantis em estabelecimentos de saúde e a legislação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

FALEIROS, J. J. et al. Avaliação do impacto de um programa de puericultura na promoção da amamentação exclusiva. **Caderno de Saúde Pública**. v. 21, n. 2, p. 482-489, 2005.

MANCINI, P. G. B.; MELÉNDEZ, G. V. Aleitamento materno exclusivo na alta de recém-nascidos internados em berçário de alto risco e os fatores associados a essa prática. **Jornal de Pediatria**, v. 80, n. 3, 2004.

TEIXEIRA, M. A.; NITSCHKE, R.G.; DE GASPERI, P.; SIEDLER, M. J. Significados de Avós Sobre a Prática do Aleitamento Materno no Cotidiano Familiar: A Cultura do Querer-Poder Amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n.1, p. 98-106, 2006.

VANNUCHI, M.T.O. et al. Iniciativa Hospital Amigo da Criança e aleitamento materno em unidade de neonatologia. **Revista Saúde Pública**, v. 38, n. 3, 2004.

VAUCHER, A.L.I.; DURMAN, S. Amamentação: Crenças E Mitos. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Paraná, v. 7, n. 2, p. 207–214, 2005.

Agradecimentos

Agradecimentos às equipes de Saúde da Família e a todas as mulheres que contribuíram para realização do estudo.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

FATORES QUE INTERFEREM NA SAÚDE DO HOMEM: AÇÕES DESENVOLVIDAS NO GRUPO TERÇO DOS HOMENS EM FORQUILHA

1. Davi Rodrigues de Souza (apresentador) – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA). Email: davi_rsouza@hotmail.com
2. Rondnelis Fernandes Pompeu – discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
3. Robert Fagner Cavalcante Carneiro - discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
4. Josiléia Félix Magalhães - discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
5. Glaís Rodrigues Batalha - discente de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).
6. Rebeca Sales Viana (orientador) – docente do curso de Enfermagem da Universidade Estadual vale do Acaraú (UVA).

Palavras-chave: Saúde do Homem. Promoção da Saúde. Grupos.

Resumo

Muitas são as causas que afastam os homens pela busca aos serviços de saúde que vão desde a ideia de invulnerabilidade às doenças até a falta de estrutura dos equipamentos de saúde para receber esse público, bem como horários de atendimento condizentes com a realidade dos homens. Este trabalho, portanto, objetiva analisar os fatores que interferem na saúde do homem e realizar intervenções promotoras de saúde em um grupo de oração (Terço dos Homens) no município de Forquilha, Ceará. Dentre os resultados alcançados no trabalho percebe-se que muitos homens do grupo estudado desconheciam a importância da prevenção das doenças e agravos que podem acometer sua saúde. Por meio de encontros de educação e promoção à saúde foram abordados temas como saúde do homem, saúde mental, explanação sobre a próstata e seus distúrbios, bem como houve divulgação das ações e ação de educação a saúde por meio de programa radiofônico a todo o município de Forquilha, beneficiando aos seus munícipes. Por meio do estudo percebe-se que desenvolvendo ações de forma lúdica e participativa pode-se transformar a realidade da saúde do homem no meio em que este vive, melhorando assim sua qualidade de vida e de sua família.

Introdução

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

As questões de gênero causam grande repercussão na sociedade e envolvem diversos campos do conhecimento, dentre eles a área da saúde, que vem cada vez mais buscando meios e programas relevantes com o objetivo de tornar a atenção da saúde igual para homens e mulheres, pois observa-se ainda hoje, maior participação da mulher nos serviços prestados pela rede de saúde em comparação com os homens.

Os fatores que contribuem para a menor participação dos homens nos serviços de saúde são os mais diversos possíveis, prevalecendo a ideia de que o homem é invulnerável as doenças e agravos. Outras causas envolvidas no processo da pequena presença dos homens nos serviços de atenção básica da saúde incluem os horários de atendimento da UBS, incompatíveis com o tempo dos homens, que na maioria das vezes trabalham durante o dia para sustentar sua família; constrangimento ao frequentar o serviço, por considerarem este espaço mais voltado para a atenção da saúde feminina, além da prevalência de profissionais femininas nestes espaços; a estrutura dos serviços prestados, que ainda são insuficientes para atender ao público masculino; e o desconhecimento por parte do homem quanto à importância de sua saúde (RODRIGUES; RIBEIRO, 2012).

Os motivos responsáveis pela participação reduzida de homens na rede de atenção básica de saúde são preocupantes e se constituem em verdadeiro problema de saúde pública, uma vez que, esses sujeitos recorrem preferencialmente a instituições que ofereçam soluções imediatas como as farmácias ou emergências de hospitais. Isso reflete nos números no qual apontam que 60% das mortes do Brasil ocorrem com os homens, sendo que a cada 3 pessoas que morrem, 2 são do sexo masculino e a expectativa de vida dos homens é inferior a das mulheres em sete anos (LEÃO, 2011).

Segundo Silva et al. (2010), uma das possibilidades de ação para envolver e motivar os homens a cuidar de sua saúde seria organizar atividades assistenciais de profissionais e acadêmicos de saúde nos diversos espaços que esse público frequenta. Alguns dos locais sugeridos são o seu ambiente de trabalho, estádios de futebol, em seus lares, sindicatos, grupos e outros que são frequentados na maioria das vezes por homens. Um dos espaços frequentados somente por sujeitos do sexo masculino vem a ser o grupo do Terço dos Homens, movimento religioso criado na década de 1950 que ocorre em todo o Brasil, inclusive no município de Forquilha – Ceará.

Sabendo que, em sua grande maioria, o homem pouco valoriza a procura do serviço de saúde, salvo esteja sintomaticamente afetado por alguma patologia, e que os grupos de homens organizados representam uma ótima oportunidade para realização de trabalhos de sensibilização, orientação e diversos tipos de intervenções promotoras da saúde, justifica-se a pesquisa direcionada a esse grupo específico. Este estudo é relevante uma vez que há necessidade de ampliação de intervenções que venham a melhorar a qualidade de vida dos homens, buscando-se analisar e conhecer meios que possam motivar a participação desse público nos serviços de saúde.

Metodologia

Pesquisa de natureza exploratório-descritiva com abordagem qualitativa do tipo pesquisa-ação. O local do estudo foi o Salão Paroquial do município de Forquilha, Ceará, instituição fundada nos anos 1980 do século XX e que tem como objetivo a realização de todos os trabalhos da pastoral da paróquia de Forquilha e movimentos da comunidade.

O universo da pesquisa foi um grupo composto por 70 pessoas do sexo masculino integrantes do grupo Terço dos Homens do citado município. A amostra foi composta por 30 participantes do grupo em questão, selecionados por critérios de intencionalidade e vulnerabilidade social, dentre elas a disponibilidade, grau de escolaridade e vulnerabilidade biológica como idade (50 a 65 anos), fatores de risco a saúde dessa população como problemas cardíacos, respiratórios, geniturinários e psicológicos, citados pelos homens e considerados relevantes pelos pesquisadores e participantes.

A pesquisa foi desenvolvida nos meses de abril a julho de 2014. Os dados foram colhidos por meio da observação participante e utilização de formulários aplicados individualmente aos membros do grupo, além da utilização de diários de campo em cada visita promovida. A análise dos dados foi realizada por meio de análise de conteúdo das pesquisas com abordagem qualitativa. Como critério de análise realizou-se a categorização dos dados obtidos, baseados nos temas das quatro ações realizadas. O estudo obedeceu a resolução 466/2012 que preza pelos princípios da bioética.

Resultados e Discussão

Na primeira categoria do estudo intitulada Conhecendo Perfis: Um olhar para os homens do terço, o objetivo foi conhecer o perfil sociodemográfico dos sujeitos por meio de formulário com questões que abordavam as informações pessoais e a percepção sobre saúde que os homens apresentavam. Os resultados mostraram que a faixa etária dos homens do grupo era de 15 a 80 anos, onde a maioria deles possuía ensino fundamental incompleto e muitos trabalhavam durante o dia. Quanto a percepção sobre a saúde a maioria relatou que procuravam pelos serviços poucas vezes no ano, apenas quando estavam doentes, e isso segundo eles é ocasionado devido a falta de tempo. Relataram que os principais problemas que acometem o público masculino eram o câncer de próstata, problemas cardíacos, estresse e disfunção sexual.

Averiguou-se também pelo formulário os dados pessoais de cada membro do grupo para se identificar os hábitos de vida dos indivíduos. A maioria deles respondeu ser usuário de tabaco, ter ingerido bebida alcoólica e não praticarem exercícios físicos. Poucos eram diabéticos, mas havia um número considerável de hipertensos, cerca de 50% dos entrevistados. Quanto aos hábitos alimentares eles responderam que se alimentavam de todo tipo de alimentos, mesmo os hipertensos relataram isso, evidenciando uma falta de orientação alimentar ou mesmo de cuidados com uma alimentação adequada.

Questionou-se também quanto a realização de prevenção do câncer de próstata através de exames, onde os a maioria deles, cerca de 70%, relatou não ter feito qualquer tipo de exame preventivo. Daqueles que realizaram exames, a maioria relatou ter feito o exame PSA (Antígeno Específico da Próstata), exame marcado pela inconclusão nos resultados. Ao fim da análise dessa categoria percebe-se que os indivíduos do grupo Terço dos Homens apresentavam percepções sobre a procura dos serviços em saúde muito semelhantes a de outros homens da sociedade, ou seja, procuravam por serviços de saúde de acordo com a gravidade dos sintomas que sentiam e não para prevenção de doenças e agravos. Percebe-se também que as instituições de saúde precisam se adequar ao atendimento desse público, principalmente em relação a horários de atendimento.

Na segunda categoria do estudo, de caráter interventivo e denominada de Cordel de Concepções na Saúde do Homem e um Olhar para a Saúde Mental foi elaborado um cordel de poesias e fantoches em que se apresentou aos integrantes do grupo os conceitos de saúde do homem e saúde mental, bem como meios de diminuir o estresse gerado pelo cotidiano de vida desses sujeitos. A partir disto foi repassado aos homens que a saúde mental dos mesmos estava relacionada também a ausência de fatores estressantes em seu cotidiano como problemas no trabalho, com a família, dentre outros. Os homens foram orientados a realizarem atividades que promovessem bem-estar e amenizassem a ocorrência do estresse em seu dia-a-dia, como a prática de exercícios físicos, atividades de lazer dentre os quais momentos culturais com a família e amigos, além da tolerância e paciência em ambientes estressantes como no trabalho. Dessa forma

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

eles puderam compreender novas formas de se melhorar sua saúde mental o que repercutiria em sua saúde física e com certeza numa melhor qualidade de vida.

A terceira categoria chamada de Roda Interativa: discussão sobre próstata e disfunção sexual, também de caráter interventivo, analisou as percepções dos homens sobre os cuidados preventivos quanto a distúrbios da próstata, hiperplasia prostática e câncer dessa glândula, além de explanação sobre a disfunção sexual. Por meio de ação educativa com os membros do grupo foi apresentada a fisiologia e anatomia do aparelho geniturinário, destacando-se a próstata. Houve apresentação de palestra e peças teatrais com interação mútua entre a equipe apresentadora e os homens. Procurou-se desmistificar os preconceitos existentes no que diz respeito ao exame de toque retal, importante exame preventivo para avaliação da próstata. Como resultados os sujeitos compreenderam a importância de se procurar pelos serviços de saúde de modo a prevenir quaisquer problemas futuros que acometam a próstata, bem como houve apresentação de relatos de experiências entre alguns homens que já haviam realizado tratamento contra hiperplasia prostática e que aconselharam os outros membros a cuidarem de sua saúde em todos os momentos da vida.

A participação dos homens nessas temáticas foi satisfatória para a equipe, pois apesar de ser um grupo composto em sua maioria por idosos, percebeu-se que estes se encontravam bem informados e abertos para conversa, sempre atentos às orientações e atuantes na realização de questionamentos sobre as temáticas abordadas nos encontros. Por esta ação podemos alcançar alguns de nossos objetivos nesse encontro, dentre estes, o incentivo ao serviço de saúde e a conscientização da importância na prevenção de doenças da próstata. A última categoria intitulada Promoção da saúde levada pelas ondas do rádio, marcou o fim das intervenções, mas dessa vez as abordagens de promoção à saúde do homem foram levadas para todo o município por meio de um programa radiofônico. Objetivou-se assim divulgar as ações realizadas no grupo Terço dos Homens e principalmente levar conhecimento sobre a saúde do público masculino em diversas temáticas a todos os munícipes. Apresentou-se no programa de rádio os objetivos que levaram o grupo idealizador da pesquisa a realizar o trabalho, os motivos que dificultavam a presença dos homens nos serviços de saúde, os problemas de saúde que mais acometiam esse gênero, esclarecimentos sobre a próstata como prevenir o câncer, bem como reflexões sobre a saúde do homem.

Conclusão

Por meio da pesquisa realizada nossa equipe alcançou os objetivos destacados no início deste trabalho. Percebe-se que a enfermagem como a ciência do cuidar pode levar através de intervenções muitas contribuições como orientações e sensibilização do homem para que este venha realizar o seu autocuidado.

A partir dos questionamentos, como também das arguições dirigidas à equipe pelos homens do terço identificou-se os principais problemas destacados pelo grupo pesquisado, nos quais podem ser citados a hipertensão arterial, a disfunção erétil, a falta de informação acerca de exames preventivos como exame físico da próstata e teste de PSA, e outros que foram trabalhados e discutidos pelo grupo durante os encontros. Pelas discussões feitas e por meio da participação ativa e dos diálogos dos homens nas atividades pôde-se incentivar estes a conhecer a importância da prevenção e do autocuidado em suas vidas.

Ficou claro para eles, evidenciando-se pelas falas e pelas interações, que os participantes da pesquisa manifestaram desejo de participar e esclarecer as dúvidas existentes sobre os temas que eles mesmos solicitaram. Pelos depoimentos de alguns verificou-se o interesse em buscar interagir mais com o serviço de saúde do município, bem como, buscar viver saudavelmente reduzindo os fatores de riscos a que muitos deles se expõem. Percebe-se ainda que a saúde pode ser promovida através de atividades educativas e lúdicas e que um dos principais locais para se desenvolver estas atividades são os ambientes religiosos onde alguns homens frequentam regularmente, fazendo deste um local oportuno para educação em saúde. Deste modo, ressalta-se que os objetivos foram alcançados, pois além de se intervir de alguma forma na vida de cada um dos participantes, por meio da orientação prestada, foi possível motivar os participantes do grupo ao autocuidado e à prevenção, visto que esta é também uma forma de promoção da saúde.

Referências

LEÃO, C. C. C. M. O Enfermeiro na Promoção da Saúde do Homem. Projeto de TCC II apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Assis Gurgacz-FAG de Cascavel-PR, 2011. Disponível em <<http://www.fag.edu.br/sis/upload/graduacao/tcc/5138d7d461847.pdf>> Acesso em 30 de Maio de 2013.

RODRIGUES, J. F; RIBEIRO, E. R. O Homem e a Mudança de Pensamento em Relação à sua Saúde. Caderno Saúde e Desenvolvimento | ano 1 n.1 | jul-dez 2012. Disponível em <www.grupouninter.com.br/revistasauade/.../cadernosaudedesenvolviment..> Acesso em 30 de Maio de 2013.

SILVA M. E. D. C. et. al. Resistência do Homem às Ações de Saúde: Percepção de Enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. Revista Interdisciplinar NOVAFAPI, Teresina. v.3, n.3, p.21-25, Jul-Ago-Set- 2010. Disponível em <http://www.novafapi.com.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v3n3/pesquisa/p3_v3n3.pdf> Acesso em 30 de Maio de 2013.

Agradecimentos

Em primeiro lugar a Deus por nos proporcionar momentos relevantes como esse. Agradecemos especialmente ao senhor Mex, coordenador do Grupo Terço dos Homens por sempre estar disposto a ajudar nossa equipe com sugestões para as ações e a abertura do espaço para a realização das ações de promoção à saúde com os homens. Agradecemos também a todos os homens do grupo que foram bastante receptivos e atenciosos colaborando com a indicação de temas e interagindo ativamente com nossa equipe. Nossos agradecimentos irão também para o pároco de Forquilha Agnaldo Timóteo da Silveira por autorizar a realização da pesquisa no salão paroquial. Agradecemos a grande colaboração e orientação da professora Rebeca Sales Viana que nos deu dicas valiosas para o desenvolvimento da pesquisa e organização de nossas atividades.

FATORES QUE INTERFEREM NO ACOMPANHAMENTO DOS CASOS DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR PELOS CONSELHEIROS TUTELARES

Ana Luiza e Vasconcelos Freitas – Universidade de Fortaleza – UNIFOR. E-mail: analuiza_vf@hotmail.com

Samira Valentim Gama Lira – UNIFOR

Gerarda Maria Araújo Carneiro – UNIFOR

Poliana Hilário Magalhães – UNIFOR

Deborah Pedrosa Moreira – UNIFOR

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira – UNIFOR

Palavras-chave: Violência. Criança. Adolescente. Conselho tutelar.

Resumo

O Conselho Tutelar é um órgão autônomo, público e municipal que tem a função de intervir, notificar e acompanhar os casos suspeitos e confirmados de violência contra a criança e o adolescente. O objetivo desse estudo foi analisar os fatores que interferem nos acompanhamentos dos casos de violência intrafamiliar realizados pelos conselheiros tutelares da Região Metropolitana de Fortaleza. Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizada com 54 conselheiros tutelares da Região Metropolitana de Fortaleza. Utilizou-se um questionário e os dados foram analisados pelo programa de estatística SPSS onde foram submetidos ao teste Qui-quadrado de Pearson ($p < 0,05$). Dentre os fatores que interferem no trabalho do conselho tutelar foram analisados os trabalhos anteriores ao conselho tutelar ($p = 0,020$), a sala de atendimento ($p = 0,020$) e a mobília ($p = 0,055$) não foi significativa, mas sabemos a importância de se ter uma sala e equipamentos para ser realizado um trabalho de qualidade. Ouvir falar da rede ($p = 0,041$), para que se tenha um acompanhamento efetivo dos casos. Dos serviços das redes foi significativa o setor da saúde ($p = 0,041$), a ação social ($p = 0,020$) e jurídico ($p = 0,020$). E realizar medidas protetoras ($p = 0,043$) observamos a sua relevância, já que é o passo inicial para a prevenção dos casos de violência. Diante do exposto, podemos analisar que ao conhecer os fatores que interferem nas ações dos conselheiros é necessário a promoção de estratégias para melhorar nos seus serviços.

Introdução

O Conselho Tutelar (CT) é um órgão público e municipal, com características independentes e permanente, criado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), intervindo sempre que o direito da criança e do adolescente for ameaçado ou violado (BRASIL, 2002).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

E sendo assim, em cada município e Distrito Federal tem que haver pelo menos um Conselho Tutelar, para cada 100.000 habitantes para garantir igualdade de acesso a população, e deve possuir em cada sede cinco conselheiros (CONANDA, 2007).

Dentre suas responsabilidades devem acompanhar os casos suspeitos ou confirmados de violências, indicando as medidas de proteção necessárias, requisitando serviços públicos nas áreas de saúde, educação, serviço social, previdência, trabalho e segurança, encaminhando as vítimas e famílias ao Ministério Público (BRASIL, 2002).

Além disso, o conselheiro deve identificar as especificidades de cada caso acerca da violência intrafamiliar, sendo necessário um atendimento personalizado e requerer encaminhamentos adequados para a solução do problema (CONANDA, 2007). Esses encaminhamentos são uma ou mais medidas protetivas, devendo o conselheiro requisitar serviços públicos na área de Saúde, Educação, Serviço Social, Previdência, Trabalho e Segurança Pública (ARAGÃO, 2011).

Nesse contexto, o objetivo desse estudo é analisar os fatores que interferem nos acompanhamentos dos casos de violência intrafamiliar realizados pelos conselheiros tutelares da Região Metropolitana de Fortaleza. Sendo relevante, pois ao conhecermos esses fatores de interferência torna-se claro para contribuir na promoção de estratégias para que essa interferência diminua.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal de abordagem quantitativa, realizado na Região Metropolitana de Fortaleza, englobando os municípios Fortaleza, Itaitinga, Horizonte, Chorozinho, Eusébio, Aquiraz, Pindoretama, Maracanaú, Caucaia, São Gonçalo do Amarante, Pacatuba e Guaiúba. Realizou-se nos conselhos tutelares que conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990), cada conselho deve possuir cinco conselheiros tutelares. Cada município possui apenas um conselho tutelar, com exceção de Fortaleza que possui 6 e Caucaia que possui 2, mas para a realização dessa pesquisa, em Fortaleza apenas 3 aceitaram em participar e em Caucaia apenas 1. Então a amostra da pesquisa equivaleu ao universo que são de 14 conselhos tutelares com 54 conselheiros. Considerando que o ECA (1990) preconiza requisitos para ser conselheiro tutelar (idade superior a 21 anos, residir no município onde o conselho tutelar tenha sede), o estudo limita-se definir como critério de inclusão a participação espontânea na pesquisa. Serão excluídos os conselheiros que estiverem em gozo de férias, licenças e não aceite participar do estudo.

A coleta dos dados transcorreu durante o mês de janeiro a julho de 2014 e o instrumento de coleta de dados foi um questionário com variáveis a cerca das características sociodemográficas e econômicas, características profissionais, estrutura de trabalho, participação sociopolítica e violência intrafamiliar. A partir dos questionários foi montado um banco de dados no programa Statistical Package for the Social Sciences – SPSS versão 16.0 para trabalhar as frequências simples e realizar o teste não paramétrico de associação (Qui-quadrado de Pearson) assumindo o nível de significância de 95% ($p < 0,05$).

Para a coleta de dados foi solicitado aos participantes a permissão documental através do termo de consentimento livre e esclarecido. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Fortaleza – UNIFOR e aprovado com o nº456.783.

Resultados e Discussão

Diversos fatores interferem nas ações dos conselheiros tutelares para que possam garantir o direito da criança e do adolescente, e dentre essas ações destaca-se o acompanhamento dos casos de violência intrafamiliar, que são muito notificados no CT.

Por isso, os conselheiros que antes de assumir o cargo possuíam experiência profissional com crianças e adolescentes supõem-se possuir uma maior facilidade, pois já conhecem como esse grupo se comporta favorecendo o acompanhamento na rede de apoio.

Neste estudo, identificamos uma associação direta dos trabalhos anteriores ao conselho tutelar ($p = 0,020$) no acompanhamento dos casos. Conforme o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) (2007) é preciso atentar para o fato de que a experiência dos trabalhos anteriores não é garantia absoluta de um adequado desempenho da função de membro do Conselho Tutelar. Conforme a “experiência” que o candidato tiver, este poderá trazer ao Conselho conceitos e práticas equivocadas e indesejáveis ou que em nada irão contribuir para as atividades a serem desenvolvidas.

Para que o conselheiro possa executar sua prática e saberes no enfrentamento da violência intrafamiliar, é necessária uma estrutura física e condições de funcionamento adequadas.

Ou seja, os recursos necessários à instalação e adequado funcionamento do CT devem constar do orçamento municipal e gozar de absoluta prioridade na sua execução (CONANDA, 2007). Assim, o município deve garantir seu funcionamento permitindo a garantia dos direitos da criança e do adolescente.

Em relação à estrutura física o fator que interferiu foi a sala de atendimento ($p = 0,020$) e a mobília ($p = 0,055$) não foi significativa, mas possuiu um valor próximo à associação, já que para se ter um bom atendimento é necessário uma sala e que a mesma esteja equipada para receber a criança e/ou adolescente e sua família.

A sala de atendimento deve ser individualizada, garantindo privacidade (BRASIL, 2010), onde cada conselheiro deve possuir a sua para poder realizar suas atividades. Contudo, podemos afirmar que se não há uma sala para atender as pessoas que foram expostas a situações de violência, como que elas teriam o suporte ou apoio e como iriam ter a confiança de contar o que lhes aconteceu se não tem um ambiente apropriado para isso.

É imprescindível que se tenha equipamentos para que ocorra uma atuação adequada dos conselheiros principalmente para o acompanhamento dos casos. Como eles conseguiriam realizar as notificações dos casos sem suporte adequado, realizar um atendimento eficaz sem equipamento para receber as denúncias e assim poder realizar as atuações conforme cada caso.

Assim, pesquisa realizada no CT de Uberaba relata que dentre as diversas dificuldades na prática do conselheiro, a ausência de alguns equipamentos impediam de informar os dados coletados e que só recentemente conseguiram ter acesso a internet e a instalação do Sistema de Informação para Criança e o Adolescente (SIPIA), assim impedindo que os dados gerados pelo conselho a nível local fossem consolidados (ARAGÃO, 2011).

Além dos conselheiros possuírem uma estrutura física e funcionamento adequado, os mesmos devem saber trabalhar com os diversos serviços que apoiam a criança e o adolescente em situação de violência. Recentemente o Ministério da Saúde (2010) descreveu a rede de apoio e proteção à criança, adolescente e sua família em situação de violência, por isso o conselheiro deve conhecê-la, pois dentre suas ações está requisitar serviços públicos e acompanhar a criança e/ou adolescente nesses serviços.

Nesta pesquisa, ouvir falar da rede ($p = 0,041$) foi significativa, pois a rede é primordial para que ocorra um encaminhamento dos casos de violência intrafamiliar ao conselho ou então do conselho as redes. Dentre os serviços da rede temos a saúde, a assistência social, a educação, a segurança pública e o sistema judiciário.

Nesta pesquisa, identificamos que dentre os serviços da rede foi significativo possuir uma parceria com o setor da saúde ($p = 0,041$), ação social ($p = 0,020$) e jurídico ($p = 0,020$). Isso pode estar associado por ser os setores que o conselheiro possui uma maior vinculação, em contra partida possuindo uma acessibilidade para o acompanhamento dos casos.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Em relação ao conselheiro trabalhar com os serviços da rede, identificamos que trabalhar com os setores da educação ($p=0,040$), ação social ($p=0,020$) e segurança pública ($p=0,020$) foram significantes em acompanhar os casos de violência intrafamiliar.

Sant' André (2008) identificou que a escola é uma das instituições mais importantes de se identificar casos de violência intrafamiliar contra criança, por ser uma instituição em que ela convive diariamente com os profissionais, podendo estes descobrirem os casos de violações. Foi observado por Souza *et al.* (2003) que os conselheiros trabalham nas escolas realizando palestras informando sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e sobre o funcionamento do Conselho Tutelar.

A vinculação administrativa do CT com a área da assistência social, na maioria dos municípios, e a vulnerabilidade à violação de direitos da população elegível dos programas assistenciais estabelecem uma relação de grande proximidade do conselho com esse setor. Tal proximidade faz com que o conselho tutelar seja comumente confundido com um serviço de assistência social (ASSIS et al, 2009).

Atuando de maneira integrada com a segurança pública, o conselheiro poderá requisitar o acompanhamento e a ação policial, sempre que necessário para a proteção da criança e/ou do adolescente ou, ainda, para preservar a integridade física do conselheiro. Poderá, também, solicitar ao delegado o flagrante de delito ou a lavratura de boletim de ocorrência, sempre que encontrar criança e/ou adolescente em situação de grave risco, ou quando houver recusa para o cumprimento das suas determinações (BRASIL, 1990).

Detectamos que realizar medidas protetoras ($p= 0,043$) e um fator elevado de interferência, pois o conselheiro tem que atuar também com medidas preventivas de violência para a diminuição dos casos. Sendo assim, para o CONANDA (2007) os conselheiros consideram ser eficaz as suas medidas de proteção, mas as maiores barreiras é encontrar entidades que pratiquem essas medidas e atendem essas famílias. Essas medidas não garantem o ressarcimento da violência se não for acompanhada por entidades capacitadas.

Conclusão

Dentre os fatores que interferem nos acompanhamento dos conselheiros tutelares observamos que realizar as ações de proteção para que ocorra uma diminuição dos casos. Um fator de destaque é a parceria com os setores da rede, pois esses serviços notificam e encaminham os casos de violência intrafamiliar, e o conselheiro ouvir falar da rede foi significativo, pois analisamos que essas ações possuem uma maior interferência nesses acompanhamentos.

Contudo, é necessário o governo realizar investimentos nos conselhos tutelares e nos setores que compõem a rede, para que possam garantir a proteção dos direitos da criança e do adolescente, favorecendo os acompanhamentos dos casos e a execução de medidas preventivas para o enfrentamento da violência intrafamiliar.

Referências

ARAGÃO, Ailton de Souza. **Rede de proteção social e promoção de direitos:** Contribuições do conselho tutelar para a integralidade e a intersetorialidade (Uberaba-MG). 2011. 384f. Tese (Doutor em Ciências) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ASSIS, S.G. et al (orgs). **Teoria e prática dos conselhos tutelares e conselhos dos direitos da criança e do adolescente.** Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2009.

BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. Brasília- DF, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência a Saúde. **Notificação de Maus-Tratos Contra Criança e Adolescente pelos Profissionais de Saúde.** Brasília:DF. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE – CONANDA. **Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente e Conselho Tutelar:** orientações para criação e funcionamento / Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Brasília: Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente - CONANDA, 2007.

SANT' ANDRÉ, Roberta. **Competências, processos de escolha e capacitação de conselheiros tutelares.** 2008. 100f. Dissertação (Mestrado em Administração)- Faculdade de Ciências Empresariais da Universidade FUMEC, Belo Horizonte.

SOUZA, M. P. R. de; TEIXEIRA, D. C. da S.; SILVA, M. C. Y. G. da. "Conselho Tutelar": a new social alternative for the school failure?. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 8, n. 2, p. 71-82, 2003.

Agradecimentos

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

FATORES RELACIONADOS A FALHAS NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-HIPERTENSIVO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.

Kelly Fernanda Silva Santana – Escola de Saúde Pública do Ceará. kellyfernandassantana@hotmail.com
Anna Caroline Grangeiro Nascimento – Centro de Treinamento São Camilo Cariri
Maria de Fátima Vasques Monteiro – Universidade Regional do Cariri - URCA
Angélica Isabely de Moraes Almeida – Universidade Federal do Ceará - URCA
Maria Nizete Tavares Alves – Universidade Regional do Cariri - URCA
Célida Juliana de Oliveira – Universidade Regional do Cariri - URCA

Palavras-chave: Hipertensão. Cooperação do paciente. Promoção da saúde.

Resumo

Objetivou-se identificar os fatores relacionados a falhas na adesão ao tratamento anti-hipertensivo em pacientes acompanhados por uma Estratégia Saúde da Família. Estudo descritivo e quantitativo realizado entre setembro/2011 e junho/2012 com amostra de 34 hipertensos. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista estruturada, organizados em tabela e discutidos de acordo com a literatura pertinente. As causas mais citadas foram a não adesão ao exercício físico e a dieta recomendada, o esquecimento próprio e a falta de medicamentos no posto de saúde. Conclui-se que por meio da investigação dos fatores contribuintes para falhas na adesão, o enfermeiro poderá nortear ações necessárias à prevenção e promoção da saúde dessa clientela com perspectivas satisfatórias.

Introdução

A falha na adesão à terapêutica anti-hipertensiva é um dos problemas que repercutem no controle da hipertensão. De acordo com o Ministério da Saúde a hipertensão arterial é uma doença crônica de alta prevalência e de baixas taxas de controle (BRASIL, 2013). A Hipertensão arterial é definida como uma condição clínica multifatorial de evolução silenciosa e lenta, caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial, constituindo um dos principais fatores de risco para as doenças cerebrovasculares e cardiovasculares (DIRETRIZES, 2010). A hipertensão representa uma importante doença na área de saúde pública no Brasil (BRASIL, 2013). Suas complicações elevam os custos do indivíduo, da família, da sociedade, do sistema de saúde e do sistema previdenciário (LESSA, 2006), além de que, sua evolução pode afetar a qualidade de vida do paciente. Inúmeros fatores podem interferir no fato do paciente aderir ou não ao tratamento instituído. Gusmão *et al* (2009), em sua pesquisa, elucidam como fatores de risco para a não adesão os relacionados ao paciente, a doença, ao tratamento, ao sistema e equipe de saúde e ao cuidador do paciente. Para Gusmão *et al*. (2009), o tratamento

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

anti-hipertensivo requer mudanças dietéticas e comportamentais, além de rigor ao seguir a prescrição medicamentosa, ou seja, exige a participação ativa do indivíduo. Mesmo sendo conhecida a eficácia e efetividade das várias medidas de tratamento disponíveis, os percentuais de controle da pressão arterial são baixos devido à diminuta aderência dos hipertensos ao tratamento (DIRETRIZES, 2010). Nesse sentido, o seguimento da terapêutica medicamentosa e não medicamentosa torna-se um espaço onde o enfermeiro deve atuar, mediante estratégias junto ao paciente para melhorar sua adesão (OLIVEIRA *et al.*, 2008). A identificação dos fatores influentes para falhas na adesão ao tratamento, principalmente na atenção primária, torna-se importante para que medidas efetivas sejam encontradas e aplicadas pela Enfermagem, a fim de prevenir o surgimento de danos ou sofrimentos que possam comprometer a possibilidade de qualidade de vida do paciente. Dessa forma, o objetivo deste estudo é a identificação dos fatores relacionados a falhas na adesão a terapêutica anti-hipertensiva em pacientes na atenção primária a saúde.

Metodologia

O estudo foi do tipo descritivo com abordagem quantitativa realizado entre setembro/2011 e junho/2012 em uma Unidade Básica de Saúde no município do Crato/CE. A população foi composta por pacientes da Estratégia Saúde da Família que apresentavam diagnóstico médico de hipertensão arterial, sendo a amostra constituída por 34 pacientes em tratamento farmacológico para hipertensão, de ambos os sexos. O instrumento para a coleta foi uma entrevista estruturada aplicada no momento em que os pacientes compareceriam à Unidade Básica de Saúde para suas consultas. Os dados foram registrados em planilha eletrônica, organizados em tabela e discutidos de acordo com a literatura pertinente. Este estudo adotou em todas as suas fases as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos que constam na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, sendo aprovada por um Comitê de Ética em Pesquisa e autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo paciente.

Resultados e Discussão

Contatou-se (tabela 1) que as causas mais apontadas pelos pacientes para falhas na adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram: “não gosta de fazer exercício”, “esquecimento próprio”, “não consegue fazer exercícios”, “remédios não são encontrados no posto de saúde” e “não aceita a dieta recomendada”. Salienta-se que apenas um paciente não mencionou causa alguma que interferisse na adesão ao tratamento.

Tabela 1: Causas de falhas na adesão ao tratamento anti-hipertensivo apontadas por hipertensos. 2012.

CAUSAS	F*	%
Não gosta de fazer exercício	19	55,88
Esquecimento próprio	14	41,17
Não consegue fazer exercícios	9	26,47
Remédios não são encontrados no Posto de Saúde	7	20,58
Não aceita a dieta recomendada	7	20,58
Não tem dinheiro para comprar os alimentos	3	8,82
Não entende a prescrição	2	5,88
Não tem dinheiro para comprar os remédios	2	5,88
Preguiça de realizar exercício físico	2	5,88
Não precisa mudar seu estilo de vida	1	2,94
Não tem ajuda da família/amigos	1	2,94
Sem tempo para praticar exercício	1	2,94
Tem dificuldade para tomar o medicamento	1	2,94
Não acredita nos medicamentos	1	2,94
Total/N	70	205,84

* O valor de “F” em relação ao número de respostas ultrapassa os 34 pacientes por conta da possibilidade do paciente assinalar mais de uma alternativa de prováveis causas de não adesão; F= Frequência absoluta; % = Frequência percentual.

A prática de exercício físico destacou-se dentre as possíveis causas para falhas na adesão, já que a causa “não gosta de fazer exercício físico” foi a mais apontada pelos pacientes (55,88%). Além de que, 26,47% afirmaram que não conseguem fazer exercícios, 2,94% relataram “sem tempo para praticar exercício físico” e 5,88%, “preguiça de realizar exercício físico”. Baldissera, Carvalho e Pelloso (2009), em uma pesquisa com 72 hipertensos realizada na cidade de Umuarama, Paraná, constataram que a prática regular de exercício físico era o segundo critério de menor adesão entre os pacientes (61,1%) sendo que a dieta apresentou a maior dificuldade de seguimento em 97,2% dos pacientes. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (2010) a prática de atividade física regular e aeróbica de baixa ou moderada intensidade é uma das importantes medidas não medicamentosas do tratamento anti-hipertensivo. Cruz *et al.* (2011), em estudo de revisão constataram que, segundo a literatura, o exercício aeróbico, seja de forma aguda ou crônica, contribui pra redução dos fatores de risco das doenças cardiovasculares, uma vez que colabora para transformações positivas na pressão arterial, redução do sobrepeso e da adiposidade intra-abdominal e melhora da resistência à insulina. No entanto, antes de iniciarem quaisquer práticas de exercícios, os hipertensos devem ser submetidos à avaliação clínica especializada (DIRETRIZES, 2010). Segundo Souza e Iglesias

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

(2002), os idosos possuem maior dificuldade em realizar atividades físicas, visto que na fase da terceira idade as deteriorações fisiológicas e estruturais são marcantes em todos os sistemas do corpo. Assim, faz-se necessária a identificação do fator que interfere a prática de exercício físico pelo paciente, para que a equipe multiprofissional juntamente com o paciente planeje estratégias a fim de melhorar adesão a essa prática. É importante enfatizar que o profissional de saúde também deve atuar com a família do paciente, visto que a família exerce um papel indispensável na terapêutica, principalmente no que se refere a mudanças de hábitos. Haja vista que, ainda de acordo com a tabela 1, a participação da família/amigos foi uma das possíveis causas para falhas na adesão ao tratamento. Percebeu-se que o esquecimento próprio foi a segunda causa mais apontada pelos pacientes (41,17%). Em um estudo realizado na cidade de João Pessoa, entre os pacientes não aderentes ao tratamento medicamentoso, o motivo mais alegado para justificar a não adesão também foi o esquecimento da medicação, seguido de ausência de sintomas e desmotivação pelo tratamento (DOURADO *et al.*, 2011). O esquecimento é comum, sobretudo nos esquemas terapêuticos complexos. Segundo Girotto (2008), isso ocorre principalmente porque os pacientes, muitas vezes, não agregam ao seu cotidiano o uso dos medicamentos; além disso, podem não ter sido devidamente orientados quanto a meios para reduzir os esquecimentos, com estratégias de local de armazenamento e horário das tomadas. Segundo a tabela 1, 20,58% dos pacientes referiram que os medicamentos não são encontrados no posto de saúde. Isso pode ser justificado pela distribuição ou cobertura ineficaz dos fármacos, ou ainda, o medicamento prescrito pelo médico não é disponível no posto. Mascarenhas, Oliveira e Sousa (2006) identificaram em seu estudo com 35 pacientes hipertensos na cidade de Jéquié, Bahia, como principais motivos para o abandono do tratamento anti-hipertensivo a falta de medicamentos, 25,4%, sendo que o principal fator foi a ausência de sintomas da doença (37,0%). Assim, mostra-se relevante a identificação da causa para a falta de medicamentos para que medidas sejam planejadas e implementadas, melhorando a assistência farmacêutica aos pacientes e consequentemente sua adesão ao tratamento. A tabela 1 ainda demonstra que 20,58% dos pacientes não aceitam a dieta recomendada. De acordo com Baldissera, Carvalho e Pelloso (2009), esse fato pode estar associado ao entendimento de que as restrições parecem castigo por estarem ligadas ao prazer em degustar tais alimentos, ou ainda, associado ao fator econômico que limita a liberdade em escolher os alimentos mais adequados. Este último fator também pode ser observado nessa pesquisa, 8,82% dos pacientes referiram não ter dinheiro para comprar os alimentos.

Conclusão

As principais causas apontadas pelos pacientes para falhas na adesão ao tratamento anti-hipertensivo foram a não adesão ao exercício físico e a dieta recomendada, o esquecimento próprio e a falta de medicamentos no posto de saúde. O estudo mostrou-se relevante para a prática assistencial do Enfermeiro ao demonstrar alguns fatores que afetam negativamente a adesão ao tratamento em hipertensos da atenção primária, direcionando o planejamento de ações para as reais necessidades do paciente. Vale ressaltar que como são diversos fatores que influencia o paciente, como a patologia, o tratamento, o sistema e a equipe de saúde bem como o cuidador do paciente, urge a formação de parcerias que incluam familiares, cuidadores, membros da equipe de saúde, sociedade e afins com o objetivo de colaborar para adesão a terapêutica acordada reduzindo a incidência ou retardando a ocorrência de possíveis complicações e melhoria na qualidade de vida dos pacientes.

Referências

- BALDISSERA, V. D. A.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Adesão ao tratamento não-farmacológico entre hipertensos de um centro de saúde escola. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 27-32, 2009.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- CRUZ, A. P.; ARAÚJO, S. S.; SANTOS, J. R.; LEÃO, A. S. O efeito Hipotensor do Exercício Aeróbico: uma Breve Revisão. **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 15, n. 4, p. 479-486, 2011.
- DIRETRIZES, Brasileiras de Hipertensão, VI. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, jan/mar, 2010.
- DOURADO, C. S.; MACÊDO-COSTA, K. N. F.; OLIVEIRA, J. S.; LEADEBAL, O. D. C. P.; SILVA, G. R. F. Adesão ao tratamento de idosos com hipertensão em uma unidade básica de saúde de João Pessoa, Estado da Paraíba. **Acta Sci., Health Sci.**, Maringá, v. 33, n. 1, p. 9-17, 2011.
- GIROTTO, E. **Adesão ao tratamento anti-hipertensivo e fatores associados na área de abrangência de uma Unidade de Saúde da Família, Londrina, PR**. 2008. 191f. Dissertação (Mestrado em Saúde coletiva). Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2008.
- GUSMÃO, J. L.; GINANI, G. F.; SILVA, G. V.; ORTEGA, K. C.; MION JÚNIOR., D. Adesão ao tratamento em hipertensão arterial sistólica isolada. **Rev. Bras. Hipertens.**, Rio de Janeiro, v.16, n. 1, p. 38-43, 2009.
- MASCARENHAS, C. H. M.; OLIVEIRA, M. M. L.; SOUSA, M. S. Adesão ao tratamento no grupo de hipertensos do bairro Joaquim Romão - Jequié/BA. **Rev.Saúde.Com.**, Bahia, v.2, n.1, p.30-38, 2006.
- OLIVEIRA, C. J.; SILVA, M. J.; ALMEIDA, P. C.; MOREIRA, T. M. M. Avaliação do risco coronariano em idosos portadores de hipertensão arterial em tratamento. **Arq. Bras. de Ciências da Saúde**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 162-167, 2008.
- SOUZA, J. A. G.; IGLESIAS, A. C. R. G. Trauma no idoso. **AMB Rev Assoc Med Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 79-86, 2002.

Agradecimentos

A todos os pacientes participantes dessa pesquisa pela valiosa colaboração.

FLORAIS DE BACH COMO RECURSO TERAPÊUTICO NO TRANSTORNO DEPRESSIVO LEVE: RELATO DE CASO

Ana Cláudia Torres França – Universidade Federal do Ceará (ana_claudiacx@hotmail.com)
Márcia Viana Bessa Nogueira – Prefeitura Municipal de Fortaleza
Ângela Maria Alves e Souza – Universidade Federal do Ceará

Palavras-chave: Florais de Bach. Transtorno depressivo. Atenção básica.

Resumo

Os Florais de Bach consistem em substâncias naturais extraídas de flores. São constituídos de 38 essências, com finalidades terapêuticas, que objetivam harmonizar a pessoa no meio em que vive, equilibrando suas emoções. O objetivo deste estudo é descrever os efeitos observados e relatados por uma paciente com transtorno depressivo leve, após a utilização exclusiva da terapia com Florais de Bach, em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Fortaleza. A paciente MISO, 50 anos de idade, relatou ter tido três mortes recentes na família: do ex-marido, de um filho e do seu marido atual. Tais eventos foram relatados como as principais causas do sofrimento mental atual. Inicialmente, MISO procurou assistência médica na Unidade Básica de Saúde da Família do seu bairro e o médico diagnosticou um transtorno depressivo leve. A paciente foi encaminhada para a terapeuta em Florais de Bach, da própria unidade de saúde, e iniciou-se tratamento e acompanhamento com a Terapia Floral, após semanas, relatou melhora no sono desde o início do tratamento e também passou a se sentir fisicamente e emocionalmente melhor. Com base nas declarações da paciente e nas observações realizadas pela terapeuta foi possível concluir que os Florais de Bach demonstram ser uma opção terapêutica viável nos casos de transtorno depressivo leve, evitando-se assim o uso de medicamentos psicotrópicos e mostrando a importância da inserção da Terapia Floral na Atenção Primária em Saúde para a promoção da saúde.

Introdução

A inclusão de Práticas Integrativas e Complementares (PICs) nos serviços de saúde é incentivada pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde com a perspectiva de promover a saúde do indivíduo, buscando seus aspectos intrínsecos e não somente a doença física.

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS (Sistema Único de Saúde) vem incorporando essas práticas na Atenção Primária em Saúde, dentre elas está a fitoterapia (BRASIL, 2006).

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares tem como objetivos a incorporação e implementação das Práticas Integrativas e Complementares no SUS na perspectiva de prevenir, promover e recuperar a saúde direcionada ao cuidado integral em saúde; a promoção da racionalização das ações de saúde, com estímulo a terapias inovadoras e ao desenvolvimento sustentável de comunidades; a contribuição ao aumento da resolubilidade do SUS e ampliação do acesso à PNPIC e a estimulação de ações referentes ao controle e participação social nas diversas instâncias de efetivação da políticas de saúde (BRASIL, 2012).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Os remédios Florais do Dr. Bach são uma forma de tratamento que faz uso de flores para debelar os sentimentos negativos que originam doenças. Desenvolvidos na década de 1930, pelo médico Edward Bach vem ganhando crescente popularidade. Cansado da medicina de seu tempo, Dr. Bach deixou de exercer sua prática médica em Londres e foi para o campo, acreditando que as doenças estavam relacionadas ao aspecto psico-mental. A partir de seus estudos, Dr. Bach, desenvolveu a noção de que as doenças não são causadas apenas por agentes físicos, mas que são resultantes de uma desarmonia entre conflitos da personalidade e da natureza espiritual (JESUS; DO NASCIMENTO, 2005 apud BONTEMPO, 1992).

Os Florais de Bach atuam no campo energético em desequilíbrio que dificulta a vida das pessoas e que desenvolve estresse, ansiedade, ou medo excessivo, fazendo com que o organismo recupere seu equilíbrio natural, tornando os usuários mais saudáveis e menos propensos a doenças (SANCHES, 2009).

Os Florais de Bach consistem em substâncias naturais extraídas de flores silvestres. São constituídos de 38 essências, com finalidades terapêuticas, que objetivam harmonizar a pessoa no meio em que vive, equilibrando suas emoções. Para preparação do medicamento o ideal é diluir 2 gotas da essência concentrada desejada em 23 ml de água mineral, a mais pura possível, além de acrescentar conservante. O recomendável é preparar o medicamento em um frasco escuro, com conta-gotas. A dosagem frequente é de 4 gotas diretamente na boca 4 vezes ao dia ou mais, se necessário. Vale ressaltar que este medicamento não apresenta efeitos colaterais e pode ser ministrado com uso de outros medicamentos (JESUS; DO NASCIMENTO, 2005 apud BONTEMPO, 1992).

Cada um dos 38 remédios tem suas especificidades, para facilitar sua seleção, Dr. Bach agrupou-os em 7 grupos, listados a seguir: medo, indecisão, falta de interesse no presente, solidão, hipersensibilidade a influências e opiniões, desalento ou desespero e excessiva preocupação com o bem estar dos outros.

Os Florais de Bach podem ser utilizados para tratamento de depressão desde que o profissional da saúde e o terapeuta de florais de Bach concordem, não sendo necessária a suspensão de algum outro tipo de medicamento já prescrito pelo médico que acompanha o paciente. Salles e Silva (2012) investigaram os efeitos dos florais Impatiens, Cherry Plum, White Chestnut e Beech em pessoas ansiosas e concluíram que as essências florais tiveram efeito positivo na diminuição da ansiedade.

Os transtornos mentais e comportamentais exercem considerável impacto sobre os indivíduos, família e/ou comunidades. Segundo o Ministério da Saúde, 3% da população geral sofre com transtornos mentais severos persistentes; mais de 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso de álcool e outras drogas e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental, seja ele contínuo ou eventual (BRASIL, 2008).

A Depressão é uma síndrome clínica comum causada por múltiplos fatores, podendo ser suscitada por atribuições psicológicas e/ou emocionais de origem multivariada, alterações da fisiologia cerebral e, ainda, ser secundária a outras doenças (DUALIBI, 2013 apud NEIRA, 2013, p. 19-26).

A depressão pode apresentar, além de alterações do temperamento, alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas (PORTO, 1999). O objetivo deste presente estudo é descrever os efeitos observados e relatados por uma paciente com transtorno depressivo leve, após a utilização exclusiva da terapia com Florais de Bach.

Metodologia

Este estudo trata-se de um relato de caso. As informações descritas neste relato foram obtidas a partir da análise do prontuário da paciente, dos relatos do médico de Saúde da Família e, principalmente, das observações realizadas pela terapeuta de Florais de Bach após o preenchimento de um questionário com a paciente, em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Fortaleza.

Resultados e Discussão

Paciente MISO, 50 anos de idade, dona de casa, relatou ter tido três falecimentos na família (o primeiro marido há 3 anos, um filho há quatro anos e o segundo marido há dez meses). A paciente mora com um filho, 29 anos, dependente químico, usuário de drogas ilícitas e bebidas alcoólicas. Além disso, também cuida do pai de 79 anos e da mãe de 69 anos, diabética e hipertensa. Tais eventos e situações foram relatados como as principais causas do seu sofrimento mental.

Inicialmente, MISO procurou assistência médica na Unidade Básica de Saúde que fornece cobertura assistencial para o seu bairro e o médico de saúde da família diagnosticou transtorno depressivo leve e a encaminhou para a dentista da unidade de saúde, terapeuta em Florais de Bach, que iniciou o tratamento com a paciente. As queixas relatadas pela paciente foram: angústia, preocupação, ansiedade, sobrecarga de tarefas e insônia.

A combinação de essências florais escolhida para a o tratamento foi: *Aspen, Pine, Red Chestnut, Rock Rose e Star of Bethlehem*. Suas respectivas ações são:

1. *ASPEN (Populus tremula)* é indicada como calmante nas ansiedades, no medo noturno e no medo da solidão, condiciona a autoconfiança e o bem estar.
2. *PINE (Pinus sylvestris)* restabelece a força mental; dá ânimo para atividades e realizações; afasta a autocondenação, o medo, o terror da culpa inexistente, o pessimismo e o negativismo.
3. *RED CHESTNUT (Aesculus carnea)* restabelece os laços de amizade e amor ao próximo. Acalma, afastam as previsões negativas, medo, ansiedades, imaginação descontrolada, stress.
4. *ROCK ROSE (Helianthemum nummularium)* acalma a mente, revigora o físico, favorece iniciativas. Preparam reações benéficas contra o medo, pânico, pavor, desgraças imaginárias, desamparo.
5. *STAR OF BETHLEHEM (Ornithogalum umbellatum)* é estimulante contra traumas, choques físicos ou emocionais, tristezas, emoções, neutraliza o medo, a depressão. É considerada por Bach como confortadora e amenizadora (CRAVO, 2000).

Além disso, foi manipulado o Rescue Remedy (“floral do resgate”) para situações de emergência, como sofrimentos agudos e emergenciais e situações de sofrimento antecipatório. Este Floral é composto de Star of Bethlehem, Rock Rose, Cherry Plum, Clematis e Impatiens. A essência Cherry Plum é indicada para superar a tensão e medos extremos e a Impatiens para paciência.

MISO em tratamento para transtorno depressivo leve, através da utilização dos Florais de Bach, frequenta semanalmente a unidade para encontros com a terapeuta. Nas consultas de retorno, a paciente declarou que desde o início do tratamento passou a dormir melhor e a se sentir fisicamente e emocionalmente melhor. Além do uso dos florais, a paciente iniciou a prática de exercícios físicos com caminhada, duas vezes por semana, aconselhada pela terapeuta.

Conclusão

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Com base nas declarações da paciente e nas observações realizadas pela terapeuta, foi possível observar que mudanças no estilo de vida da paciente, juntamente com o efeito terapêutico dos Florais de Bach, podem trazer benefícios para a saúde mental e física do indivíduo que sofre de transtorno depressivo leve.

É importante destacar que as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde são estratégias que são eficazes e de baixo custo para a população em específico os Florais de Bach que não causam efeitos colaterais e dependência, podendo ser usado em situações da vida cotidiana, evitando *stress* e sofrimento mental.

A utilização de Florais de Bach na atenção básica pode ser uma alternativa para haver a diminuição do uso de medicação psicotrópica (ansiolíticos ou antidepressivos) que causa dependência nos pacientes que os utilizam e onera o orçamento dos serviços públicos de saúde.

Referências

1. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPIC-SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
2. BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnpic.php>. Acesso em: 20 ago. 2014.
3. JESUS, Elaine Cristina; DO NASCIMENTO, Maria de Jesus Pereira. Florais de Bach: uma medicina natural na prática. Revista de Enfermagem UNISA, Santo Amaro, v. 6, p. 32-37. 2005.
4. DUALIBI, K. et al. Como diagnosticar e tratar depressão. Grupo editorial MOREIRA JR. 2013. Disponível em: http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=5578. Acesso em: 18 ago. 2014.
5. DEL PORTO, José Alberto. Conceito e diagnóstico. Revista Brasileira de Psiquiatria, São Paulo, v. 21, p. 6-11. 1999.
7. CRAVO, Antonieta Barreira. Os Florais do Dr. Bach: As flores e os remédios. Curitiba: Hemus, 2000.
8. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental no SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
9. SANCHES, AM. Terapia Holística. Disponível em: <http://naturezaequilibriodoser.blogspot.com/2008/07/florais-reduzem-odontofobia.html>. Acesso em: 17 ago. 2014.
10. SALLES, LF; SILVA, MJP. Efeito das essências florais em indivíduos ansiosos. Acta Paulista de Enfermagem, v.25, n.2, p.01-07. 2012.

Agradecimento

Ângela Maria Alves e Souza e Maria Aparecida Paixão pelo curso de Florais de Bach realizado para profissionais da atenção básica do município de Fortaleza e para acadêmicos e monitores do Pró- PET Saúde da Universidade Federal do Ceará.

FORMAÇÃO E CONHECIMENTO DE PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE A VACINAÇÃO INFANTIL

Moisés Lopes Carvalho 1 – Centro Universitário UNINOVAFAPI. Email: mooysescarvalho@hotmail.com

Líndia Kalliana da Costa Araújo Alves Carvalho 2 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Moacira Lopes Carvalho 3 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Adélia Dalva da Silva Oliveira 4 – Centro Universitário UNINOVAFAPI.

Inez Sampaio Nery 5 – Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Isabela Bastos Jácome de Souza 6 – Universidade Federal do Piauí - UFPI.

Palavras-chave: Conhecimento. Formação profissional. Saúde da família. Vacinação.

Resumo

Objetivou-se avaliar a formação e o conhecimento de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família de uma microrregião do Nordeste sobre o calendário de vacinação do primeiro ano de vida. Foi realizado um estudo descritivo e seccional com 33 médicos e 50 enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família de uma microrregião localizada no sul do Piauí. Verificou-se que o sexo feminino foi mais prevalente, com 65,1%. 68,7% possuíam especialização, dentre as quais Saúde da Família mostrou-se com maior porcentagem (32,5%). A maioria dos profissionais (62,5%) afirmou não ter recebido treinamento para atuar em sala de vacina. O conhecimento dos profissionais sobre as vacinas do primeiro ano de vida foi insatisfatório, visto que das nove idades do calendário vacinal, apenas zero (75,9%), três (68,1%), cinco (72,1%) e nove meses (83,3%) obtiveram percentuais satisfatórios, com maior percentual para a vacinação dos nove meses. Ao cruzar o conhecimento com a categoria profissional, verificou-se associação estatisticamente significativa para o enfermeiro em oito das nove idades do calendário vacinal do primeiro ano de vida. Este estudo aponta para a necessidade de educação permanente dos profissionais responsáveis pelas imunizações na ESF, no sentido de assegurar os benefícios e qualidade da vacinação infantil.

Introdução

Dentre os cuidados primários de saúde, a vacinação é um dos meios que propicia resposta quase que imediata, prevenindo doenças imunológicas frequentes na infância. É inquestionável a relevância que elas têm na prevenção de doenças imunopreveníveis e na proteção da saúde da criança. Entretanto, para garantir seu benefício é necessário que as vacinas sejam administradas nas datas apropriadas (OLIVEIRA et al., 2010).

O PNI estabelece que seja seguido o seguinte esquema no calendário vacinal da criança no 1º ano de vida: ao nascer (BCG e Hepatite B), 1 mês (Hepatite B -1a dose), 2 meses (Pentavalente, Poliomielite inativada, Rotavírus e Pneumocócica -1a dose), 3 meses (Meningocócica -1a dose), 4 meses (Pentavalente, Poliomielite inativada, Rotavírus e Pneumocócica - 2a dose), 5 meses (Meningocócica - 2a dose), 6 meses (Pentavalente, Poliomielite oral e Pneumocócica - 3a dose), 9 meses (Febre amarela – dose inicial), 12 meses (Tríplice

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

viral – 1ª dose e Pneumocócica –reforço), 15 meses (Tríplice Bacteriana -1º reforço, Poliomielite oral, Meningocócica e Tetraviral) (BRASIL, 2012; ABUD; GAÍVA, 2014).

No entanto, ainda existem fatores que interferem na efetividade da cobertura vacinal, especialmente as oportunidades perdidas de vacinação, que resultam em insatisfatórias coberturas das imunizações no cenário nacional.

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, a realização da educação permanente pode ajudar a barrar estes fatos, pois efetiva o conhecimento dos profissionais e consequentemente melhora a qualidade dos serviços prestados à população, o que inclui as ações de vacinação. O seu fortalecimento norteia a aquisição de habilidades técnicas e o desenvolvimento de atitudes que repercutirão na consolidação das normas do programa de imunização (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, este estudo propõe avaliar a formação e o conhecimento de enfermeiros e médicos da Estratégia Saúde da Família de uma microrregião do Nordeste sobre o calendário de vacinação do primeiro ano de vida.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva e seccional, realizada em uma microrregião de saúde do estado do Piauí, a qual foi aleatoriamente sorteada e que está incluída em uma região denominada “Tabuleiro do Alto Parnaíba”, composta por 12 municípios (IBGE, 2010).

A população do estudo constituiu-se de 83 profissionais, os quais 33 médicos e 50 enfermeiros que se distribuem em 50 equipes da ESF da microrregião.

As variáveis levantadas durante o estudo foram aquelas referentes à caracterização pessoal (idade, sexo) e formação profissional (categoria profissional, tempo de graduado, pós graduação, treinamento em imunização, tempo de trabalho na ESF) e dados relativos ao conhecimento sobre o calendário vacinal da criança no 1º ano de vida (vacinas indicadas segundo a idade da criança).

Os dados foram coletados no período de dezembro/2012 a fevereiro/2013. Como instrumento para a coleta de dados, utilizou-se um questionário composto por perguntas abertas.

A análise dos dados foi realizada com a utilização do software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 19.0.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro Universitário UNINOVAFAP, sob parecer de nº 251747137.0000.5210. Ressalta-se que durante a pesquisa, foram respeitados todos os aspectos contidos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas com seres humanos.

Resultados e Discussão

A população do estudo constituiu-se de 83 profissionais vinculados à Estratégia Saúde da Família, dos quais predominou o sexo feminino com 65,1% e masculino 34,6%. No que se refere à formação profissional: 60,2% são enfermeiros e 39,8% médicos. O tempo de formação variou de 01 a 52 anos. 43,2% concluíram a graduação a menos de cinco anos, e 56,8% a mais de cinco anos com média de 10,9 anos (dp=12,1). 51,2% estavam formados a menos de cinco anos e 48,8% acima de seis, com média de 10,9 (dp=12,1). A média de anos trabalhados na Estratégia Saúde da Família foi de 6,9 anos (dp=8,4) com a maioria, 51,2% menos de cinco anos, e em menor porcentagem, 48,8% a mais de 6 anos.

Quanto à realização de pós-graduação, 68,7% possuíam especialização, e 28,9% não. A especialização em Saúde da Família mostrou-se com maior porcentagem - 32,5%, seguida de Saúde Pública com 20,8% e Gestão em Saúde com 10,4%.

Com relação à capacitação para atuar em sala de vacina, a maioria - 62,5% afirmaram não ter recebido treinamento, enquanto que 37,5% referiram ter recebido. Quanto ao tempo decorrido do último treinamento em sala de vacina, mais da metade, 65,1% não expuseram esta informação, 28,9% referiram o ano de 2012, seguido de 2011, com 2,4%.

Os resultados referentes ao conhecimento sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida apontaram que a maioria dos profissionais da ESF respondeu corretamente quais as vacinas devem ser administradas ao nascer, aos cinco meses e nove meses, com 75,9%, 72,1% e 83,3% respectivamente. Quanto às maiores porcentagens de respostas incorretas foi encontrada aos três meses, com 27,8%, e quinze meses, com 27,9%.

Em relação às respostas incompletas, ou seja, corretas em parte, destacou-se doze meses, com 42,9% e quinze meses, com 50,0%. As vacinas administradas ao nono mês, após o nascimento, não houve erros em parte, resultando em 0% com maior porcentagem de acertos (83,3%).

Os resultados referentes ao conhecimento sobre as vacinas do calendário infantil do primeiro ano de vida apontaram que a maioria dos profissionais (83,3%) responderam corretamente quais as vacinas deveriam ser administradas aos nove meses, seguido de 75,9% ao nascer e 72,1% aos cinco meses. Os meses com respostas corretas somente em parte foram quatro meses, seis meses, doze meses e quinze meses, com 33,8%, 37,0%, 42,9% e 50,0% respectivamente. Os meses com maior porcentagem de respostas erradas foram três meses e quinze meses, com 27,8% e 27,9% respectivamente. O mês nove não houve erros em parte, resultando em 0% com maior número de acertos com 83,3%.

Identificou-se que a população estudada apresenta características semelhantes à encontrada em outros estudos, especialmente no que se refere à participação das duas classes de profissionais enfermeiros e médicos, com a predominância para a primeira, pela maior porcentagem do sexo feminino; tempo de serviços na ESF superior a cinco anos e relação com a temática de vacinação (MACIEL et al., 2009; LUNA et al., 2011; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006; MELO; OLIVEIRA; ANDRADE, 2010).

Com relação à capacitação em sala de vacina, baixa porcentagem de profissionais afirmou ter recebido treinamento. Este achado também corrobora com outros estudos atuais (LUNA et al., 2011; BRANDÃO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012).

A falta de capacitação pode interferir diretamente na cobertura de vacinação infantil. Confirmando este fato, uma pesquisa realizada com 27 capitais brasileiras buscando avaliar a participação das crianças em dias nacionais de vacinação contra poliomielite apontou a falta de capacitação dos profissionais de saúde como um dos motivos para a baixa porcentagem de cobertura nas campanhas nas regiões Norte e Nordeste (MELO et al., 2010).

O Ministério da Saúde orienta que o processo de capacitação seja contínuo, realizado no próprio local de trabalho, buscando-se evitar as formas tradicionais, baseadas na simples transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas e priorizar as metodologias crítico-reflexivas, enfocando a prática, a experiência dos treinandos e a o intercâmbio de conhecimentos de profissionais de outros municípios, da instância regional ou estadual.

Nesta perspectiva, torna-se extremamente importante a educação permanente dos profissionais da ESF, no intuito de fortalecer atitudes/práticas corretas, resultando em maior aprofundamento técnico-científico quanto ao calendário de vacinação, com destaque ao da criança, visto que este periodicamente passa por constantes atualizações com finalidade de prevenir o máximo de doenças possíveis.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Em 2012 o PNI ampliou a oferta de vacinas previstas no calendário básico de vacinação da criança com a introdução das vacinas poliomielite inativada (VIP) e a pentavalente (vacina adsorvida contra difteria, tétano, pertussis, hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae tipo b - conjugada) (BRASIL, 2012; GAÍVA, ABUD, 2014; OLIVEIRA et al., 2012; CARVALHO; ARAÚJO, 2012).

Já em “setembro de 2013, o PNI mais uma vez amplia a oferta de vacinas no calendário básico infantil, introduzindo a vacina tetraviral (sarampo, caxumba, rubéola e varicela) aos 15 meses de idade” (ABUD; GAÍVA, 2014).

Quando questionados sobre o calendário vacinal do 1º ano de vida, observou-se maior porcentagem de acerto nas vacinas do nono mês, seguida daquelas administradas ao nascimento. Em relação às respostas com baixo índice de acertos, destacaram-se as idades de: seis, doze e quinze meses, com pior percentual para a vacinação dos 15 meses.

O maior conhecimento dos profissionais da ESF a vacinação dos nove meses, pode estar relacionado a vários fatores que marcaram a febre amarela no estado, como a situação geográfica limítrofe com áreas endêmicas para tal doença e realização de uma campanha vacinal indiscriminada ocorrida no ano de 2000. Estudo que avaliou a cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro apontou Teresina (Capital do Piauí) com a maior cobertura (85%) em todos os estratos socioeconômicos para a febre amarela (ARAÚJO et al., 2006; QUEIROZ, et al., 2013).

Em contrapartida, o menor conhecimento da vacinação dos quinze meses pode ser atribuído à alta porcentagem (62,5%) dos profissionais que afirmaram não ter recebido capacitação, visto que em 2013 houve a inclusão da tetraviral e apenas 3,6% participaram de atividades de educação permanente. Confirmando tal fato, é perceptível que metade dos profissionais respondeu parcialmente correto às vacinas desta idade, relatando apenas as vacinas da rotina anterior a 2013.

O pouco conhecimento pode levar ainda a falhas na administração de medicamentos, o que não exclui a vacinação, especialmente pelo envolvimento de inúmeras técnicas durante sua aplicação. Deste modo, sugere-se maior colaboração por parte das instituições e interesse dos profissionais na educação permanente, buscando diminuir tais erros e consequentemente mitos e ambiguidades criados na população ao relacionar os resultados negativos de errôneas técnicas/aplicação com os benéficos da vacinação (CARVALHO et al., 2013).

Remetendo-se a associação do conhecimento das vacinas do primeiro ano de vida das duas categorias profissionais, verificou-se associação estatisticamente significativa para o enfermeiro em oito das nove idades do calendário básico de vacinação da criança do primeiro ano de vida. Apenas na idade de quinze meses não se verificou significância estatística, podendo ser justificado pela alta porcentagem de erros das duas classes profissionais nesta faixa etária.

A literatura aponta que a equipe de enfermagem, dentre os profissionais da Estratégia Saúde da Família, possui maior destaque e responsabilidade, no gerenciamento, oferta e administração de imunobiológicos tanto à população em países desenvolvidos como em desenvolvimento (OLIVEIRA et al., 2013; ABUD; GAÍVA, 2014; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006; MELO et al., 2010; BRANDÃO et al., 2012; OLIVEIRA et al., 2012; SUBTIL; VIEIRA, 2011).

Embora este estudo aponte pouco conhecimento sobre a vacinação do primeiro ano de vida para médicos participantes do estudo, os que trabalham na ESF possuem mais conhecimentos sobre vacinação que as demais especialidades. Confirmando isto, uma pesquisa realizada em Madrid com 402 médicos, sendo 168 da atenção hospitalar e 234 da atenção primária buscou o conhecimento e adesão às recomendações de vacinação, com ênfase na vacina pneumocócica, e encontrou maior conhecimento e aderência às recomendações de vacinação aos médicos da atenção primária em comparação com aqueles que praticam atividade hospitalar (FERNÁNDEZ-RUIZ et al., 2012).

Nesta perspectiva, o Ministério da Saúde (31Brasil, 2003) busca continuamente fortalecer práticas e condutas médicas com maiores recomendações de vacin角度ões em seus calendários oficiais, no intuito de fortalecer a atenção a coletividade, entretanto na prática laboral da referida categoria não se percebe ênfase nesta ação, como relatados em pesquisas anteriormente citadas (CAMPOS et al., 2012; ARAÚJO; PAZ; GRIEP, 2006).

Conclusão

Os achados da presente investigação trazem importantes informações em relação ao conhecimento de enfermeiros e médicos atuantes da ESF sobre o calendário vacinal do primeiro ano de vida. Foi possível observar que a maioria (62,5%) dos profissionais relatou não ter recebido treinamento em sala de vacina, e em consequência, verificou-se pouco conhecimento das vacinas preconizadas às crianças menores de um ano, especialmente quinze meses com o menor índice (22,10%) de respostas corretas.

Preocupa-se com a questão do percentual de profissionais que participaram de educação em sala de vacinação, pois foi considerada baixa, menos da metade respondeu ter recebido capacitação. Sugerindo que este fato esteja intimamente relacionado ao conhecimento das duas categorias profissionais sobre o calendário vacinal do primeiro ano de vida.

Por fim, este estudo aponta para a necessidade de educação permanente dos profissionais da ESF, no sentido de assegurar os benefícios e qualidade da imunização das crianças. Espera-se que estes achados possam contribuir para a prática dos profissionais da ESF no que tange aos aspectos relacionados a vacinação nesse grupo e que incitem nestes recursos humanos o interesse para treinamentos constantes, especialmente quanto à imunização, além disso, auxilie na redução das OPV, secundário a isto, na mortalidade infantil através do alcance das metas globais e nacionais de vacinação.

Referências

ABUD, S. M.; GAÍVA, M. A. M. Análise do preenchimento dos dados de imunização da caderneta de saúde da criança. **Rev. Eletr. Enf**, v.16, n. 1, p. 61-7, jan/mar. 2014.

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.

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.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

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 *Haemophilus influenzae* 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.

CAMPOS, E. C. et al. Fatores relacionados à vacinação contra a gripe em idosos: estudo transversal, Cambé, Paraná, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 28, n. 5, p. 878-888, mai. 2012.

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.

CARVALHO, M. L. et al. Strategies for the prevention of errors in medication administration: a contribution to nursing practice. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 6, p. 390-400. 2013.

FERNÁNDEZ-RUIZ, M. et al. Knowledge and adherence to pneumococcal vaccination recommendations in adults among family physicians and hospital specialists. **Enferm Infecc Microbiol Clin**, v. 30, n. 6, p. 352-3, jun. 2012.

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.

MELLO, M. L. R. et al. Participação em dias nacionais de vacinação contra poliomielite: resultados de inquérito de cobertura vacinal em crianças nas 27 capitais brasileiras. **Rev. bras. Epidemiol**, v. 13, n. 2, p. 278-288, jun. 2010.

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. **Epidemiol Serv 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.

OLIVEIRA, V. G. et al. Vacinação: o fazer da enfermagem e o saber das mães e/ou cuidadores. **Rev Rene**. Fortaleza, v. 11, n. especial, p. 133-41, 2010.

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.

OLIVEIRA, V. C. et al. Supervisão de enfermagem em sala de vacina: a percepção do enfermeiro. **Textocontexto – enferm**, v. 22, n. 4, p. 1015-1021, dez. 2013.

QUEIROZ, L. L. C. et al. Cobertura vacinal do esquema básico para o primeiro ano de vida nas capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 2, p. 294-302, fev. 2013.

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.

SUBTIL, C. L.; VIEIRA, M. Os primórdios da organização do Programa Nacional de Vacinação em Portugal. **Rev. Enf. Ref**. v. 3, n. 4, p. 167-174, jul. 2011.

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.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

FORMAÇÃO EM SAÚDE MENTAL (CRACK, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS): AVALIAÇÃO DA ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS PELOS ACS E ATENF .

Petrúcyra Frazão Lira(apresentador) – 21º CRES de Juazeiro do Norte (petrucyafrazao@hotmail.com)

Lucas Dias Soares Machado – Escola de Saúde Pública do Ceará

Kelly Fernanda Silva Santana - Escola de Saúde Pública do Ceará

Maria de Fátima Vasques Monteiro – Universidade Regional do Cariri - URCA

Ana Paula Agostinho Alencar – Mestranda Faculdade de Medicina do ABC Paulista

Ana Paula Vieira Bringel- Mestranda em Cuidados Clínicos e Enfermagem e Saúde

Palavras-chave : saúde mental, crack, álcool, agente comunitário de saúde, técnico de enfermagem

Resumo

Pensando em produzir uma política coletiva de assistência à saúde voltada aos pacientes de saúde mental e uso abusivo de crack e outras drogas o Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ, através do Curso Caminhos do Cuidado, Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas), tem a meta de oferecer formação para a totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem- ATEnf, totalizando 290.760 alunos em todo o território brasileiro .O objetivo é trabalhar a política de redução de danos não somente voltada para as drogas mas em toda a prevenção trabalhada na atenção básica, visando fortalecer esse conjunto de estratégias para minimizar riscos. Avaliamos duas turmas de municípios distintos com 80 participantes, mas responderam o instrumento de avaliação do curso contendo 12 perguntas de marcar, 70 alunos, estando eles reconhecendo a temática abordada com os eixos, metodologia e ferramentas distintas de promoção do diálogo no grupo como uma estratégia aonde eles precisam se apropriar para ajudar aos usuários de crack, álcool e outras drogas. Em ambas as perguntas eles concordam ou concordam parcialmente com a proposta do curso, não havendo alunos que sejam indiferentes ou não concordam com a proposta da redução de danos. O curso deixa o legado da organização destas ações tentando fortalecer as ações da atenção básica como ordenadora e cuidadora do território.

Introdução

A Política Nacional de Atenção Básica trás um conjunto de ações voltadas à atenção integral de promoção e proteção, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de dano e a manutenção da saúde. Trabalhar a política de redução de danos requer utilizar tecnologias leves centradas na escuta, acolhimento, vínculo, corresponsabilização e apoio matricial (BRASIL, 2012). Pensando em produzir uma política coletiva de assistência à saúde voltada aos pacientes de saúde mental e uso abusivo de crack e outras drogas o Ministério da Saúde em parceria com a FIOCRUZ, através do Curso Caminhos do Cuidado, Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas), tem a meta de oferecer formação para a totalidade dos Agentes Comunitários de Saúde- ACS e Auxiliares e Técnicos de Enfermagem- ATEnf, totalizando 290.760 alunos em todo o território brasileiro(BRASIL,2013). Pensando nesse cuidado integral e singular, o curso trabalha na perspectiva de redes de cuidado. O projeto coloca em foco a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

de forma a estabelecer os pontos de atenção para o atendimento em saúde mental das pessoas, incluindo o atendimento às necessidades decorrentes do uso de drogas. Para desenvolver este trabalho consideraremos as especificidades de cada território que se movimenta de forma viva e necessita que a população se familiarize com esses cuidados e os profissionais de saúde se aproximem ainda mais para conhecer a história de vida das pessoas. Figueiredo, 2004, define a redução de danos como: “É um conjunto de estratégias que procuram minimizar as consequências adversas do consumo de drogas psicoativas sobre a saúde, a sociedade e a economia.”, objetivando assim ações que possibilitem que o indivíduo se conscientize sobre comportamento de risco, tratamento da dependência e autonomia das suas escolhas no consumo de drogas. O curso dialoga com uma metodologia ativa que coloca esses profissionais a repensar as suas estratégias de trabalho como equipe de saúde, trazendo uma construção coletiva dos outros pontos de apoio para cuidado na saúde mental. Na aplicação das atividades de dispersão observamos que muitas vezes a Estratégia Saúde da Família-ESF, recebe toda a demanda do território e não consegue dialogar na perspectiva de redes de atenção à saúde. Brasil, 2013, relata que existem quatro princípios para a ação em saúde mental: tratar e apoiar o grupo familiar, priorizar os casos a serem assistidos, estimular a buscar parcerias no território e monitorar e acompanhar cada paciente. Assim poderemos agregar os nossos saberes e práticas para formar a rede de cuidados com maior abrangência e melhores possibilidades de encontrar soluções de forma coletiva mais saudável. Brasil, 2006, pontua seis ações para reduzir a morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, trazendo a necessidade de investimento em ações educativas para crianças e adolescentes, material educativo de sensibilização, campanhas voltadas ao trânsito, investimento de informações em mídia quanto aos riscos e apoiar a restrição de acesso a bebidas alcoólicas. Para efetivar o trabalho e obter sucesso os profissionais precisam conhecer essa política que visa a redução de danos e reconhece o indivíduo merecedor do nosso acompanhamento. Desta forma poderemos refletir como esses serviços se relacionam entre si e como se estabelece a comunicação entre as diferentes equipes para alcançar a estratégia de redução de danos, onde poderemos atenuar os agravos relacionados ao uso de drogas e buscar construir neste território um modo de viver. A abordagem destes profissionais ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem que estão no núcleo da ação irá fortalecer as políticas públicas que dão suporte para o cuidado dos pacientes. Pensar saúde é pensar de forma coletiva com um olhar ampliado, dialogando com situações reais no seu território, criando articulações de redes de apoio social e comunitário.

Metodologia

Estudo do tipo quantitativo. Tendo como cenário da pesquisa os municípios de Cedro e Juazeiro do Norte, ambos com uma turma em cada município no projeto Caminhos do Cuidado- Formação em Saúde Mental (crack, álcool e outras drogas) para agentes comunitários de saúde auxiliares/técnicos de enfermagem da Atenção Básica. Iniciando dia 06 de junho na cidade de Cedro e 16 de junho no município de Juazeiro do Norte, ambos terminando após cinco semanas de atividades em cada município, tendo finalizado em 21 de julho a turma de Juazeiro do Norte. A pesquisa foi realizada com uma ficha de avaliação do curso elaborada pelo próprio projeto para ser respondida ao final do último dia de atividade contendo 12 perguntas norteadoras que abordam os três eixos da temática trabalhada. O instrumento de avaliação deve ser marcado com um X, podendo o aluno concordar, concordar parcialmente, indiferentes e não concordar. Em cada turma tinha matriculado 40 alunos sendo eles Agentes Comunitários de Saúde- ACS e ou auxiliar/técnicos de enfermagem. Participaram da pesquisa 70, sendo 36 no município de Cedro e 34 de Juazeiro do Norte. Os outros 10 matriculados, 05 desistiram do curso e 05 faltou no último dia, momento de realização da avaliação. A coleta das informações foi impulsionada através do compilado obrigatório para envio e fechamento da turma em cada município. A proposta da formação divide o treinamento em 03 eixos fundamentais, sendo o primeiro eixo formado pelos três primeiros dias abordando respectivamente, território e introdução à temática das drogas; políticas públicas de atenção básica, políticas de atenção integral à saúde mental e políticas de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas atribuições dos ACS e auxiliares e técnicos na rede de cuidados em saúde. Segundo eixo, trabalha caixa de ferramenta dos ACS e auxiliares e técnicos de enfermagem e rede de cuidados; atribuições os ACS e auxiliares/técnicos de enfermagem. No terceiro eixo transversal aborda as discussões no contexto da saúde mental, RAPS na atenção básica e redução de danos que são assuntos trazidos para discussões em sala.

Resultados e Discussão

Embasado na ficha de avaliação na primeira pergunta tivemos 67 alunos concordando que o curso possibilitou o debate e a troca de experiências e de ideias com a turma e 03 alunos concordaram parcialmente. Na segunda e terceira pergunta em se tratando do eixo I (Conhecendo Território, as Redes de Atenção, os conceitos, Políticas e práticas de cuidado em Saúde Mental) e do eixo II (A caixa de ferramentas dos ACS e ATEnf na Atenção Básica ou Redes de cuidado; instrumentos de intervenção dos ACS e ATEnf na Atenção Básica) tivemos 69 alunos concordando que os temas são importantes para seu cotidiano de trabalho e 01 aluno concorda parcialmente. Na quarta pergunta 60 alunos concordam que os conteúdos do eixo transversal (Reforma Psiquiátrica, Redução de Danos e Integralidade do cuidado como Diretrizes para intervenção em Saúde Mental e no uso de álcool, Crack e outras drogas) são importantes para seu cotidiano e 10 alunos concordam parcialmente. Buscando saber das práticas de trabalho abordada na quinta questão todos concordaram que o curso ajudou a identificar e a debater sobre as práticas de trabalho em saúde mental que já realizam. Na sexta e sétima questão teve 66 alunos afirmando que os textos lidos e debatidos em aula foram importantes para compreensão dos conteúdos e tiveram relação com o cotidiano de trabalho, diferentemente de 06 alunos que concordaram parcialmente. Na oitava questão 64 alunos concordaram na utilização das dinâmicas propostas no curso que auxiliaram na compreensão dos conteúdos e 06 concordaram parcialmente. Tendo sido avaliado as atividades de dispersão, na nona e os vídeos na décima questão se serviram de disparadores para as discussões, tivemos 64 alunos concordando que as atividades e os vídeos ajudaram no processo de aprendizagem e 06 concordando parcialmente. Questionando o envolvimento com o curso 67 marcaram se sentir envolvidos e interessados pelas temáticas do curso, sendo que 03 concordam parcialmente. Finalizando a avaliação na décima primeira questão 67 alunos marcaram se sentir envolvidos e interessados pelas temáticas do curso e 03 deles concordam parcialmente. Não tivemos nem um aluno marcando as opções de indiferente e que não concordam com as ofertas de conteúdo e metodologia aplicada. Percebemos que ao iniciar o curso os alunos ainda sentem um desconforto com a abordagem de redução de danos, mas à medida que as atividades de dispersão vão sendo aplicados eles conseguem se apropriar do objetivo da formação que trás a descoberta de novos caminhos e na criação de melhores alternativas nas políticas públicas que envolvem o tema da saúde mental e o uso abusivo de álcool e outras drogas.

Conclusão.

A avaliação da percepção dos alunos com o foco na divisão pedagógica e metodologias ativas utilizada no curso de formação remete compreender a necessidades de conhecer por parte destes profissionais a proposta de redução de danos em todo o escopo da assistência na atenção básica. Analisando as respostas percebemos que nem um dos alunos se mostra indiferente à temática abordada e conseguem

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

se identificar com a proposta metodológica do formato do curso. Dialogar com a equipe e participar ativamente da construção do território vivo e também para o ACS e auxiliar/técnico de enfermagem um desafio, pois a sua participação não se encontra na inserção da construção da formação da equipe participante nas reuniões de matriciamento e não consegue dialogar por não conhecer essas novas organizações de trabalho voltadas vem já sendo desenvolvida, mas não tem foco no trabalho do álcool e outras drogas, percebemos com a aplicação das atividades de dispersão que passa nos três eixos. O terceiro eixo transversal era uma fala muito distante, pois tivemos que trabalhar de forma intensa a compreensão voltada para o contexto da Saúde Mental, RAPS na Atenção Básica e Redução de Danos. Trabalhamos inicialmente por proximidade de Estratégia de Saúde da Família para que eles debatessem os seguintes tópicos: 1. O que vocês consideram serviços de atenção básica? 2. Quais as ações de cuidado de saúde das pessoas que são desenvolvidos na Atenção Básica em seu território? 3. O que vocês entendem sobre atenção integral e como esse princípio do SUS se materializa no seu local de trabalho? Para a estratégia de redução de danos

Temos que ver o usuário de drogas como sujeito de direitos e usuário dos serviços de saúde. Cabe ressaltar que este tema também pode ser visto como uma prática que visa possibilitar o direito a escolha e a responsabilidade do indivíduo diante da sua vida. No final percebemos que o discurso dos alunos vem de encontro com a aplicação da avaliação, onde eles se identificam com o tema e o fortalecimento das ações já desenvolvidas na ESF por parte destes profissionais que estão se empenhando da busca de novos conhecimentos que agrega valor ao colocar em prática as ações de redução de danos. Para tanto o curso encontra-se embasado no caderno do aluno que trás algumas ferramentas como escuta, acolhimento, vínculo, corresponsabilização e apoio matricial. Reconhecer o usuário de crack e outras drogas como membro de um território e sujeito de sua própria ação é ver as possibilidades de ofertar saúde como princípio constitucional, se despondo de seus preconceitos e se vestindo com as responsabilidades de um profissional de saúde.

Referências

aula tiveram relação com o cotidiano de trabalho

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnologia em Saúde. Grupo Hospital Conceição. Caminhos do **Cuidado: caderno do tutor**. Formação em saúde mental (crack, álcool e outras drogas) para agente comunitário de saúde e auxiliares/técnicos em enfermagem da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Política de atenção básica. Brasília Ministério da saúde, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional da Promoção**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Paulo: Difusão enfermagem, 2004.

Agradecimentos

Agradecemos aos ACS e ATEnf por acreditar na melhoria da saúde coletiva, buscando conhecer e participar de forma tão ativa da estratégia de redução de danos. Fortalecendo a construção das redes de saúde e se apropriando do trabalho coletivo na UBS e outros equipamentos de apoio.

FORTALESCENDO O PLANEJAMENTO FAMILIAR E A PROMOÇÃO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: UM PLANO MULTIPROFISSIONAL.

Ana Carolina Ribeiro Tamboril (aprendentadora). Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Ceará. Residente em Saúde Coletiva pelo Programa de Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará. Tamboril_@hotmail.com.

Maria Daniele Mariano. Assessora Técnica responsável pela 6ª Coordenadoria de Saúde de Itapipoca. Preceptora do Programa de Residência Integrada em Saúde. Escola de Saúde Pública do Ceará.

Profa. Me. Cláudia Rejane Pinheiro Maciel Vidal (Orientador) – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Planejamento familiar. Promoção da Saúde. Saúde da mulher.

Resumo

Os serviços de planejamento familiar (PF) são oferecidos atualmente pelas equipes da Estratégia da Família (ESF). A realidade do PF mostra que muitas vezes a consulta não é planejada e formulada para atender as necessidades das mulheres e/ou casais. A consulta é feita sem obedecer aos critérios médicos de elegibilidade, não há acolhimento para os adolescentes, espaço para tratar infertilidade e não são realizadas ações de educação em saúde regulares, o que contribui para a queda na frequência de mulheres na consulta. Desse modo, pela relevância do planejamento familiar como ferramenta de promoção da saúde, buscou-se com a realização deste estudo elaborar um plano de ação que pudesse melhorar a qualidade da consulta de PF e conseqüentemente levar ao aumento da busca pelo serviço referido, além de colaborar com a produção científica da área. A concretização do plano de ação proposto poderá favorecer estratégias que elevem a frequência da participação das mulheres e/ou casais às consultas de planejamento familiar, resgatando o princípio de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos mesmos, como também poderá oferecer ações aos profissionais que contribuirão para o fortalecimento da estrutura de conhecimento na área. Trata-se de um plano de ação com abordagem intervencionista voltado para a realidade do município de Tururu – Ceará. Resultados esperados: resgatar a mulher/casal à consulta de planejamento familiar, realizar atividades de educação em saúde voltadas para o PF; identificar as dificuldades que impedem o comparecimento das mulheres/casais à consulta de PF e motivar à consulta periódica no programa de planejamento familiar.

Introdução

Entende-se por serviços de planejamento familiar aqueles voltados a oferecer à população informação e meios para a tomada de decisões reprodutivas, para a auto-regulação da fecundidade. Junto com os serviços que atendem à maternidade, à concepção assistida, à esterilização e outros, constituem o atendimento à saúde reprodutiva (MOURA, 2007). A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao Planejamento Familiar (PF), deve estar pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, da Constituição da República Federativa do Brasil, portanto, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais. Em 1996, um projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar foi aprovado pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República. A Lei estabelece que as instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS), em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde e à promoção da saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2002).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Neste sentido, o Planejamento Familiar deve ser tratado dentro do contexto dos direitos reprodutivos e da promoção à saúde, tendo, portanto, como principal objetivo garantir às mulheres e aos homens um direito básico de cidadania, previsto na Constituição Brasileira: o direito de ter ou não filhos. É importante salientar que o planejamento familiar, com conhecimento dos métodos e livre escolha, é uma das ações da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher preconizada pelo Ministério da Saúde, desde 1984. Portanto, dentro dos princípios que regem esta política, os serviços devem garantir o acesso aos meios para evitar ou propiciar a gravidez, o acompanhamento clínico ginecológico e ações educativas de promoção à saúde sexual e reprodutiva para que as escolhas sejam conscientes.

No que concerne à anticoncepção, os serviços de saúde devem fornecer todos os métodos anticoncepcionais recomendados pelo Ministério da Saúde, que são *Billings*, tabela, temperatura, sintotérmico, camisinha masculina e feminina, diafragma, espermicida, dispositivo intra-uterino (DIU), hormonais orais e injetáveis, laqueadura e vasectomia (BRASIL, 2002). A assistência ao planejamento familiar é oferecida, atualmente, no Brasil, pelas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), um modelo de política pública de saúde que traz a proposta do trabalho em equipe, de vinculação dos profissionais com a comunidade e de valorização e incentivo à participação comunitária. Corresponde a uma das sete áreas prioritárias de intervenção na atenção básica, definidas na Norma Operacional da Assistência (BRASIL, 2001). O serviço de planejamento familiar deve ter no cliente o seu foco principal, fato que contribui para a qualidade do serviço e para a promoção da saúde sexual e reprodutiva do paciente.

A baixa frequência de mulheres na consulta de planejamento familiar é visualizada em algumas equipes e se deve ao fato de a consulta não ser planejada e formulada para atender as reais necessidades das usuárias que procuram orientações sobre os métodos contraceptivos. Além disso, não há espaço para tratar aqueles casais que buscam uma consulta voltada para fertilidade. A consulta é feita sem obedecer aos critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais hormonais, não há acolhimento para os adolescentes e não são realizadas ações de educação em saúde regulares.

Como ex-integrante do projeto de extensão “Comportamento Sexual Saudável: essa onda pega!” do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, desenvolvi atividades no âmbito do planejamento familiar e promoção à saúde sexual e reprodutiva, onde uma delas foi a realização da consulta de PF com base nos Critérios Médicos de Elegibilidade (OMS, 2004). A essa experiência adiciono minha prática em consulta de PF vivenciada nas Unidades Básicas de Saúde durante o Estágio Supervisionado I, onde, acompanhada pelo profissional enfermeiro, pude presenciar e realizar a consulta de PF. Um dos aspectos observados foi a baixa adesão à consulta de PF, que muitas vezes se resumia à simples entrega do método. O profissional que assiste o planejamento familiar precisa elaborar estratégias que conduzam essas mulheres para a consulta de PF, facilitando a comunicação e a formação do vínculo entre usuárias e profissional da atenção básica.

Desse modo, pela relevância do planejamento familiar, com reflexos na significação atribuída às profissões que assistem ao PF e na qualidade da assistência, buscou-se com a realização deste estudo elaborar um plano de ação que pudesse melhorar a qualidade da consulta de PF e conseqüentemente levar ao aumento da busca pelo serviço referido, além de colaborar com a produção científica da área. A concretização do plano de ação proposto poderá favorecer estratégias que elevem a frequência da participação das mulheres e/ou casais às consultas de planejamento familiar, resgatando o princípio de promoção da saúde sexual e reprodutiva dos mesmos, como também poderá oferecer ações aos profissionais que contribuirão para o fortalecimento da estrutura de conhecimento na área.

Metodologia

Trata-se de um plano de ação do tipo pesquisa-ação com abordagem qualitativa. A pesquisa-ação é um tipo de pesquisa participante engajada, em oposição à pesquisa tradicional, que é considerada como “independente”, “não-reativa” e “objetiva”. Este tipo de pesquisa procura unir a pesquisa à ação ou prática, isto é, desenvolver o conhecimento e a compreensão como parte da prática. É, portanto, uma maneira de se fazer pesquisa em situações em que também se é uma pessoa da prática e se deseja melhorar a compreensão desta (ENGEL, 2000).

O plano foi elaborado voltado para a realidade do município de Tururu, que situa-se na mesorregião Norte Cearense, pertencendo a região administrativa 06 e está inserida na 6ª Microrregião de Saúde do Estado do Ceará – 6ª CRES de Itapipoca, distando 100 km para a capital do estado – Fortaleza. Possui extensão territorial de 192,548km² de área e população de 14.632 habitantes segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010. Seus limites são: Norte – Trairi ; Sul – Umirim e Uruburetama; Leste – Trairi e Umirim; Oeste – Itapipoca. O referido município possui cinco equipes completas da Estratégia Saúde da Família, onde duas estão situadas em zona rural e 3 situam-se em zona urbana. A cobertura do PSF e programas de Agente Comunitário de Saúde atingem 100% da população do município.

O público alvo do projeto de intervenção serão as mulheres com faixa etária entre 10 e 49 anos prioritariamente, estando também sujeitas aquelas que possuem vida sexual ativa e queiram participar do mesmo, juntamente com seus parceiros. Tem-se por meta atingir, no mínimo, 90% da população alvo, buscando o maior índice de cobertura. A aplicação do Plano de Intervenção foi elaborado pela autora, juntamente com o coordenador da atenção básica com participação efetiva das equipes multiprofissionais da ESF do município e agentes comunitários de saúde, durante o segundo semestre de 2013, e ocorrerá sob prévia autorização da Secretaria de Saúde do município.

Com o intuito de desenvolver o Plano de Intervenção proposto, realizou-se primeiramente um diagnóstico situacional da área a ser trabalhada. Após o diagnóstico, buscou-se definir prioridades e soluções para os problemas, desta forma o plano surge fundamentado nas questões prioritárias. Para a elaboração do Plano de Ação utilizamos a seguinte metodologia: 1) Definição dos problemas; 2) Priorização dos problemas; 3) Descrição do problema selecionado; 4) Explicação do problema; 5) Seleção de nós críticos; 6) Desenho das operações; 7) identificação dos recursos críticos; 8) análise da viabilidade do Plano; 9) Elaboração do plano operativo; 10) Gestão do Plano.

Definição dos problemas: foram definidos pelas equipes das unidades básicas três principais problemas na promoção à saúde sexual do município e fortalecimento do planejamento familiar, os quais foram listados abaixo.

Baixa frequência de mulheres na consulta de enfermagem em planejamento familiar.

Alta incidência de insatisfação aos métodos contraceptivos.

Alta incidência de gravidez não planejada.

Na priorização dos problemas, a equipe juntamente com a autora procuraram organizar os problemas identificados em ordem de prioridade, identificando o grau de urgência, a importância do problema e se há capacidade para o enfrentamento do mesmo. A partir da priorização foi elencado um dos três problemas, baixa frequência de mulheres na consulta em planejamento familiar, para ser alvo do plano de ação e para seguir as etapas seguintes. Na etapa seguinte foi feita a descrição do problema selecionado e a explicação do problema e suas conseqüências para toda a equipe da unidade básica. A etapa seguinte constituiu a identificação de nós críticos para a superação do problema elencado como o de primeira prioridade. Os nós foram definidos pela equipe multiprofissional como os fatores que contribuem para o surgimento dos problemas identificados anteriormente. Foram enumerados os seguintes nós críticos: Falta de planejamento da consulta de enfermagem em planejamento familiar (PF); Quantidade de mulheres acompanhadas é inexata; Hábito da população de não frequentar a consulta de enfermagem em PF; Falta de momentos de educação em saúde voltados para o PF; Não

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

seguimento dos critérios médicos de elegibilidade para o direcionamento da consulta de PF; Falta de acompanhamento e seguimento mensal das mulheres que já fazem uso de algum método.

Para o enfrentamento dos nós críticos foram descritas atividades, que compuseram a fase de desenho das operações, que consistem em: elaborar instrumento de acompanhamento para a consulta de enfermagem em PF, com base nos critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais hormonais; Reunir, junto com os ACSs, o número exato de mulheres que procuram a UBS para adquirir algum método contraceptivo, afim de estabelecer estimativa da demanda e planejar ações educativas; Estabelecer um proposta de seguimento da mulher na consulta de enfermagem em PF através do registro no prontuário de informações como: qual método utiliza, se há contra-indicações, queixas e dúvidas quanto ao uso correto do método, se trocou de método, etc...; Familiarizar a população com a consulta de enfermagem em PF; Planejar ações educativas com as usuárias sobre os métodos anticoncepcionais disponíveis na UBASF, sobre o uso correto e indicações dos métodos. O sucesso do plano depende, além do bom planejamento e estrutura, de fatores logísticos e gerenciais. As equipes juntamente com a autora listaram tais fatores e os dividiram em quatro categorias: econômicos, organizacionais, cognitivos e de poder. Os fatores econômicos foram especificados como a compra de métodos contraceptivos hormonais; compra de métodos de barreira masculinos e femininos; distribuição de materiais educativos; financiamento de ações educativas; financiamento de capacitações para os profissionais. Os fatores organizacionais citados foram a construção ou disponibilidade de espaços adequados para ações educativas; patrocínio de profissionais especializados; disponibilidade de equipamentos de multimídia para as ações educativas. Os fatores cognitivos foram escritos como o planejamento de cursos de atualizações para os profissionais já inseridos na equipe de saúde. Por sua vez os de poder foram definidos como o reconhecimento por parte dos gestores do planejamento familiar como um problema de saúde pública.

Ao analisarmos a viabilidade do plano percebemos que os gestores pouco se interessam pela problemática do planejamento familiar. Não interpretam o PF como um problema urgente do município. Os secretários de saúde e os coordenadores da atenção básica detêm os recursos necessários à implantação dos projetos, onde os mesmos não se sensibilizam com a discussão do planejamento familiar. O setor da educação se torna um aliado nessa luta. Professores e coordenadores da educação já identificam o planejamento familiar como atividade primordial no combate da gravidez indesejada em adolescentes, e acreditam que um PF eficaz pode diminuir as taxas de abandono escolar.

Resultados e Discussão

O plano foi elaborado de acordo com as necessidades da população adstrita, identificadas pela equipe multiprofissional da estratégia saúde da família, em conjunto com a coordenação da atenção básica e a autora e inclui outros setores e equipes parceiras como a secretaria de educação do município, escolas, centro de assistência social e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O plano possui sete ações compostas por atividades específicas e indicadores para a avaliação da ação. Segue abaixo a descrição das ações que compõem o plano de ação:

Ação 1: Organização do Processo de Trabalho.

Atividades: Reunião com todos os envolvidos no processo para a explanação do plano, incluindo o NASF municipal, professores e gestores da saúde e educação; Instituir o fluxo de trabalho na rotina; Buscar apoio das demais categorias profissionais envolvidas. Indicadores: Frequência dos envolvidos nas reuniões.

Ação 2: Capacitação dos profissionais.

Atividades: Capacitar os profissionais envolvidos de acordo com o cargo de cada um, segundo o Manual de Planejamento Familiar do Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). Indicadores: % de profissionais capacitados.

Ação 3: Aquisição de Recursos.

Atividades: Adquirir recursos materiais, financeiros e humanos para a execução das atividades junto a secretaria de saúde do município. Indicadores: Quantidade de recursos adquiridos.

Ação 4: Educação em Saúde.

Atividades: Paralelamente será realizado um trabalho educativo, junto à população do município (nas residências, escolas e posto de saúde), levando informações sobre a consulta de PF, métodos contraceptivos e infertilidade. As ações de educação em saúde acontecerão em locais pré-estabelecidos no próprio município (escolas, PSF, dentre outros) para toda a comunidade tendo como tema a importância do PF, quando serão distribuídos folders educativos para o público alvo. Indicadores: Número de palestras realizadas; % da população informada.

Ação 5: Elaboração do Folheto Educativo.

Atividades: Elaboração pela equipe multiprofissional da ESF de um folheto informativo sobre o PF e sua importância. Os folhetos deverão ser distribuídos a toda a comunidade (nas escolas, PSF e residências). Indicadores: Quantidade de reuniões realizadas para a confecção dos folhetos informativos; Número de folhetos confeccionados e distribuídos junto à população alvo.

Ação 6: Divulgação.

Atividades: Divulgação do plano na rádio local, igrejas, escolas e residências.

Ação 7: Oficinas/ Parceria com o PSE

Atividades: Realização de oficinas nas escolas para a explanação da temática.

Conclusão

Espera-se com a execução deste plano de ação resgatar os pacientes para as consultas de planejamento familiar, especificar a população de mulheres que freqüentam os serviços de planejamento familiar, como também realizar atividades de educação em saúde voltadas para o PF de forma que venhamos a prestar esclarecimentos sobre o planejamento familiar, com acompanhamento multiprofissional, aumentando possivelmente os índices de mulheres que buscam a consulta na atenção básica. Pensamos também em sensibilizar a equipe multiprofissional para a problemática que envolve o PF e dar subsídios para a superação dos problemas encontrados no município. Acreditamos que podemos chamar à atenção dos gestores para desenvolver estratégias que priorizem a promoção da saúde do casal como medida para evitar a gravidez indesejada, de forma que possamos garantir uma melhor qualidade de vida as mulheres em idade fértil. O plano também poderá contribuir para a inserção das demais categorias que atuam na ESF, fortalecendo o vínculo entre a equipe multiprofissional em prol da promoção da saúde sexual e reprodutiva da população.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico. 4. ed. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Critérios Médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais. 3. ed. Geneva, 2004.

ENGEL, G. I. Pesquisa – ação. Educar, Curitiba, Editora UFPR. n16, p. 181-191, 2000.

MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em Planejamento Familiar do Programa Saúde da Família no Brasil. Cad. Saúde Pública, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores. Rio de Janeiro:IBGE, 2009

Agradecimentos

À Secretaria Municipal de Saúde do Município de Tururu – Ceará pelo acolhimento e contribuição. À coordenação da atenção básica do município pelo apoio. Às equipes multiprofissionais pelo empenho e dedicação. À contribuição e atenção prestadas pela orientadora na concretização deste trabalho.

FISIOTERAPIA EM CUIDADOS PALIATIVOS

Fladimir de Lima Gondim – UNIFOR. E-mail: fladimirgondim@hotmail.com

Annúbia Freitas Maia – UNIFOR

Darliany Aguiar Vasconcelos – UNIFOR

Pedro Maciel Honor de Brito - UNIFOR

Kátia Castelo Branco Machado Diógenes – UNIFOR

Palavras-chave: Humanização da assistência. Cuidados paliativos. Fisioterapia.

Resumo

Os cuidados Paliativos adotam uma abordagem humanista e integrada, com ênfase primordial, para o tratamento de pacientes sem a possibilidade de cura, reduzindo os sintomas e aumentando a qualidade de vida. A pesquisa realizada foi do tipo revisão de literatura. Os artigos científicos foram selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde, dos últimos 10 (dez) anos (2003 a 2013), que contemplaram os seguintes descritores: cuidados paliativos, humanização da assistência e fisioterapia. Com o objetivo de explicitar o trabalho realizado pelo fisioterapeuta, perante a equipe multidisciplinar e o paciente sob Cuidados Paliativos, esse trabalho colabora de forma efetiva para engrandecer a escassez de evidências científicas abordando o trabalho do Fisioterapeuta no Cuidado Paliativo e Humanista no ambiente hospitalar.

Introdução

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) os cuidados paliativos (CP) englobam o alívio da dor e de outros sintomas provenientes da doença em estágio avançado; promovem apoio e facilitam o enfrentamento e a compreensão da morte como um processo natural, promoção de uma vida ativa dentro das possibilidades do quadro de doença; oferecem apoio emocional à família do paciente, ou seja, significa mais do que controlar sintomas, buscam a promoção da qualidade de vida dentro da condição de terminalidade. A atenção paliativa beneficia o paciente e seus familiares oferecendo uma opção de final de vida com o mínimo de sofrimento e com dignidade, considerando não apenas sua doença, mas sim suas preocupações psicológicas e sociais e suas necessidades espirituais (SCHAEFFER, 2012).

A abordagem multidisciplinar é importante para os Cuidados Paliativos porque implica em demonstrar que nenhuma profissão consegue abranger todos os aspectos envolvidos no tratamento de pacientes terminais, o que faz destacar a significância do trabalho coletivo, permitindo a sinergia de habilidades para promover uma assistência completa. É neste contexto que o fisioterapeuta pode atuar de forma a complementar a abordagem paliativa a fim de obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado que o paciente necessita. No atendimento multidisciplinar, o fisioterapeuta, assim como todos os outros profissionais da equipe, devem manter um diálogo constante nas tomadas de decisões para não conflitar com as opiniões de outros profissionais, o que pode afetar a credibilidade da equipe. É preciso deixar claro os objetivos da fisioterapia tanto para a equipe quanto para os pacientes e familiares, facilitando assim a aceitação e a efetividade do atendimento (MARCUCCI, 2005).

Trabalhando nesse contexto multidisciplinar é que a equipe vai procurar entender os sinais e sintomas apresentados pelo paciente e buscar um melhor atendimento. Humanizar na atenção à saúde é entender cada pessoa em sua singularidade, tendo necessidades

específicas, e, assim, criando condições para que tenha maiores possibilidades para exercer sua vontade de forma autônoma. Segundo Rech (2003), é tratar as pessoas levando em conta seus valores e vivências como únicos, evitando quaisquer formas de discriminação negativa, de perda da autonomia, enfim, é preservar a dignidade do ser humano. Humanizar refere-se à possibilidade de uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão e não apenas como um consumidor de serviços de saúde (FORTES, 2004). Nesse contexto de inserção do sujeito nos serviços de saúde, o processo de internação hospitalar caracteriza-se como uma experiência bastante difícil, e como repercussão, geralmente é seguida por uma diminuição da capacidade funcional e mudança na qualidade de vida do indivíduo, muitas vezes irreversíveis. A presença de um membro da família que acompanha um paciente em unidades de internação está cada vez mais frequente, neste sentido, deve-se desenvolver um "cuidar-assistir" à fim de envolver não só o indivíduo necessitado, mas abranger também neste processo o seu universo relacional e social, de tal modo a considerar paciente e família como um só (FAQUINELLO; HIGARASHI; MARCON, 2007).

Frente às situações de incertezas, dor e sofrimento, a resignificação dos relacionamentos, seja com profissionais de saúde ou familiares, passa a representar a essência de um cuidado que sustenta a fé e a esperança, apoiando a experiência de momentos difíceis. Neste sentido, a base da filosofia paliativista caracteriza-se pela atenção à dimensão emocional do paciente, juntamente com o perfeito controle de dor e sintomas, papel central na assistência oferecida pelos profissionais de saúde. O termo paliativo deriva do vocabulário latino *pallium*, que significa manta ou coberta, indicando a ideia principal desta filosofia de cuidados: proteger, amparar, cobrir, abrigar, ou seja, cuidar quando a cura de determinada doença não é mais possível (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Essa fragilização do sujeito diante da enfermidade pode fazer com o mesmo desenvolva distúrbios emocionais e psicológicos, por não se sentir mais apto ao cuidado de si. Segundo o filósofo e educador francês Michel Foucault, o "cuidar de si" é uma regra coexistente à vida, pois o indivíduo assume a responsabilidade da busca profunda do seu "eu", dos seus anseios pessoais, baseado na sua cultura, na educação, nas experiências vivenciadas e nos objetivos almejados por si. Esse cuidado de si ocorre de forma única entre os indivíduos, pois o sujeito é um ser complexo e caracterizado por vivências e percepções distintas entre si (FOUCAULT, 2011).

Embora nos últimos anos muitas instituições educacionais tenham aberto espaço para discussão do tema da morte e dos cuidados ao fim da vida em suas disciplinas, o ensino ainda é fragmentado e superficial. Assim, os profissionais de saúde que atuam cuidando de quem vivencia o fim da vida consideram a comunicação no processo de morrer um ponto doloroso e bastante incômodo em sua atuação. Estes profissionais referem evitar o contato e a conversa com os pacientes, informando que não receberam preparo teórico e tampouco suporte emocional para lidar com o sofrimento e a morte de seus pacientes no contexto da terminalidade (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Atualmente cada vez mais estudos sobre as vivências dos profissionais no contexto da saúde estão sendo desenvolvidos para compreender essa lacuna tanto dos pacientes, como as angústias vividas por profissionais e estudantes de saúde em relação ao atender (NOGUEIRA; MARTINS, 2004) na busca por uma humanização da assistência, uma vez que esses aspectos se revelam como caracterizadores do tipo de relações que se estabelecem entre um profissional de saúde e seus clientes (CAMPOS; SANTOS, 2009).

A formação do profissional é apontada como o ponto chave desse problema por alguns pesquisadores. Nations e Gomes (2007) defendem que a formação acadêmica, todavia, não prepara o profissional para escutar os significados e sentidos do paciente, comprometendo a qualidade do cuidado. No entanto, sabe-se que habilidades de comunicação são essenciais ao profissional que convive com pacientes sob cuidados paliativos, independente de sua formação básica ou área de especialidade, porque permitem melhor acesso a abordagem à sua dimensão emocional (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Sendo assim, essa pesquisa pretende realizar uma revisão de literatura acerca da atuação fisioterapêutica nos cuidados paliativos em saúde.

Metodologia

A pesquisa realizada foi do tipo revisão de literatura, que resulta do processo de levantamento e análise do que já foi publicado sobre o tema e o problema de pesquisa escolhidos. Por meio da análise da literatura publicada é traçado um quadro teórico e realizada a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa (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, no idioma português. Foram excluídos os estudos experimentais e os que não contemplaram a temática pertinente à pesquisa.

Os artigos científicos foram selecionados na Biblioteca Virtual em Saúde, dos últimos 10 (dez) anos (2003 a 2013), que contemplaram os seguintes descritores: cuidados paliativos, humanização da assistência e fisioterapia.

Resultados e Discussão

Após triagem inicial dos limites de busca estabelecidos na pesquisa foram encontrados 925 artigos. Porém, após leitura mais rigorosa desses artigos, foram selecionados apenas 26 artigos que foram realmente pertinentes à temática estabelecida nesse projeto, que busca aprofundar a atuação/participação do fisioterapeuta na intervenção a pacientes em cuidados paliativos. Após a seleção final dos artigos científicos, os mesmos foram discutidos com embasamento teórico pertinente.

Num estudo desenvolvido por Backes (2006) relata acerca do receio de que a desumanização dos profissionais de saúde, no âmbito hospitalar, frente à complexificação tecnológica crescente associada ao crescimento de custos, e indica a implementação de um processo reflexivo acerca dos princípios, valores, direitos e deveres que regem a prática dos profissionais de saúde, inserindo-se, aí, a dimensão de um cuidado entendido como humanizado. Ao refletir sobre tais questões, Bifulco (2009) propõe uma educação dos alunos de graduação por meio de cursos de Cuidados Paliativos com o objetivo de criar uma atitude humanitária nos futuros profissionais em relação àquele que está morrendo, e afirma que a esperança está na intervenção sobre a formação dos profissionais da saúde, pois a humanização compreende o alívio da dor e o controle dos sintomas em Cuidados Paliativos.

Costa (2003) ressalta a necessidade de uma visão multidisciplinar, buscando compreender o paciente sob os cuidados paliativos nas suas múltiplas relações para proporcionar uma abordagem profissional humanizada, geradora não só de saúde, mas principalmente de vida. Na percepção de Matos (2009), as especificidades do trabalho em saúde ultrapassam os saberes de uma única profissão e defende que o trabalho em saúde deve envolver práticas que se identificam com o que tem sido classificado como multi, pluri, inter, e transdisciplinaridade, por uma necessidade própria da evolução do conhecimento e da complexidade que vão assumindo os problemas de saúde na realidade atual.

Bifulco (2009) enfatiza ainda que as equipes multiprofissionais de Cuidados Paliativos reúnem médicos, fisioterapeutas, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, e o serviço administrativo (recepção, triagem, segurança e transporte) - enfim, todos são importantes para confortar os pacientes e responsáveis pelos seus cuidados. Furuya e colaboradores (2011)

reafirmam que a integralidade visa ações que respondam às demandas e necessidade da população, nos diferentes níveis de complexidade. E nesse contexto estão incluídas as unidades de terapia intensiva, por serem centros preparados para atender pacientes graves que necessitem de assistência especializada e contínua. Não opondo-se, Martins e colaboradores (2008) descrevem que a hospitalização representa, para muitos, um momento de fragilidade e de medo, pois além do sofrimento e sensação desagradável, e de insegurança que a doença ocasiona, esse paciente irá necessitar da atenção de um conjunto de trabalhadores da saúde para intervir neste processo.

O fisioterapeuta é um profissional com bastante relevância no âmbito hospitalar, porém nos trabalhos pesquisados apenas o estudo de Marcucci (2004) explicita a atuação do fisioterapeuta. O referido autor descreve que o profissional em questão, assim como os demais profissionais da área da saúde, está sujeito a presenciar, frequentemente, situações em que se faz necessário a utilização da filosofia paliativista, onde o mesmo pode atuar, de forma a complementar a abordagem paliativa a fim de obter, dentro de seu alcance profissional, o cuidado que o paciente necessita. O autor salienta que estudos de qualidade são uma necessidade urgente para estabelecer os recursos terapêuticos úteis aos pacientes sem possibilidades terapêuticas de cura, pois a Fisioterapia Paliativa tem como objetivo principal a melhora da qualidade de vida dos pacientes sem possibilidades curativas, reduzindo os sintomas e promovendo sua independência funcional.

Em suma, os cuidados paliativos são de responsabilidade de uma equipe multidisciplinar e não de um só profissional. Essa equipe deve ter preparo para lidar com os medos, angústias e sofrimentos do paciente e sua família, tendo sempre em mente agir com respeito frente à realidade da finitude humana e às necessidades do paciente. Esse preparo pode ter como base as reflexões bioéticas onde procura-se o melhor para o ser humano (MACHADO, 2007).

Após essa revisão de literatura, fica evidenciada a necessidade de dar continuidade nos estudos que abordem o tema proposto nesse artigo, por ser uma temática relevante, porém, de forma pouco abordada na literatura.

Conclusão

O resultado dessa pesquisa evidenciou que é escassa a abordagem de estudos que retrata a atuação e importância da Fisioterapia nos Cuidados Paliativos, apesar de demonstrar a sua importância na integralidade como peça fundamental na humanização e na equipe interdisciplinar. Os estudos analisados discorrem sobre a relevância de intervenções fisioterápicas úteis no tratamento paliativo e a necessidade de difundir aos fisioterapeutas a discussão de temas relacionados à humanização.

Por fim, a partir dessa revisão, suscita-se o desenvolvimento de novas pesquisas que fundamentem mais detalhadamente a atuação do fisioterapeuta na atenção ao paciente em cuidados paliativos, enfatizando seu papel social de um cuidado centrado no sujeito enfermo.

Referências

ARAÚJO, Monica Martins Trovo de; SILVA, Maria Júlia Paes da. O CONHECIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO NO ATENDIMENTO À DIMENSÃO EMOCIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, n. , p.121-129, 2012.

BACKES, Dirce Stein; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson D.. A HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR COMO EXPRESSÃO DA ÉTICA. Rev Latino-am Enfermagem, São Paulo, n. , 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, n. , p.92-100, 2009.

COSTA, Cleonice Antonieta; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SOARES, Narciso Vieira. ASSISTÊNCIA HUMANIZADA AO CLIENTE ONCOLÓGICO: reflexões junto à equipe. Rev Bras Enferm, Brasília, n. , p.310-314, 2003.

FAQUINELLO, Paula; HIGARASHI, Ieda Harumi; MARCON, Sonia Silva. O atendimento humanizado em saúde pediátrica: percepção do acompanhante da criança hospitalizada. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, n. , p.609-616, 2007.

FORTES, Paulo Antonio de Carvalho. Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, n.3, p.30-35, 2004.

FOUCAULT, Michel. Hermenêutica do sujeito. Editora WMF Martins Fontes LTDA. São Paulo – SP. 4ed. 2011.

FURUYA, Rejane Kiyomi et al. A INTEGRALIDADE E SUAS INTERFACES NO CUIDADO AO IDOSO EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA. Rev. Enferm., Rio de Janeiro, n. , p.158-162, 2011.

MACHADO, Karina Dias Guedes. A formação em cuidados paliativos da equipe que atua em unidade de terapia intensiva: um olhar da bioética. - Centro Universitário São Camilo, São Camilo, n.1 , p.34-42, 2007.

MATOS, Eliane; PIRESI, Denise Elvira Pires de; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, n. , p.863-869, 2009.

MARCUCCI, Fernando Cesar Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, Londrina, n.1 , p.67-77, 2005.

MARTINS, Josiane de Jesus et al. A percepção da equipe de saúde e do idoso hospitalizado em relação ao cuidado humanizado. Arquivos Catarinenses de Medicina, Santa Catarina, n. , p.30-37, 2008.

OLIVEIRA, Caroline Pimenta de; KRUSE, Maria Henriqueta Luce. A humanização e seus múltiplos discursos - análise a partir da REBEn. Rev Bras Enferm, Rio Grande do Sul, n.1 , p.78-83, 03 fev. 2006.

SCHAEFFER, Paola da Silva. Caracterização dos cuidados paliativos em pacientes com fibrose cística. 2012. 44 f. Trabalho de Conclusão (Graduação) - Curso de Enfermagem, Eenfufgrs, Porto Alegre, 2012.

SIMÕES, Ana Lúcia de Assis et al. HUMANIZAÇÃO NA SAÚDE: ENFOQUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA. Rev Bras Enferm, Uberaba, n.3, p.439-444, 11 jul. 2007.

FATORES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS À PRÁTICA DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza. E-mail: mayennep@hotmail.com

Nahana Rebouças Santiago – Universidade de Fortaleza.

Carla Suellen Pires de Sousa – Universidade Federal do Ceará.

Aline Cruz Esmeraldo Àfio – Universidade Federal do Ceará.

Andrezza Alves Dias – Universidade Federal do Ceará.

Escolástica Rejane Ferreira Moura – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Método dos Dias Fixos. Método do Colar. Métodos Anticoncepcionais.

Resumo

O Método dos Dias Fixos (MDF) é uma opção contraceptiva que compõe o leque de métodos anticoncepcionais adotado em serviços de planejamento familiar no Brasil. Apresenta fatores que favorecem ou não a sua prática, todavia, ainda permanece pouco divulgado e utilizado no país. O estudo teve como objetivo identificar fatores que favorecem e/ou que dificultam à prática do MDF. Tratou-se de revisão integrativa realizada em dezembro de 2013 através do descritor “Standard Days Method” de modo que 12 artigos compuseram a amostra do estudo. Encontrou-se que os principais fatores favoráveis à prática do método foram: ausência de efeitos colaterais (8; 66,6%); fácil de usar (6; 50,0%); associa-se com as crenças religiosas (5; 41,6%); fácil de aprender (4; 33,3%); eficaz, baixo custo e natural (3; 25,0%); melhora a comunicação do casal, transmite confiança e não afeta a saúde (2; 16,6%). Como fatores desfavoráveis à prática do método, somaram-se: ciclos fora da faixa de 26 a 32 dias (6; 50,0%); não confiavam no método (3; 25,0%); e não gostavam do método (3; 25,0%). Portanto, os fatores que favorecem a prática do MDF sobressaíram aos fatores desfavoráveis. Nestes últimos apenas a irregularidade de ciclos não seria modificável. Ao considerar essa realidade, torna-se relevante a promoção deste método no leque de métodos anticoncepcionais ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de modo acessível a cada mulher em idade fértil que busque assistência em planejamento familiar.

Introdução

O Método dos Dias fixos (MDF) ou método do colar é uma opção natural de anticoncepção que apesar de compor o leque de Métodos Anticoncepcionais (MACs) ofertado nos serviços de Planejamento Familiar (PF), ainda permanece pouco divulgado e utilizado no Brasil. Agrega-se como possíveis causas dessa realidade o baixo conhecimento por parte de enfermeiros e outros profissionais da atenção básica, bem como uma dinâmica de serviço que dificulta sua divulgação, como elevadas demandas de usuários, escassez de recursos para educação em saúde, particularmente sobre o MDF, e prática centralizada nas atividades clínicas.

O MDF é uma opção contraceptiva, baseada na percepção da fertilidade, que compõe a variedade de MAC adotada em serviços de PF em mais de 30 países ao redor do mundo a partir de 2002, com assessoria do Instituto de Saúde Reprodutiva (ISR) da Universidade de Georgetown - Estados Unidos e financiamento da United States Agency for International Development (USAID) (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010). Uma vez que conduz a identificação do período fértil, também é uma ferramenta para as mulheres e/ou casais que desejam conceber.

O MDF foi criado pelos pesquisadores do Institute for Reproductive Health da Universidade de Georgetown, sendo reconhecido como prática baseada em evidência pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, assim, incorporada como um dos pilares mais relevantes do PF (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010).

Apesar de compor o leque de MACs ofertado pelos profissionais de saúde no Brasil, o MDF ainda é pouco conhecido pelos profissionais de saúde, particularmente por enfermeiros, o que faz do método uma opção pouco ensinada às mulheres. Pode-se comprovar a ausência de uso de MDF pelas mulheres brasileiras, quando se analisa a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, que descreve o uso de MACs e os tipos de métodos utilizados pelas mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos

no país, na qual não se observa referência ao MDF como método a ser utilizado pelas mulheres brasileiras, o que reforça a necessidade de promovê-lo como mais uma opção para as mulheres (BRASIL, 2009).

O MDF é um método apropriado para mulheres que possuem ciclos menstruais entre 26 e 32 dias. Embora os ciclos menstruais possam variar, cerca de 78% dos ciclos encontram-se nesse intervalo (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 1999).

O uso do MDF se faz por meio da utilização de um dispositivo artesanal que consiste em um colar de contas codificadas por cores para ajudar a mulher e/ou casal a identificar quando está fértil e acompanhar a duração do seu ciclo (GRIBBLE et al., 2008). O referido colar é constituído por 32 contas, em que cada uma representa um dia do ciclo menstrual. Há também um anel de borracha móvel que é usado para marcar o dia do ciclo. A primeira conta é vermelha, que representa o primeiro dia do ciclo menstrual e as próximas seis contas são marrons, representando os dias inférteis, que antecedem à janela fértil; as próximas 12 contas são de cor branca e representam os dias que devem ser considerados férteis (8º ao 19º dias) e as 13 contas restantes são marrons, representando o período infértil pós-ovulação (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

O MDF é um método com eficácia comprovada em mais de 95%, isto é, menos de cinco mulheres chegam a engravidar praticando o método ao longo de um ano (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002; HATCHER et al., 2008). Estudo realizado com 1200 mulheres verificou eficácia semelhante de 90%, com 10 de cada 100 mulheres engravidando ao longo de um ano (ARÉVALO et al., 2010a).

As mulheres que fazem uso do MDF tem se mostrado satisfeitas com o método devido a fatores que vão além da eficácia comprovada. Diante do exposto, este estudo teve por objetivo identificar fatores que favorecem e/ou que dificultam à prática do Método dos Dias Fixos.

Metodologia

Tratou-se de revisão integrativa da literatura, com a finalidade de identificar as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca de fatores que favorecem e/ou que dificultam a prática do Método dos Dias Fixos.

Para sua operacionalização, um protocolo foi estabelecido com as seguintes etapas: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos, considerando as características em comum; análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; discussão e interpretação e apresentação dos resultados (GANONG, 1987). Estabeleceu-se a pergunta norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca dos fatores que favorecem e dificultam a prática do Método dos Dias Fixos?

A seleção dos estudos foi realizada em dezembro de 2013, sendo a consulta bibliográfica computadorizada realizada via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral, que inclui as seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e Scientific Electronic Library Online (SciELO). Para obtenção de um levantamento mais abrangente da literatura, não se limitou o fator tempo para a publicação dos estudos. por meio do site de busca

Utilizou-se o seguinte descritor controlado “Standard Days Method” do DeCS, de forma individual. Ao utilizar o descritor em português “Método dos Dias Fixos”, não foi encontrado nenhum estudo.

Foram excluídos estudos indisponíveis por via eletrônica; estudos publicados em outros idiomas que não o inglês, espanhol ou português; e cartas. Foram incluídos os estudos que abordavam o MDF na perspectiva da temática de interesse da revisão, e que tratava de artigos publicados em periódicos.

Com a utilização do descritor supracitado (Standard Days Method), a busca identificou 24 estudos. Para a seleção, foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão a partir da leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos de cada artigo, sendo que quando estes não foram esclarecedores, foi realizada a busca do texto completo do artigo, evitando-se excluir estudos relevantes. Desta forma, 12 estudos foram selecionados ao final. Estes foram lidos na íntegra para análise crítica.

Resultados e Discussão

Lundgren et al. (2012) descreveram que a maioria das mulheres do estudo realizado por Gribble et al. (2008) avaliaram o MDF como método fácil de aprender, fácil de usar, eficaz e sem efeitos colaterais.

Em estudo transversal realizado por Bekele e Fantahun (2012), as razões mais comuns descritas pelas mulheres para a escolha do MDF foram: 129 (70,1%) dos casos, a ausência de efeitos colaterais; 99 (53,8%), medo de efeitos colaterais, particularmente provocados pelos contraceptivos hormonais; e 9 (4,9%), facilidade de uso. Outras razões foram o método não ter custos para a usuária (5; 2,7%); e ser um método natural (5; 2,7%). Embora os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) sejam frequentemente associados com as crenças religiosas, apenas uma mulher ressaltou esta razão para a escolha do método.

Ainda conforme o estudo anterior, na fase de entrevista 148 (80,4%) mulheres estavam usando o MDF para evitar a gravidez, enquanto 36 (19,6%) tinham interrompido o método. Destas, 36 mulheres que interromperam o método, 10 tiveram que parar o método porque tiveram ciclos menstruais irregulares fora da faixa de 26 a 32 dias e sete mulheres interromperam porque não confiaram no método. Os parceiros das usuárias do MDF descreveram que decidiram usar o MDF por ser o mesmo natural e não ter efeitos colaterais. Alguns também relataram que o MDF é simples de aprender, fácil de usar e não requer cálculo, em comparação com outros métodos, como a tabelinha. Provedores citaram como fatores que dificultam a adesão ao MDF a desconfiança no método por algumas clientes, indisponibilidade de calendário para ser fornecido à usuária pelo provedor, ruptura do anel do colar e falta de cooperação de alguns parceiros na gestão dos dias férteis.

Outro estudo realizado por Sinai, Lundgren e Gribble (2012) descreveu que uma das principais razões para a suspensão do MDF no primeiro ano de uso foi ter um segundo ciclo menstrual fora do intervalo preconizado (26 a 32 dias). Adicionaram, também, que mulheres que não gostam do método ou têm problemas de usá-lo corretamente, geralmente, interrompem o uso no primeiro ano.

No estudo de revisão realizado por Lundgren, Karra e Yam (2012), os autores relataram que as usuárias do MDF dos estudos desenvolvidos por Gribble et al. (2008) e Institute for Reproductive Health (2008) citaram repetidamente a satisfação das usuárias com os custos mínimos, a simplicidade, a naturalidade, a participação de ambos os parceiros, e, em menor medida, a sua compatibilidade com as crenças religiosas. A interrupção do método devido a presença de ciclo menstrual fora do intervalo de 26 a 32 dias foi uma das razões mais comumente citadas no estudo de Blair et al. (2007) e descrito no estudo de Lundgren, Karra e Yam (2012).

Em estudo realizado por Ujuju et al. (2011) as razões mais comuns para a escolha do MDF pelas mulheres foram: o método é eficaz na prevenção de gravidez não planejada; simples de entender; fácil de usar; não possui efeitos colaterais; durável; promove paz de espírito, pois deixam de se preocupar com quaisquer efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais ou os riscos de engravidar quando não estavam utilizando nenhum método; transmite confiança; promove melhora da discussão entre o casal; melhora a comunicação do casal e compreensão. Os parceiros das usuárias do método citaram como benefícios do método, ajuda no desenvolvimento da confiança no parceiro; promove autocontrole e ajuda no planejamento da família. Foi relatado como desvantagem do MDF por uma participante, ex-usuária de injetáveis, que para utilizar o método precisa de muito mais autocontrole.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Em estudo realizado por Arévalo et al. (2010b), único estudo realizado no Brasil, foram revisados 2.845 prontuários de mulheres assistidas em Unidade de Reprodução Humana da Universidade de Campinas-SP. Teve-se como objetivo determinar quando, após a interrupção do Anticoncepcional Oral Combinado (AOC), as mulheres poderiam começar a utilizar o MDF. Neste estudo, identificou-se como única razão para uso do método, pelas mulheres, a ausência de efeitos colaterais do MDF.

Gribble et al. (2008) observaram que, em geral, a razão mais comum para a escolha do MDF, foi a ausência de efeitos colaterais. Uma razão adicional foi o baixo custo. Embora os MBPF estejam frequentemente associados com as crenças religiosas, relativamente poucas mulheres deram essa resposta como a razão para a seleção do MDF. Dos participantes do estudo, homens e mulheres, cerca de 90% deles relataram que o MDF era simples de usar.

Outro estudo realizado por Blair et al. (2007) relatou que as participantes dos grupos focais escolheram o MDF por ser um método eficaz; simples de usar; sem efeitos colaterais ou riscos para a saúde; gratuito; compatível com suas crenças religiosas; não requer visitas frequentes ao centro de saúde; fortalece o relacionamento conjugal, pois promove o diálogo entre os parceiros; transmite confiança; promove respeito mútuo e harmonia familiar. Alguns parceiros de usuárias do método escolheram utilizar o MDF porque a correta utilização exige a sua cooperação, então estes se sentem envolvidos no processo de planejamento de sua família. Como fatores desfavoráveis ao uso do método, foram citados: ter indicação para mulheres com ciclos menstruais de 26 a 32 dias; não protege das DSTs e declararam dificuldade de observar a janela fértil.

Germano e Jennings (2006) analisando a incorporação de dois MBPF, MDF e Método dos Dois Dias (MDD) na prática, descreveram que a maioria dos participantes do estudo realizado por Gribble (2003) escolheu o MDF por ser este um método natural e sem efeitos colaterais. A religião pareceu ser um fator muito menor na escolha do método. Encontrou, também, descrito por Institute for Reproductive Health (2006) que o MDF é fácil de ser ensinado pelos prestadores e de ser assimilado pelas clientes.

Estudo realizado em Istambul, na Turquia, por Kalaca et al. (2005), encontrou que a maioria das usuárias do MDF abandonou o método, pois elas ou seus parceiros não gostaram ou não confiaram no método. Na segunda entrevista de seguimento das participantes do estudo, na qual participaram 93 mulheres, 7 (7,5%) abandonaram o método, pois apresentaram um ciclo menstrual fora da faixa de 26 a 32 dias; 10 (10,7%) manifestaram o desejo de descontinuar o método porque mudaram de preferência, desconfiaram do método ou apresentaram ciclos menstruais irregulares. A maioria das entrevistadas que tinha parado o método ou decidiu descontinuar, estava planejando utilizar um contraceptivo mais eficaz.

Gribble (2003) descreveu que dada a facilidade de uso do MDF e a ausência de efeitos colaterais, o método pode estar indicado para casais que não estão usando qualquer método, para aqueles que dependem de um método tradicional e os que estão insatisfeitos com o seu método atual ou passado. Adiciona que o MDF também pode beneficiar algumas mulheres com necessidades não atendidas, como aquelas que usam métodos tradicionais de PF.

O último artigo a descrever os fatores que favorecem e os fatores que dificultam a prática do MDF foi realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002). Neste estudo, as principais razões desfavoráveis ao MDF foram: ciclos fora da faixa de 26 a 32 dias (28%); ouviu falar que a gravidez seria de alto risco (0,2%); não gostou do método (0,2%); não confiava no método (1,7%); e parceiro não gostava do método (2,1%).

Conclusão

Através do estudo observou-se que os principais fatores favoráveis à prática do método foram: ausência de efeitos colaterais (8; 66,6%); fácil de usar (6; 50,0%); associa-se com as crenças religiosas (5; 41,6%); fácil de aprender (4; 33,3%); eficaz, baixo custo e natural (3; 25,0%); melhora a comunicação do casal, transmite confiança e não afeta a saúde (2; 16,6%). Como principais fatores desfavoráveis à prática do método, somaram-se: ciclos fora da faixa de 26-32 dias (6; 50,0%); não confiavam no método (3; 25,0%); não gostavam do método (3; 25,0%).

Percebe-se, portanto, que o principal fator favorável à prática do MDF é a ausência de efeitos colaterais, e o principal fator desfavorável são os ciclos menstruais fora da faixa de 26 a 32 dias.

Entende-se, portanto, que os fatores que favorecem a prática do MDF são fundamentos relevantes à promoção do método pelos serviços de planejamento familiar e que os fatores desfavoráveis podem ser todos contornados com educação em saúde, excetuando-se a presença de ciclos menstruais fora do intervalo de 26 a 32 dias.

Referências

ARÉVALO, M.; JENNINGS, V.; SINAI, I. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception.*, v.60, n.6, p.357-360, Dec. 1999.

ARÉVALO, M.; JENNINGS, V.; SINAI, I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. *Contraception.*, v.65, n.5, p.333-338, May. 2002.

ARÉVALO, M. et al. Adding the Standard Days Method to the contraceptive method mix in a high-prevalence setting in Peru. *Rev Panam Salud Pública.*, v.28, n.2, p.80-85, Aug. 2010a.

ARÉVALO, M. et al. Implications of cycle length immediately after discontinuation of combined oral contraceptives one use of the Standard Days Method. *Int J Gynaecol Obstet.*, v.111, n.1, p.78-81, Oct. 2010b.

BEKELE, B.; FANTAHUN, M. The Standard Days Method: an addition to the arsenal of family planning method choice in Ethiopia. *J Fam Plann Reprod Health Care.*, v. 38, n.3, p.157-166, Jul. 2012.

BLAIR, C. et al. Introducing the Standard Days Method: expanding family planning options in Rwanda. *Afr J Reprod Health.*, v.11, n.2, p.60-68, Aug. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: [s.n.], 2009.

_____. Ministério da Saúde. Saúde sexual e reprodutiva. Brasília, DF: [s.n.], 2010.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. *Res Nurs Health.*, v.10, n.1. p.1-11, Feb. 1987.

GERMANO, E.; JENNINGS, V. New New Approaches to Fertility Awareness-Based Methods: Incorporating the Standard Days and TwoDay Methods into Practice. J Midwifery Womens Health., v. 51, n.6, p.471-477, Nov/Dec. 2006.

GRIBBLE, J. N. The Standard Days Method of Family Planning: A Response to Cairo. International Family Planning Perspectives., v. 29, n.4, p.188-191, Dec. 2003.

GRIBBLE, J. N. et al. Being strategic about contraceptive introduction: the experience of the Standard Days Method. Contraception., v.77, n.3, p.147-154, Mar. 2008.

HATCHER, R. A. et al. Contraceptive Technology. 19. ed. New York: Ardent Media, 2008.

INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH. Meet womens needs by integrating SDM. 2006. Disponível em: <http://www.irh.org/SDM_Implementation/Counseling.htm>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Assessing the impact of scaling up the Standard Days Method in India, Peru, and Rwanda. Georgetown University. Washington, DC: [s.n.], 2008.

_____. The Standard Days Method (SDM): A Modern Family Planning Method. 2010. Georgetown University. Disponível em: <<http://www.hivandsrh.org/toolkits/sdm/standard-days-method%C3%82%C2%AE-sdm-modern-family-planning-method-0>>. Acesso em: 20 set. 2012.

KALACA, S. et al. Expanding family planning options: offering the Standard Days Method to women in Istanbul. J Fam Plann Reprod Health Care., v.31, n.2, p.123-127, Apr. 2005.

LUNDGREN, R. I.; KARRA, M. V.; YAM, E. A. The role of the Standard Days Method in modern family planning services in developing countries. Eur J Contracept Reprod Health Care., v.17, n.4, p.254-259, Aug. 2012.

LUNDGREN, R. et al. Assessing the effect of introducing a new method into family planning programs in India, Peru, and Rwanda. Reprod Health., v.9, n.17, p.9-17, Sept. 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escola Bloomberg de Saúde Pública. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID). Planejamento Familiar: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore: [s.n.], 2007.

SINAI, I.; LUNDGREN, R. I.; GRIBBLE, J. N. Continued use of the Standard Days Method. J Fam Plann Reprod Health Care., v.38, n.3, p.150-156, Jul. 2012.

UJUUU, C. et al. Religion, culture and male involvement in the use of the Standard Days Method: evidence from Enugu and Katsina states of Nigeria. Int Nurs Rev., v.58, n.4, p.484-490, Dec. 2011.

Agradecimentos

Agradecemos a professora Escolástica Rejane Ferreira Moura pelas suas ricas contribuições.

FATORES FAVORÁVEIS E DESFAVORÁVEIS À PRÁTICA DO MÉTODO DOS DIAS FIXOS

Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente – Universidade de Fortaleza. E-mail: mayennep@hotmail.com
Nahana Rebouças Santiago – Universidade de Fortaleza.
Carla Suellen Pires de Sousa – Universidade Federal do Ceará.
Aline Cruz Esmeraldo Áfio – Universidade Federal do Ceará.
Andrezza Alves Dias – Universidade Federal do Ceará.
Escolástica Rejane Ferreira Moura – Universidade Federal do Ceará.

Palavras-chave: Método dos Dias Fixos. Método do Colar. Métodos Anticoncepcionais.

Resumo

O Método dos Dias Fixos (MDF) é uma opção contraceptiva que compõe o leque de métodos anticoncepcionais adotado em serviços de planejamento familiar no Brasil. Apresenta fatores que favorecem ou não a sua prática, todavia, ainda permanece pouco divulgado e utilizado no país. O estudo teve como objetivo identificar fatores que favorecem e/ou que dificultam à prática do MDF. Tratou-se de revisão integrativa realizada em dezembro de 2013 através do descritor “Standard Days Method” de modo que 12 artigos compuseram a amostra do estudo. Encontrou-se que os principais fatores favoráveis à prática do método foram: ausência de efeitos colaterais (8; 66,6%); fácil de usar (6; 50,0%); associa-se com as crenças religiosas (5; 41,6%); fácil de aprender (4; 33,3%); eficaz, baixo custo e natural (3; 25,0%); melhora a comunicação do casal, transmite confiança e não afeta a saúde (2; 16,6%). Como fatores desfavoráveis à prática do método, somaram-se: ciclos fora da faixa de 26 a 32 dias (6; 50,0%); não confiavam no método (3; 25,0%); e não gostavam do método (3; 25,0%). Portanto, os fatores que favorecem a prática do MDF sobressaíram aos fatores desfavoráveis. Nestes últimos apenas a irregularidade de ciclos não seria modificável. Ao considerar essa realidade, torna-se relevante a promoção deste método no leque de métodos anticoncepcionais ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), de modo acessível a cada mulher em idade fértil que busque assistência em planejamento familiar.

Introdução

O Método dos Dias fixos (MDF) ou método do colar é uma opção natural de anticoncepção que apesar de compor o leque de Métodos Anticoncepcionais (MACs) ofertado nos serviços de Planejamento Familiar (PF), ainda permanece pouco divulgado e utilizado no Brasil. Agrega-se como possíveis causas dessa realidade o baixo conhecimento por parte de enfermeiros e outros profissionais da atenção básica, bem como uma dinâmica de serviço que dificulta sua divulgação, como elevadas demandas de usuários, escassez de recursos para educação em saúde, particularmente sobre o MDF, e prática centralizada nas atividades clínicas.

O MDF é uma opção contraceptiva, baseada na percepção da fertilidade, que compõe a variedade de MAC adotada em serviços de PF em mais de 30 países ao redor do mundo a partir de 2002, com assessoria do Instituto de Saúde Reprodutiva (ISR) da Universidade de Georgetown - Estados Unidos e financiamento da *United States Agency for International Development* (USAID) (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010). Uma vez que conduz a identificação do período fértil, também é uma ferramenta para as mulheres e/ou casais que desejam conceber.

O MDF foi criado pelos pesquisadores do Institute for Reproductive Health da Universidade de Georgetown, sendo reconhecido como prática baseada em evidência pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e, assim, incorporada como um dos pilares mais relevantes do PF (INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH, 2010).

Apesar de compor o leque de MACs ofertado pelos profissionais de saúde no Brasil, o MDF ainda é pouco conhecido pelos profissionais de saúde, particularmente por enfermeiros, o que faz do método uma opção pouco ensinada às mulheres. Pode-se comprovar a ausência de uso de MDF

pelas mulheres brasileiras, quando se analisa a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, que descreve o uso de MACs e os tipos de métodos utilizados pelas mulheres na faixa etária de 15 a 44 anos no país, na qual não se observa referência ao MDF como método a ser utilizado pelas mulheres brasileiras, o que reforça a necessidade de promovê-lo como mais uma opção para as mulheres (BRASIL, 2009).

O MDF é um método apropriado para mulheres que possuem ciclos menstruais entre 26 e 32 dias. Embora os ciclos menstruais possam variar, cerca de 78% dos ciclos encontram-se nesse intervalo (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 1999).

O uso do MDF se faz por meio da utilização de um dispositivo artesanal que consiste em um colar de contas codificadas por cores para ajudar a mulher e/ou casal a identificar quando está fértil e acompanhar a duração do seu ciclo (GRIBBLE *et al.*, 2008). O referido colar é constituído por 32 contas, em que cada uma representa um dia do ciclo menstrual. Há também um anel de borracha móvel que é usado para marcar o dia do ciclo. A primeira conta é vermelha, que representa o primeiro dia do ciclo menstrual e as próximas seis contas são marrons, representando os dias inférteis, que antecedem à janela fértil; as próximas 12 contas são de cor branca e representam os dias que devem ser considerados férteis (8º ao 19º dias) e as 13 contas restantes são marrons, representando o período infértil pós-ovulação (BRASIL, 2010; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2007).

O MDF é um método com eficácia comprovada em mais de 95%, isto é, menos de cinco mulheres chegam a engravidar praticando o método ao longo de um ano (ARÉVALO; JENNINGS; SINAI, 2002; HATCHER *et al.*, 2008). Estudo realizado com 1200 mulheres verificou eficácia semelhante de 90%, com 10 de cada 100 mulheres engravidando ao longo de um ano (ARÉVALO *et al.*, 2010a).

As mulheres que fazem uso do MDF tem se mostrado satisfeitas com o método devido a fatores que vão além da eficácia comprovada.

Diante do exposto, este estudo teve por objetivo identificar fatores que favorecem e/ou que dificultam à prática do Método dos Dias Fixos.

Metodologia

Tratou-se de revisão integrativa da literatura, com a finalidade de identificar as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca de fatores que favorecem e/ou que dificultam a prática do Método dos Dias Fixos.

Para sua operacionalização, um protocolo foi estabelecido com as seguintes etapas: seleção da pergunta de pesquisa; definição dos critérios de inclusão de estudos e seleção da amostra; representação dos estudos, considerando as características em comum; análise crítica dos resultados, identificando diferenças e conflitos; discussão e interpretação e apresentação dos resultados (GANONG, 1987).

Estabeleceu-se a pergunta norteadora: quais as evidências disponíveis na literatura nacional e internacional acerca dos fatores que favorecem e dificultam a prática do Método dos Dias Fixos?

A seleção dos estudos foi realizada em dezembro de 2013, sendo a consulta bibliográfica computadorizada realizada via Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), em todos os índices, na fonte Ciências da Saúde em Geral, que inclui as seguintes bases de dados: Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), Biblioteca Cochrane e *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO). Para obtenção de um levantamento mais abrangente da literatura, não se limitou o fator tempo para a publicação dos estudos. por meio do site de busca

Utilizou-se o seguinte descritor controlado “*Standard Days Method*” do DeCS, de forma individual. Ao utilizar o descritor em português “Método dos Dias Fixos”, não foi encontrado nenhum estudo.

Foram excluídos estudos indisponíveis por via eletrônica; estudos publicados em outros idiomas que não o inglês, espanhol ou português; e cartas. Foram incluídos os estudos que abordavam o MDF na perspectiva da temática de interesse da revisão, e que tratava de artigos publicados em periódicos.

Com a utilização do descritor supracitado (*Standard Days Method*), a busca identificou 24 estudos. Para a seleção, foram aplicados os critérios de inclusão/exclusão a partir da leitura dos títulos, seguida pela leitura dos resumos de cada artigo, sendo que quando estes não foram esclarecedores, foi realizada a busca do texto completo do artigo, evitando-se excluir estudos relevantes. Desta forma, 12 estudos foram selecionados ao final. Estes foram lidos na íntegra para análise crítica.

Resultados e Discussão

Lundgren *et al.* (2012) descreveram que a maioria das mulheres do estudo realizado por Gribble *et al.* (2008) avaliaram o MDF como método fácil de aprender, fácil de usar, eficaz e sem efeitos colaterais.

Em estudo transversal realizado por Bekele e Fantahun (2012), as razões mais comuns descritas pelas mulheres para a escolha do MDF foram: 129 (70,1%) dos casos, a ausência de efeitos colaterais; 99 (53,8%), medo de efeitos colaterais, particularmente provocados pelos contraceptivos hormonais; e 9 (4,9%), facilidade de uso. Outras razões foram o método não ter custos para a usuária (5; 2,7%); e ser um método natural (5; 2,7%). Embora os Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF) sejam frequentemente associados com as crenças religiosas, apenas uma mulher ressaltou esta razão para a escolha do método.

Ainda conforme o estudo anterior, na fase de entrevista 148 (80,4%) mulheres estavam usando o MDF para evitar a gravidez, enquanto 36 (19,6%) tinham interrompido o método. Destas, 36 mulheres que interromperam o método, 10 tiveram que parar o método porque tiveram ciclos menstruais irregulares fora da faixa de 26 a 32 dias e sete mulheres interromperam porque não confiaram no método. Os parceiros das usuárias do MDF descreveram que decidiram usar o MDF por ser o mesmo natural e não ter efeitos colaterais. Alguns

também relataram que o MDF é simples de aprender, fácil de usar e não requer cálculo, em comparação com outros métodos, como a tabelinha. Provedores citaram como fatores que dificultam a adesão ao MDF a desconfiança no método por algumas clientes, indisponibilidade de calendário para ser fornecido à usuária pelo provedor, ruptura do anel do colar e falta de cooperação de alguns parceiros na gestão dos dias férteis.

Outro estudo realizado por Sinai, Lundgren e Gribble (2012) descreveu que uma das principais razões para a suspensão do MDF no primeiro ano de uso foi ter um segundo ciclo menstrual fora do intervalo preconizado (26 a 32 dias). Adicionaram, também, que mulheres que não gostam do método ou têm problemas de usá-lo corretamente, geralmente, interrompem o uso no primeiro ano.

No estudo de revisão realizado por Lundgren, Karra e Yam (2012), os autores relataram que as usuárias do MDF dos estudos desenvolvidos por Gribble et al. (2008) e Institute for Reproductive Health (2008) citaram repetidamente a satisfação das usuárias com os custos mínimos, a simplicidade, a naturalidade, a participação de ambos os parceiros, e, em menor medida, a sua compatibilidade com as crenças religiosas. A interrupção do método devido a presença de ciclo menstrual fora do intervalo de 26 a 32 dias foi uma das razões mais comumente citadas no estudo de Blair et al. (2007) e descrito no estudo de Lundgren, Karra e Yam (2012).

Em estudo realizado por Ujuju et al. (2011) as razões mais comuns para a escolha do MDF pelas mulheres foram: o método é eficaz na prevenção de gravidez não planejada; simples de entender; fácil de usar; não possui efeitos colaterais; durável; promove paz de espírito, pois deixam de se preocupar com quaisquer efeitos colaterais dos contraceptivos hormonais ou os riscos de engravidar quando não estavam utilizando nenhum método; transmite confiança; promove melhora da discussão entre o casal; melhora a comunicação do casal e compreensão. Os parceiros das usuárias do método citaram como benefícios do método, ajuda no desenvolvimento da confiança no parceiro; promove autocontrole e ajuda no planejamento da família. Foi relatado como desvantagem do MDF por uma participante, ex-usuária de injetáveis, que para utilizar o método precisa de muito mais autocontrole.

Em estudo realizado por Arévalo et al. (2010b), único estudo realizado no Brasil, foram revisados 2.845 prontuários de mulheres assistidas em Unidade de Reprodução Humana da Universidade de Campinas-SP. Teve-se como objetivo determinar quando, após a interrupção do Anticoncepcional Oral Combinado (AOC), as mulheres poderiam começar a utilizar o MDF. Neste estudo, identificou-se como única razão para uso do método, pelas mulheres, a ausência de efeitos colaterais do MDF.

Gribble et al. (2008) observaram que, em geral, a razão mais comum para a escolha do MDF, foi a ausência de efeitos colaterais. Uma razão adicional foi o baixo custo. Embora os MBPF estejam frequentemente associados com as crenças religiosas, relativamente poucas mulheres deram essa resposta como a razão para a seleção do MDF. Dos participantes do estudo, homens e mulheres, cerca de 90% deles relataram que o MDF era simples de usar.

Outro estudo realizado por Blair et al. (2007) relatou que as participantes dos grupos focais escolheram o MDF por ser um método eficaz; simples de usar; sem efeitos colaterais ou riscos para a saúde; gratuito; compatível com suas crenças religiosas; não requer visitas frequentes ao centro de saúde; fortalece o relacionamento conjugal, pois promove o diálogo entre os parceiros; transmite confiança; promove respeito mútuo e harmonia familiar. Alguns parceiros de usuárias do método escolheram utilizar o MDF porque a correta utilização exige a sua cooperação, então estes se sentem envolvidos no processo de planejamento de sua família. Como fatores desfavoráveis ao uso do método, foram citados: ter indicação para mulheres com ciclos menstruais de 26 a 32 dias; não protege das DSTs e declararam dificuldade de observar a janela fértil.

Germano e Jennings (2006) analisando a incorporação de dois MBPF, MDF e Método dos Dois Dias (MDD) na prática, descreveram que a maioria dos participantes do estudo realizado por Gribble (2003) escolheu o MDF por ser este um método natural e sem efeitos colaterais. A religião pareceu ser um fator muito menor na escolha do método. Encontrou, também, descrito por Institute for Reproductive Health (2006) que o MDF é fácil de ser ensinado pelos prestadores e de ser assimilado pelas clientes.

Estudo realizado em Istambul, na Turquia, por Kalaca et al. (2005), encontrou que a maioria das usuárias do MDF abandonou o método, pois elas ou seus parceiros não gostaram ou não confiaram no método. Na segunda entrevista de seguimento das participantes do estudo, na qual participaram 93 mulheres, 7 (7,5%) abandonaram o método, pois apresentaram um ciclo menstrual fora da faixa de 26 a 32 dias; 10 (10,7%) manifestaram o desejo de descontinuar o método porque mudaram de preferência, desconfiaram do método ou apresentaram ciclos menstruais irregulares. A maioria das entrevistadas que tinha parado o método ou decidiu descontinuar, estava planejando utilizar um contraceptivo mais eficaz.

Gribble (2003) descreveu que dada a facilidade de uso do MDF e a ausência de efeitos colaterais, o método pode estar indicado para casais que não estão usando qualquer método, para aqueles que dependem de um método tradicional e os que estão insatisfeitos com o seu método atual ou passado. Adiciona que o MDF também pode beneficiar algumas mulheres com necessidades não atendidas, como aquelas que usam métodos tradicionais de PF.

O último artigo a descrever os fatores que favorecem e os fatores que dificultam a prática do MDF foi realizado por Arévalo, Jennings e Sinai (2002). Neste estudo, as principais razões desfavoráveis ao MDF foram: ciclos fora da faixa de 26 a 32 dias (28%); ouviu falar que a gravidez seria de alto risco (0,2%); não gostou do método (0,2%); não confiava no método (1,7%); e parceiro não gostava do método (2,1%).

Conclusão

Através do estudo observou-se que os principais fatores favoráveis à prática do método foram: ausência de efeitos colaterais (8; 66,6%); fácil de usar (6; 50,0%); associa-se com as crenças religiosas (5; 41,6%); fácil de aprender (4; 33,3%); eficaz, baixo custo e natural (3; 25,0%); melhora a comunicação do casal, transmite confiança e não afeta a saúde (2; 16,6%). Como principais fatores desfavoráveis à prática do método, somaram-se: ciclos fora da faixa de 26-32 dias (6; 50,0%); não confiavam no método (3; 25,0%); não gostavam do método (3; 25,0%).

Percebe-se, portanto, que o principal fator favorável à prática do MDF é a ausência de efeitos colaterais, e o principal fator desfavorável são os ciclos menstruais fora da faixa de 26 a 32 dias.

Entende-se, portanto, que os fatores que favorecem a prática do MDF são fundamentos relevantes à promoção do método pelos serviços de planejamento familiar e que os fatores desfavoráveis podem ser todos contornados com educação em saúde, excetuando-se a presença de ciclos menstruais fora do intervalo de 26 a 32 dias.

Referências

ARÉVALO, M.; JENNINGS, V.; SINAI, I. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. **Contraception**., v.60, n.6, p.357-360, Dec. 1999.

ARÉVALO, M.; JENNINGS, V.; SINAI, I. Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. **Contraception**., v.65, n.5, p.333-338, May. 2002.

ARÉVALO, M. *et al.* Adding the Standard Days Method to the contraceptive method mix in a high-prevalence setting in Peru. **Rev Panam Salud Pública**., v.28, n.2, p.80-85, Aug. 2010a.

ARÉVALO, M. *et al.* Implications of cycle length immediately after discontinuation of combined oral contraceptives one use of the Standard Days Method. **Int J Gynaecol Obstet**., v.111, n.1, p.78-81, Oct. 2010b.

BEKELE, B.; FANTAHUN, M. The Standard Days Method: an addition to the arsenal of family planning method choice in Ethiopia. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v. 38, n.3, p.157-166, Jul. 2012.

BLAIR, C. *et al.* Introducing the Standard Days Method: expanding family planning options in Rwanda. **Afr J Reprod Health.**, v.11, n.2, p.60-68, Aug. 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília, DF: [s.n.], 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e reprodutiva**. Brasília, DF: [s.n.], 2010.

GANONG, L.H. Integrative reviews of nursing research. **Res Nurs Health.**, v.10, n.1. p.1-11, Feb. 1987.

GERMANO, E.; JENNINGS, V. New New Approaches to Fertility Awareness-Based Methods: Incorporating the Standard Days and TwoDay Methods into Practice. **J Midwifery Womens Health.**, v. 51, n.6, p.471-477, Nov/Dec. 2006.

GRIBBLE, J. N. The Standard Days Method of Family Planning: A Response to Cairo. **International Family Planning Perspectives.**, v. 29, n.4, p.188-191, Dec. 2003.

GRIBBLE, J. N. *et al.* Being strategic about contraceptive introduction: the experience of the Standard Days Method. **Contraception.**, v.77, n.3, p.147-154, Mar. 2008.

HATCHER, R. A. *et al.* **Contraceptive Technology**. 19. ed. New York: Ardent Media, 2008.

INSTITUTE FOR REPRODUCTIVE HEALTH. **Meet womens needs by integrating SDM**. 2006. Disponível em: <http://www.irh.org/SDM_Implementation/Counseling.htm>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. **Assessing the impact of scaling up the Standard Days Method in India, Peru, and Rwanda**. Georgetown University. Washington, DC: [s.n.], 2008.

_____. **The Standard Days Method (SDM): A Modern Family Planning Method**. 2010. Georgetown University. Disponível em: <<http://www.hivandsrh.org/toolkits/sdm/standard-days-method%C3%82%C2%AE-sdm-modern-family-planning-method-0>>. Acesso em: 20 set. 2012.

KALACA, S. *et al.* Expanding family planning options: offering the Standard Days Method to women in Istanbul. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v.31, n.2, p.123-127, Apr. 2005.

LUNDGREN, R. I.; KARRA, M. V.; YAM, E. A. The role of the Standard Days Method in modern family planning services in developing countries. **Eur J Contracept Reprod Health Care.**, v.17, n.4, p.254-259, Aug. 2012.

LUNDGREN, R. *et al.* Assessing the effect of introducing a new method into family planning programs in India, Peru, and Rwanda. **Reprod Health.**, v.9, n.17, p.9-17, Sept. 2012

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Escola Bloomberg de Saúde Públic. Agência para o Desenvolvimento Internacional dos Estados Unidos (USAID). **Planejamento Familiar**: um manual global para profissionais e serviços de saúde. Baltimore: [s.n.], 2007.

SINAI, I.; LUNDGREN, R. I.; GRIBBLE, J. N. Continued use of the Standard Days Method. **J Fam Plann Reprod Health Care.**, v.38, n.3, p.150-156, Jul. 2012.

UJUJU, C. *et al.* Religion, culture and male involvement in the use of the Standard Days Method: evidence from Enugu and Katsina states of Nigeria. **Int Nurs Rev.**, v.58, n.4, p.484-490, Dec. 2011.

Agradecimentos

Agradecemos a professora Escolástica Rejane Ferreira Moura pelas suas ricas contribuições.