

HÁBITOS ALIMENTARES DE ADOLESCENTES DE ESCOLAS PÚBLICAS DE FORTALEZA - CEARÁ

Autor 1: Marina Linhares Bezerra Campos (apresentador) - Universidade Federal do Ceará (UFC) marinalbezerra@gmail.com

Autor 2: Ricardo Hugo Gonzalez - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Autor 3: Luzia Vanessa Alves de Lima - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Autor 4: Yara Luiza Freitas Silva - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Autor 5: Kellyanne Abreu Silva - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Autor 6 : Márcia Maria Tavares Machado (Orientadora) - Universidade Federal do Ceará (UFC)

Palavras-chave: Hábitos Alimentares. Adolescente. Consumo de Alimentos. Obesidade.

Resumo

Os hábitos alimentares dos adolescentes são influenciados desde a infância e podem ser modificados de acordo com as experiências vivenciadas no ambiente familiar, vizinhança e escola. A transição nutricional encontra-se associada à mudança do consumo alimentar da população, sendo, a adolescência bastante influenciada pelos apelos da mídia, acessibilidade de alimentos industrializados nos supermercados e nas escolas, mudança dos comportamentos das compras dos pais, pela facilidade no preparo de determinados alimentos, inclusão da mulher no mercado de trabalho, além da influencia cultural sobre cada produto anunciado e comprado. O objetivo deste estudo foi avaliar os hábitos alimentares de adolescentes de 12 a 17 anos de escolas públicas de Fortaleza, Ceará, no período de Abril a Maio de 2014. Foi do tipo descritivo exploratório e transversal, envolvendo 375 estudantes, utilizando o questionário *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS) em sua versão traduzida e validada para o idioma português. A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e binominal através do programa utilizado para análise estatística foi o SPSS versão 20.0. Os resultados do estudo em relação aos estudos nacionais sobre o hábitos alimentares dos adolescentes mostraram um padrão inferior em relação ao consumo de hortaliças (saladas verdes), cenoura e frutas e semelhante em relação ao uso de refrigerantes, enfatizando a necessidade de ações de promoção da saúde desde o pré-natal, como parte integrante de ações de saúde na prevenção de erros alimentares futuros, que podem gerar graves problemas de saúde pública como a obesidade infantil e juvenil, anemia e suas consequências.

Introdução

Os hábitos alimentares são formados gradativamente ao longo da vida, principalmente na primeira infância (BRASIL, 2005). Hábitos inadequados durante a infância e adolescência são fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis na idade adulta (ANDING *et al.*, 1996).

Estudos internacionais confirmam o que a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza sobre a importância de desenvolver hábitos alimentares saudáveis entre crianças e adolescentes para a prevenção de doenças e manutenção da saúde na vida. Destaca-se, dentre os hábitos saudáveis, o consumo de frutas e hortaliças como potencial fator de proteção para excesso de peso, doenças cardiovasculares e diabetes tipo 2 (CURRIE *et al.*, 2012).

Na contemporaneidade, o crescimento das indústrias de alimentos atreladas à acessibilidade aos alimentos, ampliação das redes de alimentos (*fast food*, cantinas escolares, lanchonetes, quiosques e restaurantes) tem ditado o modo do consumo alimentar e entrada de produtos alimentares em substituição dos alimentos tradicionais que eram consumidos (KAC *et al.*, 2007).

A alimentação das crianças e adolescentes caminha para a falta de qualidade nutricional, apresentando um alto nível de gordura total e saturada, sódio e açúcar, enquanto o consumo de frutas e legumes, alimentos ricos em cálcio e fibras estão abaixo do recomendado e os níveis de atividade física tornam-se cada vez menos adequados para manter um corpo saudável (BELLOWS *et al.*, 2008).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A OMS recomenda o estudo dos grupos de alimentos e não os nutrientes isolados (WHO, 1998). Avaliar o padrão do consumo alimentar apresenta a capacidade da alimentação promover saúde ou desenvolver doenças na população estudada (NEUMANN *et al.*, 2007), gerando conhecimentos para subsidiar o planejamento de ações de promoção da saúde (NEWBY *et al.*, 2004).

Os padrões de consumo alimentar são utilizados como fator prognóstico para relacionar a alimentação e risco de doenças crônicas, principalmente quando estas estão associadas a características da alimentação (KAC *et al.*, 2007). Desta forma, investigar os hábitos alimentares de adolescentes, torna-se essencial para conhecer o padrão do consumo alimentar dessa população e avaliar a disponibilidade de alimentos e a inserção da população nos diferentes cenários socioeconômicos.

Metodologia

O presente trabalho trata-se de um estudo descritivo exploratório de corte transversal. Fizeram parte do estudo adolescentes do sexo masculino e feminino, na faixa etária de 12 a 17 anos, estudantes da rede pública de ensino. Foram sorteadas duas escolas da Secretaria Executiva Regional (SER) III da cidade de Fortaleza e, dentro dessas escolas, os adolescentes foram escolhidos de forma não aleatória, de acordo com a disponibilidade. A amostra foi composta de 375 estudantes (212 do sexo feminino e 163 do sexo masculino), nas faixas etárias já descritas, o que representou mais de 90% do total de alunos matriculados nas duas escolas, nessas faixas etárias. A coleta de dados foi realizada entre os meses de Abril e Maio de 2014.

Foi aplicado o questionário *Youth Risk Behavior Survey* (YRBS), idealizado pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), em sua versão traduzida e validada para o idioma português (GUEDES; LOPES, 2010). As questões desse instrumento são divididas nos seguintes segmentos: “Informações Sociodemográficas”, “Segurança pessoal”, “Violência”, “Sentimentos de tristeza e intenção de suicídio”, “Uso de Tabaco”, “Consumo de bebidas alcoólicas”, “Uso de maconha”, “Uso de outras drogas”, “Comportamento sexual”, “Peso corporal”, “Alimentação”, “Atividade Física” e “Saúde”. Todas as questões estão no formato de múltipla escolha, devendo o participante assinalar apenas uma resposta para cada questão proposta. Neste estudo utilizamos a dimensão alimentação. O instrumento foi aplicado na própria sala de aula das escolas, após autorização dos diretores de cada instituição e dos próprios participantes da pesquisa, participando apenas aqueles que se sentiam à vontade para responder as questões.

A análise dos dados foi realizada de forma descritiva e binominal. O programa utilizado para análise estatística foi o SPSS versão 20.0. Primeiramente, foi feita uma análise descritiva dos valores contidos no banco de dados, para verificar se houve algum erro de digitação, na tabulação dos dados do questionário para o programa. Feito isso, realizou-se uma análise descritiva por dimensões, onde todas as variáveis do questionário distribuíram-se pelos 13 segmentos já citados anteriormente. Na terceira etapa, foram feitas as relações de cada variável com o sexo e idade dos participantes, de modo a obter informações relevantes sobre os assuntos abordados. Para verificar se houve diferença significativa ($p < 0,05$) nas as relações entre as dimensões e o sexo/idade, utilizou-se o teste Qui-quadrado de independência.

Resultados e Discussão

Dos 375 estudantes, com a faixa etária entre 12 e 17 anos, 53,5% foram do sexo feminino e 46,5% do sexo masculino. Analisando a dimensão alimentação, do questionário utilizado, do consumo de marcadores da alimentação saudável, 34,9% (131) beberam suco de fruta 100% natural e 43,2% (162) consumiram frutas de uma a três vezes nos últimos sete dias. Entretanto 34,1% (128) e 24,5% (92) não beberam suco de fruta natural e não consumiram frutas. Observou-se que somente 21,9% (81) consumiam fruta uma vez ou mais por dia.

Em relação ao consumo de saladas verdes cerca 58,7% (220) não consumia, onde somente 6,1% (23) consumiam duas vezes ou mais. Ao observar o consumo de cenoura e outros vegetais, verificou-se também que mais da metade não consumia (58,7% (220) e 56% (213), respectivamente). O uso de leite e batata, observamos que 39,5% (148) e 41,6% (156) não fizeram uso nos últimos sete dias, respectivamente.

Quanto ao uso de refrigerantes, o consumo uma ou mais vezes por dia foi observado em 29,6% (111) dos adolescentes, onde somente 16,5% (62) não beberam refrigerantes nos últimos sete dias.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Ao realizar a análise bivariada para verificar a relação consumo de alimentos e idade, encontramos a variável: consumo de fruta ($p=0,045$) como estatisticamente significativa. As outras variáveis não apresentaram associações estatisticamente significantes. Onde verificamos que em todas as faixas etárias, dos 12 aos 17 anos, a maioria consumia refrigerante uma vez ou mais por dia.

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PENSE) revelou que, em relação à alimentação dos escolares, os dois alimentos marcadores de alimentação saudável mais consumidos, cinco ou mais dias por semana, foram: o feijão (69,9%), hortaliças (43,4%) e as frutas (30,2%). Entre os alimentos não saudáveis, destacam-se as guloseimas (41,3%), refrigerantes (33,2%) e biscoitos salgados (35,1%) (IBGE, 2013).

Na pesquisa do Vigitel - Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico em 2010, o consumo de frutas e hortaliças e de feijão em cinco ou mais dias da semana foram relatados por 29,9% e 66,7%, respectivamente, da população com 18 anos ou mais. Por outro lado, é alto o percentual de pessoas que consomem gordura na carne (34,2%) e no leite (56,4%) (BRASIL, 2012). Apesar de pesquisa ter sido realizada com adultos, pode servir como parâmetro para se conhecer os hábitos e escolhas alimentares das famílias, o que pode refletir a alimentação atual dos adolescentes e das crianças.

Os resultados do estudo em relação aos estudos nacionais sobre o hábitos alimentares dos adolescentes mostraram um padrão inferior em relação ao consumo de hortaliças (saladas verdes), cenoura e frutas e semelhante em relação ao uso de refrigerantes. Demonstrando mais uma vez a necessidade do trabalho de educação alimentar e nutricional desde o pré-natal, ainda na primeira infância como parte integrante de ações de saúde na prevenção de erros alimentares futuros, gerando graves problemas de saúde pública como a obesidade infantil e juvenil e anemia.

Passos importantes para assegurar ambientes propícios a padrões saudáveis de alimentação e nutrição para todos já foram dados. A inclusão de metas nacionais para a redução da obesidade no Plano Nacional de Saúde, a aprovação de diretrizes nacionais para a alimentação saudável, o repasse de recursos federais para financiamento de ações específicas de promoção de alimentação saudável e de atividade física nos municípios, e a resolução da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) que regulamenta a publicidade de alimentos não saudáveis. No âmbito intersetorial, destaca-se a adoção de políticas de segurança alimentar e nutricional bem como a integração do Programa Nacional de Alimentação Escolar (PNAE) com a produção local de alimentos e a agricultura familiar, favorecendo a oferta de frutas e hortaliças nas escolas e comunidades (IBGE, 2010).

Conclusão

Os resultados deste estudo enfatizam a necessidade de ampliação e intensificação de ações de promoção da saúde, através da educação alimentar e nutricional nas escolas com pais, professores, diretores e estudantes para o esclarecimento e informação sobre alimentação saudável, além de ações durante a primeira infância, janela única de oportunidades, para o estabelecimento das

preferências alimentares e prevenção de doenças crônicas na vida adulta.

Referências

ANDING, J. D. *et al.* Blood lipids, cardiovascular fitness, obesity, and blood pressure: the presence of potential coronary heart disease risk factors in adolescents. Chicago: Academy of Nutrition and Dietetics **Journal of the American Dietetic Association**, v. 96, n. 3, p. 238-242, Mar. 1996. Disponível em: < <http://www.andjrn.org/article/S0002-8223%2896%2900073-9/abstract>>. Acesso em 10 mar. 2014.

BELLOWS, L. *et al.* Formative research and strategic development of a physical activity component to a social marketing campaign for obesity prevention in preschoolers. **Journal of Community Health**, v. 33, p.169-178. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde. 2012. 136p. Disponível em: < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/vigitel_brasil_2011.pdf>. Acesso em 5 jan. 2014.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

CURRIE, C.*et al.* Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Health Policy for Children and Adolescents. N. 6. 2012. Disponível em: < http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/163857/Social-determinants-of-health-and-well-being-among-young-people.pdf>. Acesso em 29 ago. 2014.

GUEDES, Dartagnan Pinto; LOPES, Cynthia Correa. Validação da versão brasileira do Youth Risk Behavior Survey. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 5, p. 840-50. 2010. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500009>. Acesso em 11 ago. 2014.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. 2013. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/pense_2012.pdf>. Acesso em 14 mai. 2014.

_____. Pesquisa de Orçamentos Familiares: Antropometria e estado nutricional de crianças, adolescentes e adultos no Brasil. 2010. Disponível em: < http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/pof/2008_2009_encaa/pof_20082009_encaa.pdf>. Acesso em 23 jul. 2014.

KAC, G. SICHIERI, R. GIGANTE, D. P. **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

NEUMANN, A. I. C. P. *et al.* Padrões alimentares associados a fatores de risco para doenças cardiovasculares entre residentes de um município brasileiro. **Rev Panam Salud Publica**, v. 22, n. 5, p.329-39. 2007. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v22n5/a06v22n5.pdf>>. Acesso em 20 ago. 2014.

NEWBY, P. K. *et al.* Food patterns measured by factor analysis and anthropometric changes in adults. **Am J Clin Nutr**, v. 80, n.2, p.504-13. 2004. Disponível em:< <http://ajcn.nutrition.org/content/80/2/504.full>>. Acesso em 28 ago. 2014.

WHO (World Health Organization). **Preparation and use of food-based dietary guidelines**. Geneva: WHO, 1998. Disponível em:<<http://www.fao.org/docrep/X0243E/x0243e00.htm>>. Acesso em 15 ago. 2014.

Agradecimentos

Agradecemos a III SER de Fortaleza por nos permitir o acesso às escolas. Aos diretores das duas escolas visitadas, professores e servidores, e em especial, aos pais e alunos dos participantes desta pesquisa.

HÁBITOS PRIMÁRIO DE HIGIENE NA EDUCAÇÃO INFANTIL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Naiane Rolim Nascimento (apresentador) – Universidade Regional do Cariri (URCA). naianerolim@hotmail.com

Márcio Anderson Silva Holanda - URCA

Camila Lima Silva - URCA

George Pimentel Fernandes (orientador) – URCA

Palavras-chave: Educação infantil. Promoção da saúde. Educação em saúde. Cuidado de enfermagem. Promoção a saúde.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Resumo

O presente estudo objetivou levar o conhecimento sobre hábitos de higiene primários necessários ao público infantil, portanto, tem a perspectiva de ensinar, de forma a motivar a prática no dia a dia. Para as crianças participantes, apontamos os possíveis benefícios e/ou contribuições de se ter uma boa higiene e identificamos as limitações que elas vivenciam. Esse trabalho trata-se de uma pesquisa ação, realizada por meio de atividades de natureza expositivo-ilustrativa-prática, com incentivo ao relato do aprendizado por meio da representação gráfica (desenho). Além da prática que estimula a sua internalização, ocorreu a encenação da realidade por meio do teatro de fantoches. Do conjunto de atividades, deduzimos que não importa a idade da criança, mesmo abrangendo a faixa etária de pré-escolares (2-6 anos de idade), elas captam e aprendem o que se é proposto através de uma didática que envolva-as. Com isto, reafirmamos que, se o conteúdo e a forma de transmitir o ensino forem adequados, o ensino terá êxito. As crianças da Educação Infantil conseguiram absorver tudo que foi ensinado não havendo perda do foco ou distrações durante a apresentação proposta. Atribuímos este fato aos recursos utilizados no trabalho, que foi resultado de uma preocupação com a forma de transmitir esses ensinamentos para um público infantil. Ressaltando-se também a importância da relação criança-acadêmico, através do contato 'olho no olho', onde a criança se sentiu à vontade em um processo de comunicação e mostrou interesse em aprender a partir dos ensinamentos, além da viabilização do bom relacionamento entre as crianças.

Introdução

A promoção da saúde e a prevenção de agravos se dão através do desenvolvimento de habilidades e destrezas por meio de oportunidades educativas e contribui diretamente para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano, colaborando na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, reforçando a solidariedade e o altruísmo, o espírito comunitário e os direitos humanos (SILVA, 2007).

No ambiente escolar, o saber teórico e prático sobre saúde e doença foi sendo construído de acordo com o cenário ideológico da época e as questões sobre saúde abordadas com base no referencial teórico de cada momento (GONÇALVES *et al*, 2008). Segundo Larocca e Marques (2010), atualmente os conceitos de saúde e doença se apresentam como noções aparentemente vagas à época estudada, em meados do século XX se deparando aos brasileiros sob a forma de prescrições e estratégias bastante claras: higienização e educação.

A Declaração de Bogotá, feita em 1992, propõe, entre outras coisas, a criação de condições adequadas para a construção do conhecimento que, apoiado pela participação da comunidade educativa, poderá favorecer a adoção de estilos de vida saudáveis e condutas de proteção ao meio ambiente. Após a 4ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Jacarta, em 1997, elaborou-se um documento denominado Declaração das Escolas Promotoras de Saúde, o qual preconizava que toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma Escola Promotora de Saúde (BRASIL, 2001).

Do ponto de vista social, tanto a conceituação de higiene quanto o redimensionamento da Enfermagem estão, à época interligada por concepções advindas da cientificidade, do contexto político e cultural específicos do século XIX. O nascimento da Enfermagem Moderna, através de Florence Nightingale (1820-1910), trouxe consigo discussões que arremetiam à importância da água na salubridade dos ambientes, principalmente se tratando de lugares onde se tratava do fator saúde-doença. Não deixando de tratar da importância do banho com água e sabão, na higiene corporal (NIGHTGALE, 1989).

Com relação ao envolvimento do ensino com a brincadeira seja ela por meio de desenho, encenação ou faz-de-conta Vygotsky (1989) afirma que, o brincar cria uma zona de desenvolvimento proximal, impulsionando a criança para além do estágio de desenvolvimento que ela já atingiu, assim apresentando-se acima do esperado para a sua idade e de seu comportamento habitual.

Ao se referir às aulas expositivas na contribuição de melhorias do ensino, Alves (2011), afirma que, elas tem como objetivo o caráter motivacional e a noção com a visão geral sobre o conteúdo. Esse trabalho tem, portanto o enfoque no cuidado de enfermagem, não só se tratando do nosso processo de enfermagem e assistência em si, mas também no ensino de tudo que seja relativo aos hábitos saudáveis de vida relacionados à higiene, principalmente voltados ao público infantil, mostrando que a enfermagem desde o seu princípio já trazia essa importância dos cuidados de higiene, não só coletiva, mas também pessoal.

O presente estudo tem por objetivo levar o conhecimento sobre os hábitos de higiene primários necessários ao público infantil, portanto, tem a perspectiva de ensinar, de forma a motivar a prática no dia a dia, apontando as crianças participantes os possíveis benefícios e/ou contribuições de se ter uma boa higiene e identificara limitações vivenciadas por tais crianças associadas a essas atividades.

Metodologia

Pesquisa-ação que caracteriza-se como um estudo descritivo e de abordagem qualitativa.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

A pesquisa foi realizada em uma Escola particular infantil, na cidade de Crato-CE, no mês de fevereiro de 2014. A população da pesquisa foi composta por crianças no estágio de desenvolvimento da primeira infância, que segundo Wong (2011) são as crianças entre a idade de 1 a 6 anos, que se ramifica entre a classificação de infante ou toddler (1 a 3 anos) e pré-escolares (3 a 6 anos), que no seguinte estudo caracterizou-se por uma população entre a faixa etária de 2 a 6 anos, que foi subdividido em dois grupos, um com as crianças de 2 a 4 anos e outro com as de 5 a 6 anos de idade.

A aula foi elaborada visando alcançar as seguintes metas: possibilitar a aquisição de noções básicas a respeito de hábitos pessoais de higiene com o corpo usados no dia-a-dia – cabelos, unhas, dentes – além de incentivar outros hábitos de vida saudáveis, como a alimentação, a fim de promover e atuar na prevenção de agravos à saúde.

A atividade da pesquisa foi dividida em três momentos. Inicialmente no primeiro momento, foram reunidos em uma sala de aula os alunos da escola na idade de 3 a 4 anos, onde deu-se início a primeira atividade, onde foi realizada uma dinâmica de representação gráfica em que foi feito o pedido para que todas as crianças realizassem um desenho sobre os hábitos de higiene já conhecidos e/ou realizados por eles. Todos os alunos participaram, alguns pediam ajuda com dicas para realização do desenho. Logo em seguida, ao terminarem a atividade todos os desenhos foram identificados e subsequentemente recolhidos pelos graduandos, com o auxílio dos professores da escola.

No segundo momento foi realizada a aula expositiva-ilustrativa-prática por meio de imagens infantilizadas através de slide-show e a participação dos acadêmicos na simulação, onde as crianças puderam descrever as atividades que estavam sendo realizadas em cada situação, ao mesmo tempo em que eram instigadas a explicar a importância da realização de cada uma e responder se elas realizavam as atividades propostas. Na sequência da aula foram exibidas as maneiras corretas de se realizar cada prática de higiene citada anteriormente, por meio da exposição de figuras e simulação dos acadêmicos juntamente com a ajuda dos próprios alunos, realizando o passo a passo e as correções necessárias nas técnicas já conhecidas pelas crianças.

Seguida da finalização da aula foi novamente pedido às crianças que fizessem um novo desenho, agora com algo novo ou a maneira correta que aprenderam de algum hábito de higiene citado na aula. Logo na sequência, o primeiro e segundo momento foram realizados novamente, agora com as crianças de 4 a 6 anos, onde novamente foram solicitados os seus desenhos, logo após identificados e previamente recolhidos e seguido da aula expositiva e a realização de um novo desenho, agora com o hábito aprendido ou a técnica corrigida.

No terceiro momento foi realizada uma pequena encenação por meio do teatro de fantoches que abordava também a questão dos hábitos de uma boa higiene, agora com todos os alunos, compreendendo o público de 2 a 6 anos, onde foi retratada uma história que remetia a vida cotidiana de uma criança da mesma média de idade das crianças da escola, a fim de envolvê-las na história encenada e que não gostava de realizar hábitos de higiene diários, como tomar banho e escovar os dentes. A história não foi muito longa, a fim de não se tornar cansativa ao público ou fazer com que eles perdessem a linha de raciocínio da história com muitas informações.

No final da manhã e das atividades todas as crianças ganharam doces, como prova de que elas podem e devem fazer a ingestão de carboidratos, porém, foram corretamente orientadas sobre os horários e a quantidade correta para a sua ingestão, se, exceder o uso, que hábitos de higiene realizar após, além da autorização dos pais nesse consumo.

Resultados e Discussão

A apresentação proposta, juntamente com os recursos utilizados no trabalho, foi resultado de uma preocupação com a forma de transmitir esses ensinamentos para um público de pré-escolares, a fim de poder desenvolver um trabalho com o qual o nível de aceitação e compreensão fosse alcançado de forma positiva. Essa preocupação também nos encarregou de levar a informação não apenas de uma forma, mas sim dinamizando o trabalho realizado, propondo algo que fosse interessante e que despertasse a atenção, ao mesmo tempo não sendo cansativo, o que contribuiu de forma favorável nos resultados obtidos.

Em relação ao primeiro momento, na faixa etária de 3 a 4 anos não foram observados resultados relevantes, tendo em vista a maior dificuldade de compreensão e de realização do que lhe é ordenado, o que já apresentou-se de maneira diferente na faixa etária de 5 a 6 anos, onde as crianças, mesmo compreendendo o mesmo nível de pré-escolares das menores mostraram um melhor desempenho da atividade, realizando-a de maneira mais caprichosa e seguindo de maneira singular o pedido realizado pelos acadêmicos.

O segundo momento demonstrou um resultado bastante positivo, já que conseguiu despertar a atenção nos dois momentos de sua realização, ou seja, com as duas faixas etárias. Os dois grupos se propuseram a realizar e simular as práticas, além de contribuírem de maneira voluntária, se dispondo a simular as práticas na frente da sala e ajudar aos colegas a aprenderem. O que foi afirmado por Einarsdóttir (2008), ao constatar que as crianças valorizavam muito a oportunidade de brincar e interagir com seus pares na escola.

Não foi encontrado na literatura nada no que diz respeito à utilização de aulas expositivas com uma faixa etária tão baixa quanto a abordada nesse estudo, no caso, a faixa etária de 3 a 6 anos de idade. O que propõe mais estudos relacionados à área com a faixa etária proposta. E quando se trata do assunto com faixas etárias um pouco mais elevadas se afirma o contrário, ou seja, que não há muita eficácia na utilização de aulas expositivas com crianças.

Segundo Pacca (2010), existe uma necessidade de constante interação explícita com os alunos, quando se trata de ministrar uma aula, o que não se consegue em uma aula expositiva, não ocorrendo à interação e a participação do aprendiz. O que não aconteceu no caso

explicitado nesse estudo, conseguindo alcançar o objetivo de aprendizado, além da interação e participação necessária no processo da aprendizagem.

Seguindo a discussão do terceiro momento, pode-se constatar a receptividade da atividade por meio das duas faixas etárias anteriormente segregadas. Destacando-se, que o grupo mais jovem reagiu de maneira mais eufórica, interpretando a situação com mais realismo e o grupo de crianças mais velhas foram mais contidas, cientes de que aquilo era realmente só uma encenação de bonecos. Acredita-se que a aceitação do grupo seja evidenciada pelo fato de a encenação ser caracterizada como uma forma de brincadeira.

As duas faixas etárias compreenderam a história encenada, participaram ativamente no decorrer da apresentação respondendo as perguntas realizadas. Ao serem indagadas por meio dos próprios personagens dos fantoches a respeito do que seria correto fazer na situação do menino da história todas as crianças opinaram sobre a realização dos hábitos de higiene e a maneira que essa ação deveria ser feita.

Os três momentos foram bem proveitosos, levando em consideração que ocupamos uma manhã inteira na escola para a realização das atividades propostas, onde os alunos conseguiram tirar um bom aproveitamento de todas as atividades realizadas dentro da instituição. No estudo de Marques (2013) foram geradas três subcategorias referentes aos conteúdos aplicados por meio de brincadeiras por método de eleição realizada com o depoimento das próprias crianças a partir dos conteúdos referentes ao brincar, que foram a brincadeiras de pátio, Brincadeiras de sala e adultos que brincam. As duas primeiras subcategorias ficaram em primeiro e segundo lugar simultaneamente na sua pesquisa e estão em uso na nossa pesquisa.

A segregação da atividade do primeiro momento entre a faixa etária de pré-escolares também foi de grande valia, deixando tempo livre para as crianças realizarem suas atividades básicas diárias, como o lanche, beber água e as idas ao banheiro durante a primeira e a segunda aula expositiva, não prejudicando as necessidades de nenhuma criança.

Conclusão

Por meio desse trabalho pode-se concluir a importância do conhecimento a nível de promoção e prevenção de agravos a saúde por meio dos hábitos de higiene corretos desde a infância, o que é direito de toda criança, para uma então garantia do aprendizado e prática até durante a vida adulta, uma vez que a criança tem uma maior facilidade de aprendizado, além do hábito de exercitar tudo o que aprende.

Chegou-se também à constatação de que se pode atingir um bom nível de entendimento na faixa etária proposta, independente de qual seja ela, até mesmo com pré-escolares, desde que a informação seja levada da maneira correta, ou seja, de maneira acessível para que o público pré-determinado possa atingir um bom nível de entendimento.

Com relação à forma de transmitir o conhecimento é importante haver o envolvimento da brincadeira, mesmo havendo outras formas de abordar o assunto, para que as crianças consigam se divertir e ao mesmo tempo absorver aquele conhecimento de forma a incorporá-lo no cotidiano do seu dia-a-dia.

A educação em saúde é importante e deve estar presente não só nos próprios serviços de saúde, mas também na escola e com as crianças, que conseguem absorver as informações de maneira ágil, além de transmitir o repasse de informações com seus familiares em casa ou até mesmo na comunidade onde vive.

Ressalta-se também a importância da interação das crianças com os acadêmicos assim como com os próprios colegas, com o contato olho no olho e disposição de ensinar transparecida para que a criança se sinta à vontade em interagir e mostrar interesse em aprender a partir dos ensinamentos ou até mesmo do contato e troca de informação e conhecimento entre colegas, alunos e graduandos no papel de mestres.

Referências

ALVES, Danilo T. *et al.* Análise de Metodologia baseada no Sistema de Ensino individualizado de Keller aplicada em um curso introdutório de eletromagnetismo. **Revista Brasileira de Ensino de Física**, v. 33, n. 1, 2011.

BRASIL. IEC/FIOCRUZ. **Promoção da saúde**. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

EINARSDÓTTIR, J. Children's and parents: perspectives on the purposes of playschool in Iceland. **International Journal of Educational Research**, v. 47, p. 283-291, 2008.

GONÇALVES, Fernanda Denardin; *et al.* Health promotion in primary school. Interface – **Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.181-92, jan./mar. 2008.

KEMMIS, S. and McTaggart, R. **The action research planner**, 3rd. Ed. Victoria: Deakin University, 1998.

LAROCCA, Liliana Müller; MARQUES, Vera Regina Beltrão. HIGIENE E INFÂNCIA NO PARANÁ: A MISSÃO DE FORMAR HÁBITOSSAUDÁVEIS (1931-1949). **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, Abril-Junho, v.19, n. 2,p. 309-16, 2010.

LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. São Paulo: Editora Cortez, 1994.

LEITE, Francisco Tarciso. **Metodologia científica**: métodos e técnicas de pesquisa: monografias, dissertações, teses e livros. Aparecida, SP: Idéias& Letras, 2008.

MARQUES, Fernanda Martins; SPERB, Tania Mara. A Escola de Educação Infantil na Perspectiva das Crianças. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 26, n. 2, p. 414-421, 2013.

NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem**: o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, p. 174, 1989.

PACCA, J. L. A.; SCARINCI, A. L. O que pensam os professores sobre a função da aula expositiva para a aprendizagem significativa. **Ciência & Educação**, v. 16, n. 3, p. 709-721, 2010.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social**: Métodos e Técnicas. São Paulo: Atlas, 2011.

SILVA, C. S. Escola promotora de saúde: uma nova forma de fazer saúde escolar. In: LOPEZ, F. A., CAMPOS JUNIOR, D. **Tratado de pediatria**. Barueri: Manole; 2007.

WONG, Donna L. **Fundamentos de enfermagem pediátrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

VYGOTSKY, L. S. **A formação social da mente**: O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores (J. C. Neto, L. S. M. Barreto, & S. C. Afeche, Trans.). São Paulo, SP: Martins Fontes, 1989.

HANSENÍASE NA PERSPECTIVA DO JOVEM

Deyla Moura Ramos Isoldi - Universidade Federal do Rio Grande do Norte (deylinha@hotmail.com)

Ana Michele De Farias Cabral – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Bruna Rodrigues Monteiro – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

João Evangelista da Costa - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Raiane Caroline da Silva França – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Clélia Albino Simpson (Orientador) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Palavras-chave: Educação em Saúde. Hanseníase. Enfermagem.

Resumo

Objetivo: Identificar o conhecimento dos adolescentes ligados ao Serviço de Convivência e fortalecimento de vínculo de Parnamirim, quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da Hanseníase. **Método:** Estudo exploratório-descritivo combinado, de natureza quantitativa, realizado com população de 560 integrantes do serviço e amostra de 109 jovens. Critérios de seleção da amostra: alunos matriculados na escola selecionada para estudo, presentes em sala de aula e que assinaram o TCLE. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo questões fechadas sobre a hanseníase. O projeto foi submetido e aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com número de protocolo e CAAE. **Resultados e Discussão:** Observou-se o desconhecimento a cerca da hanseníase, mudando após a realização da palestra. **Conclusão:** confirmou-se o satisfatório acréscimo de conhecimento dos jovens quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Descritores: Educação em Saúde, Hanseníase, Enfermagem.

Introdução

Doença infecto-contagiosa, a hanseníase é causada pela bactéria *Mycobacterium leprae*. A doença manifesta-se através de sinais e sintomas dermatoneurológicos, podendo causar lesões cutâneas e diminuição da sensibilidade térmica, dolorosa e tátil, o que torna elevado o potencial incapacitante da mesma (ALVES, 2010).

A prevalência mundial registrada da hanseníase no início de 2011 corresponde há 192.246 casos novos. Atualmente, o Brasil ocupa o segundo lugar em detecção de casos de hanseníase, atrás apenas da Índia e é o único país da América a estar entre os 15 países com taxa de detecção igual a 1.000 casos

(WHO, 2011).

A estratégia global para a redução da prevalência da hanseníase vem sendo adotada e implementada em países onde a doença é endêmica. Essa estratégia, reformulada para o período de 2011-2015, objetiva reduzir a taxa de casos novos com grau de

incapacidade 2, estimulando o diagnóstico precoce e a adoção da Poliquimioterapia (PQT) de caráter imediato. Essas ações favorecerão a redução de novos casos e, posteriormente, uma redução da transmissão da doença na sociedade (WHO, 2011).

Para considerar a hanseníase eliminada, conforme proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o país tem que atingir menos de um caso de hanseníase para cada 10 mil habitantes (BRASIL, 2013).

No Brasil, em 2012 o coeficiente de prevalência de hanseníase foi 1,51 caso/10 mil habitantes, redução de 12% em relação ao valor do coeficiente no ano 2004 (1,71 caso/10 mil habitantes) em relação a outros países-membros da OMS (Organização Mundial da Saúde). Enquanto que o coeficiente geral de detecção em 2012 em menores de 15 anos correspondeu a 2.246 (7%) em menores de 15 anos (BRASIL, 2013).

Apesar da redução do coeficiente percentual da hanseníase em 41,5% entre 2003 e 2012 no Brasil, a região Nordeste ainda apresenta 25,8 casos novos por 100 mil habitantes, tendo uma maior endemicidade em relação as regiões Sul e Sudestes (BRASIL, 2013).

O Rio Grande do Norte (RN) apresentou no ano de 2012 incidência de 9,94 casos em cada 100 mil habitantes. Posicionando-se como uma ilha entre os Estados da Paraíba com 18,64 e Ceará 24,99, que apresentam maior taxa de prevalência em relação ao RN (BRASIL, 2012).

O Caderno de Atenção Básica, elaborado pelo Ministério da Saúde, apresenta como roteiro de diagnóstico clínico os seguintes passos: anamnese (obtenção da história clínica e epidemiológica); avaliação dermatológica (identificação de lesões de pele e alteração de sensibilidade); avaliação neurológica (identificação de neurites, incapacidades e deformidades); diagnóstico dos estados reacionais; diagnóstico diferencial e classificação do grau de incapacidade física (BRASIL, 2010).

Além dessas recomendações, é ressaltada a importância das atividades de educação em saúde como um ponto estratégico na sua eliminação. Estando voltada para sinais e sintomas da doença, busca ativa de casos e seus contatos intradomiciliares, principalmente, se a mesma estiver voltada para os escolares (MARINUS 2012; MOURA 2012).

O esclarecimento, acerca da hanseníase, ajudará na identificação e na prevenção de incapacidades, haja vista o diagnóstico precoce, prevenindo o estigma e preconceito em relação à doença (PINHEIRO MGC, 2014).

Dentre as ações do Sistema Único de Assistência Social, encontra-se o ProJovem que atende jovens de 15 a 17 anos, que objetiva o fortalecimento da convivência familiar e comunitária, o retorno dos adolescentes à escola e sua permanência no sistema de ensino, através do desenvolvimento de atividades que estimulem a convivência social, a participação cidadã e uma formação geral para o mundo do trabalho melhorando sua qualidade de vida (BRASIL, 2013b).

Em uma perspectiva de continuidade, escolheu-se os grupos do ProJovem, na tentativa de contribuir na capacitação desses com informações sobre saúde, e por acreditar, que os mesmos são os principais divulgadores de ações de promoção à saúde.

Diante do exposto, acreditando-se que exista subnotificação de novos casos de hanseníase no estado do Rio Grande do Norte, evidenciado pelo índice baixo em relação aos estados que o cercam, a Educação em Saúde para jovens se configura uma estratégia de prevenção e detecção precoce da doença de forma efetiva e eficaz.

No sentido de direcionar o estudo, partimos do seguinte questionamento: Quais são os conhecimentos dos alunos do SCFV em Parnamirim a respeito da Hanseníase?

Com o intuito de responder tal questionamento, traçou-se o seguinte objetivo:

Identificar o conhecimento dos adolescentes ligados ao SCFV da Secretaria de Assistência Social de Parnamirim, quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da Hanseníase.

Metodologia

O presente estudo é do tipo exploratório-descritivo combinado, de natureza quantitativa. A pesquisa exploratória faz uso da observação, registro, e análise dos conhecimentos, além de descrever as características da realidade pesquisada, e por fim incentivando a familiarização com o saber/conhecer sobre a patologia, a fim de obter novos conhecimentos e informações sobre o assunto em estudo.

O Município de Parnamirim foi escolhido como local para a realização das atividades de extensão, devido às evidências retratadas em pesquisas realizadas no ambiente escolar com alunos de ensino fundamental e médio, cujo resultado foi a deficiência de conhecimentos pertinentes a hanseníase, estando a parte os jovens pertinentes ao SCFV (SIMPSON, et al. 2010; SIMPSON, et al. 2011).

O SCFV é uma das ações do Sistema Único de Assistência Social, voltado aos Jovens de 13 a 17 anos, que objetiva estimular a capacidade reflexiva e crítica dos jovens e orientá-los no processo de construção e reconstrução de suas vivências de maneira a contribuir na formação da identidade pessoal, do futuro profissional e do senso de cidadania (BRASIL, 2013b).

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Considerando que as incapacidades físicas geradas pela hanseníase acometem principalmente a população economicamente ativa, o local é considerado adequado para a realização do estudo ao passo que dispõe de jovens que estão em fase aprendizado e preparação para o mercado de trabalho.

Em Parnamirim a instituição está presente em nove territórios de abrangência do CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), distribuídos em 14 unidades. Cada unidade possui uma equipe técnica responsável pela elaboração e execução das atividades no serviço.

A pesquisa foi realizada na unidade integrada vale do sol localizada no município de Parnamirim- RN, em novembro de 2013. Após apresentar a proposta de estudo ao coordenador e demais funcionários do serviço, eles demonstraram interesse no assunto, permitindo assim a pesquisa e sugerindo também que abordassem os jovens integrantes do SCFV que vai dos 13 aos 17 anos.

Essa sugestão foi atendida pela pesquisa na perspectiva de atender uma boa parte dos adolescentes que segundo o Estatuto da Criança e do adolescente (ECA) vai dos 12 aos 18 anos, realizando também educação em saúde sobre hanseníase em menores de 15 anos, idade vulnerável ao desenvolvimento da patologia.

Como público alvo, tivemos jovens integrantes do SCFV do município, com um quantitativo de 560 jovens. Utilizou-se a amostragem não probabilística, por conveniência, a fim de englobar o maior número de participantes. A amostra foi composta por 109 jovens de 12 núcleos do referido serviço, com idade de 13 a 17 anos de ambos os sexos. O total de integrantes que compuseram a amostra foi selecionado a partir dos critérios de inclusão e de exclusão do presente estudo.

O critério de inclusão utilizado consiste em jovens ativos no serviço que estivessem presente no dia da ação e que aceitaram participar da pesquisa. Para os alunos menores de 18 anos de idade, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi devidamente assinado por seus respectivos responsáveis legais. Foram excluídos os estudantes que estavam ausentes no dia da palestra, não eram alunos regulares das unidades presentes e que recusaram participar da ação.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um questionário contendo dez questões a respeito da hanseníase e seus aspectos, elaboradas com base em Manuais do Ministério da Saúde e obedecendo a uma ordem sequencial.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRN por meio do Parecer de n.º 072/09 e CAAE 00780051000-09.

A educação em saúde, iniciou com uma oficina de treinamento clínico sobre hanseníase com os discentes bolsistas do projeto dando seguimento com a Educação em Saúde com os jovens das unidades sócio assistenciais presente, em sistema de rodízio, acontecendo 2 reuniões no período de 15 dias.

Como forma de atender o objetivo proposto pelo estudo, a coleta se deu por meio de fases distintas. Iniciou com o pré-teste, como forma de analisar o conhecimento prévio dos alunos a cerca da hanseníase, dando seguimento a palestra no intuito de transmitir de forma clara e concisa informações pertinentes a doença através do multimídia e do álbum seriado, reaplicando em seguida o questionário (pós-teste) na finalidade de averiguar a eficácia da educação em saúde sobre hanseníase.

Os dados obtidos pelos questionários foram contabilizados, organizados e categorizados em planilha eletrônica do Microsoft Office Excel para análise quantitativa descritiva.

Resultados e Discussão

Após análise cuidadosa dos resultados alcançados com a atividade de educação em saúde em hanseníase para jovens presentes. Verifica-se através do pré-teste que existe um equilíbrio entre o desconhecimento e o conhecimento sobre a Hanseníase. Entretanto, após ações de educação em saúde houve uma mudança significativa nos resultados, confirmando a eficiência e eficácia das palestras a cerca dessa enfermidade.

Como a primeira etapa da pesquisa, na fase pré-teste, 51,37%(56) já ouviram falar em hanseníase e 48,63%(53) afirmou não ter ouvido falar da doença. Dos que já ouviram falar, 36%(20) foi pela televisão, 21%(12) pela escola, 20%(11) pelos profissionais de saúde, 5%(3) por amigos e familiares 7%(4) através dos panfletos, 4%(2) pela rádio, 2%(1) outros meios e 0%(0) por filme.

Com relação a etiologia, mais que a metade 55,96%(61) informaram não saber a sua origem. Fato esse observado nos outros questionários em que os jovens relataram não saber o modo de transmissão 62,38%(68) e seus sinais e sintomas 60,55%(66).

Na questão de procurar ajuda em caso de suspeita de hanseníase 57,79%(63) responderam que sim, frente a 42,20%(46). Informado na questão seguinte o local adequado para recorrer ajuda em que 84,12%(53) responderam no serviço de saúde. Na questão referente a cura 49,54%(54) não sabia se seria curável.

Após as atividades de educação em saúde, os resultados refletem significadamente a redução na opção não sabe para opção correta a ser marcada. Valores esse observado nos resultados apresentados no pós-teste após a palestra.

90,82%(99) passaram a ouvir falar sobre hanseníase, 36%(42). Das 109 repostas adquirida a partir do questionamento de como conseguiu a informação, 42,42%(42) por profissionais de saúde, 23,33%(23) pela televisão, 14,44%(14) através da escola, 9,09%(9) por outros meios, 6,06%(6) panfletos, 3,03%(3) pelos amigos, 1,01%(1) pelos familiares bem como pela rádio e 0%(0) através do filme.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Como todos os alunos recebendo informações acerca da hanseníase, 90,82%(99) informaram que é uma doença transmissível causada por uma bactéria, 67,88%(74) apontou que a transmissão é através das vias respiratórias. No aspecto da sintomatologia 82,56%(90) marcaram lesões na pele e nos nervos periféricos.

No questionamento “você sabe aonde procurar ajuda em caso de suspeita de hanseníase?” 96,33%(105) responderam que sim e 3,66%(4) continuaram a assegurar que não. Quanto ao local mais adequado a opção algum serviço de saúde aumentou para 94,28% (99). Finalizando com o questionamento sobre a cura da hanseníase, em que 96,33%(105) informaram que tem cura.

Ao comparar os resultados da pesquisa obtidos antes e após a intervenção de educação em saúde, percebe-se que tal atividade foi significativa visto que os jovens passaram a conhecer e caracterizar a hanseníase.

Na questão de como adquiriu as informações, é possível observar que os profissionais de saúde 20% (11) não são os únicos a transmitir a informação, existe uma forte influência da mídia, representado pela televisão 36%(20) como também a escola 21%(12).

A educação em saúde é um campo interdisciplinar, não sendo os profissionais da saúde como os únicos responsáveis. A mesma possibilita que a população relacione a sua problemática com a realidade, juntamente com a sua história de vida, decidindo assim sobre o cuidar de si, de sua família e da coletividade, procurando o tratamento mais cedo e assim realizando o diagnóstico precoce (SILVA, 2010).

O principal desafio para as atividades de educação em saúde são os elementos de informações fornecidas, se as mesmas são suficientes para que a população incorpore na vida diária (SILVA, 2010).

Isso pode ser caracterizado nesse estudo, em que os jovens provavelmente tiveram acesso a informação, em algum momento, já ouviu falar sobre a Hanseníase 51,37% (56), porém não incorporaram em sua vida, não sabendo o que é Hanseníase 55,90%(61), sua transmissão 62,38%(68), sinais e sintomas 60,55% (66) e cura 49,54% (54).

O desconhecimento do jovem pode ocasionar a doença precocemente, como relatado em uma pesquisa realizada no município de Juazeiro-BA no ano de 2012, em que 55,6% dos jovens participantes da pesquisa na faixa etária dos 12 aos 14 anos são portadores da hanseníase e a grande parte não tinha conhecimento da doença, causando assim mudança no seu estilo de vida (MOURA, 2012).

O resultado da pesquisa muda positivamente quando pergunta-se: “Você sabe onde procurar ajuda em caso de suspeita de hanseníase?”, 57,79% (63) informaram que sabem o local adequado para procurar ajuda em caso de suspeita de hanseníase. Esse local 84,12% (53) dos participantes associaram a opção em algum serviço de saúde, passando para 94,28%(99) no pós-teste. Finalizando com a confirmação no pré-teste de que o parente precisa procurar ajuda 63,30% (69), aumentando logo após a palestra para 91,74% (100).

Através dos resultados é possível observar que existe o conhecimento prévio e a educação em saúde vem para complementar os saberes existente, fazendo do jovem um ser capaz de ser um agente promotor capaz de adotar medidas preventivas (MARINUS, 2012).

Após a palestra com tempo para retirar dúvidas sobre a doença observa-se que mais de 84% dos jovens acertaram corretamente as respostas relacionadas a etiologia, transmissão, sinais e sintomas, e cura, em relação aos valores obtidos antes da mesma.

Conclusão

A partir do presente estudo, verifica-se, que ainda existe ausência de informações direcionadas para público jovem. Outro déficit identificado foi à escassa divulgação de informações, por parte da área cinematográfica.

Entretanto, confirmou-se o satisfatório acréscimo de conhecimento dos jovens quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase.

Diante disso, observa-se a necessidade do desenvolvimento contínuo de práticas de enfermagem de forma atrativa que atuem na educação em saúde, contribuindo para eliminação da mesma. Tais ações de enfermagem devem estar destinadas aos jovens, visto que estes serão o futuro da sociedade disseminadores de informações entre seus familiares.

Referências

1. Alves, C.J.M.; Barreto, J.Á.; Fogagnolo L.; Contin, L.A.; Nassif, P.W. Avaliação do grau de incapacidade dos pacientes com diagnóstico de hanseníase em Serviço de Dermatologia do Estado de São Paulo. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v.43, n.4, p.460-461, jul-ago, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v43n4/a25v43n4.pdf>>. Acesso em: 24 Julho 2014
2. World health organization. Weekly Epidemiological Record.v.86,n.36,p.389–400, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/wer/2011/wer8636.pdf>>. Acesso em:25 Julho 2014

3. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico da Hanseníase no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, v. 44, nº 1, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=12351&codModuloArea=783&chamada=be-situacao-epidemiologica-da-hansenia-no-brasil>>. Acesso em: 30 Out.2013

4. Brasil. Taxa incidência de hanseníase segundo Unidade da Federação, 2012. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ldb2012/d0206.def>>. Acesso em: 09 mar.2013

5. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.125, de outubro de 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_n_3125_hansenia_2010.pdf>. Acesso em: 30 out.2013

6. Pinheiro, M.G.C.; Simpson, C.A.; Duarte, L.M.C.P.S.; Silva, T.M.S. Conhecimento de escolares do ensino fundamental quanto à prevenção, diagnóstico e tratamento da hanseníase. Revista de Enfermagem UFPE, v.5, n.5, p.1161-1167, 2014. Disponível em: <http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.revista.ufpe.br%2Frevistaenfermagem%2Findex.php%2Frevista%2Farticle%2Fdownload%2F1533%2F2044&ei=_HkfU8m6EcnLkQfqxoHgCQ&usg=AFQjCNGfh8u3iHmlz0G9qefdS0E_NfMIQ&sig2=KYtnkc05hLR7tNWKWcGXXQ&bvm=bv.62788935,d.eW0>. Acesso em: 30 out.2013

7. Brasil. Ministério do desenvolvimento social e combate à fome. Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculo. Brasília: Ministério do desenvolvimento social e combate à fome, 2013b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica/servicos/convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos>>. Acesso em: 11 mar. 2014

8. Simpson, C.A.; Silva, J.C.; Duarte, L.M.C.P.S.; Silva, T.G.F.; Silva TMS. Informações a cerca da hanseníase aos escolares do ensino fundamental nas escolas do bairro de Passagem de Areia, em Parnamirim/RN. Extensão e Sociedade, Natal, v. 1, n.2, 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufrn.br/index.php/extensaoesociedade/article/view/872/804>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

9. Silva, M.C.D.; Paz, E.P.A. Educação em saúde no programa de controle da hanseníase:

A vivência da equipe multiprofissional. Esc Anna Nery Rev Enferm, v.4,n.2, p. 223-229, abr./jun. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ean/v14n2/02.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2012.

10. Moura, L.T.R.; Fernandes, T.R.M.O.; Bastos, L.D.M.; Luna, I.C.F.; Machado, L.B. Hanseníase em menores de 15 anos na cidade de Juazeiro-BA. Hansen. Int. v.37,n.1,p. 45 -50, 2012. Disponível em: <<http://www.iisl.br/revista/imageBank/v37n1a05.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2012.

11. Marinus, M.W.L.C.; Pacheco, H.F.; Lima, F.T.; Vasconcelos, E.M.R.; Alencar, E.N. Saúde do escolar:: uma abordagem educativa sobre Hanseníase. Saúde Transform. Soc. V.3,n.1,p.72-78,2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2178-70852012000100012&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 fev. 2012.

HISTÓRIA DE VIDAS POSITIVAS: O CONVIVER COM A SOROPOSITIVIDADE

Rayann Branco dos Santos- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA); rayannebranco@gmail.com

Ana Caroline Lira Bezerra- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Jocielma dos Santos de Mesquita- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Davi Rodrigues de Souza- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Raissa Mont'Alverne Barreto- Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Maria da Conceição Coelho Brito (Orientadora) - Universidade Estadual Vale do Acaraú (UVA)

Palavras-chave: HIV/AIDS. Promoção da Saúde. Autocuidado.

Resumo

O estudo visou promover saúde a portadores de HIV/ AIDS, utilizando-se do autocuidado. Para isso, fez-se uso de um estudo exploratório-descritivo do tipo Pesquisa-Ação. Participaram nove pessoas, das quais cinco eram homens e quatro mulheres, de

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

diferentes Municípios do Estado do Ceará, o qual obteve aprovação ética por meio do parecer de número 719.975. As informações foram coletadas por meio de uma oficina, a qual foi dividida em seis momentos, a saber: criação de vínculos; peça teatral que narrava os estágios pelos quais um portador de HIV/AIDS transita, desde a descoberta até a aceitação; Contação de História; Aplicação de um formulário, com vistas a identificar déficits no autocuidado; a aplicação do autocuidado ainda se utilizando da peça teatral do início; e por fim a avaliação da aprendizagem. A contação de histórias permitiu um aflorar de emoções, permitindo-lhes entender e reconhecer seus erros frente ao tratamento, ao mesmo tempo causando uma automotivação na obtenção de qualidade de vida.

Introdução

O Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS) é uma infecção que atingiu o estágio de pandemia no mundo, apresentando-se no Brasil como uma epidemia de proporções preocupantes (SOUZA *et al*, 2013). Em decorrência disso, a AIDS se apresenta como um objeto de estudo complexo, formado por condições simultâneas e por seus efeitos sobre o indivíduo (BORGES *et al*, 2012).

As terapias para controlar o HIV tem sido eficazes, o que proporcionou o enfoque no portador para outras vertentes caracterizadas pela qualidade de vida e a promoção da saúde. Estas podem ser promovidas aos portadores, por meio de estratégias de ensino desempenhadas por profissionais de saúde e/ou grupos de apoio. O indivíduo portador precisa conhecer acerca de educação em saúde, e saber dos direitos que possui quanto ao atendimento. Além disso, para manter uma vida saudável e evitar que o organismo seja mais afetado imunologicamente, é necessário cuidar da [alimentação](#), fazer [exercícios físicos](#) e estar bem emocionalmente. Como uma das estratégias para isso existe o autocuidado. Este é a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar. (CATEANO; PAGLIUC, 2006).

Logo, o objetivo desse estudo foi promover ações educativas promotoras de saúde por meio da pesquisa-ação, com a finalidade de apresentar aos portadores de HIV/AIDS frequentadores da Casa de apoio Madre Ana Rosa Gattorno, na cidade de Sobral, estratégias de cuidados individuais e coletivos com vistas à melhoria da qualidade de vida.

Metodologia

Trata-se de um estudo de caráter exploratório-descritivo, do tipo Pesquisa-ação, com abordagem qualitativa, realizado na Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno, localizado no Município de Sobral-CE. A instituição faz parte da Rede Solidariedade Positiva do Município e atende pessoas soropositivas, abrangendo não só o município de Sobral como também Municípios circunvizinhos. Participaram do estudo nove pessoas que na ocasião se encontravam na casa de apoio e se dispuseram a contribuir mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O estudo foi desenvolvido entre os meses de março a julho de 2014, sendo o mês de Junho e Julho destinado para a coleta.

Esta se deu por meio de oficinas com objetivo de promover a saúde, utilizando-se do autocuidado. Adotou-se, para isso, a ferramenta da investigação narrativa, a qual é um processo cooperativo no qual as pessoas vivem e contam as histórias de vida, ao mesmo tempo. Ao narrar uma história, uma mesma pessoa está ocupada em viver, em explicar, em reexplicar e reviver as histórias, em um processo em que todas as vozes podem ser ouvidas (CONNELLY; CLANDININ, 1995).

Entendendo a rotatividade do serviço e que os sujeitos passam apenas um dia na casa, optou-se por realizar uma única oficina, a qual pudesse contemplar os objetivos propostos. Esta foi dividida em seis momentos, a saber: criação de vínculos; peça teatral que narrava os estágios pelos quais um portador de HIV/AIDS transita, desde a descoberta até a aceitação; Contação de História; Aplicação de um formulário, com vistas a identificar déficits no autocuidado; a aplicação do autocuidado ainda se utilizando da peça teatral do início; e por fim a avaliação da aprendizagem.

A fim de manter a fidedignidade das informações os discursos foram gravados e transcritos na íntegra. Para a análise das informações utilizou-se a análise de Discurso constituída pela seguinte formulação: ideologia + história + linguagem. (GRILL, 2002).

De modo a conservar o anonimato dos participantes, optou-se por identificá-los por palavras capazes de resumirem suas histórias de vida, conforme relatado nos discursos, por exemplo, Angústia, Superação, Solidão, entre outros. Estudo submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Vale do Acaraú – UVA, por meio do Parecer de número 719.975 e CAAE 32241014.4.0000.5053.

Resultados e Discussão

O estudo contou com a participação de nove pessoas das quais cinco eram homens e quatro mulheres de diferentes Municípios do Estado do Ceará. A faixa etária dos participantes variou dos 24 a 58 anos. Todos os presentes na Casa no dia da oficina se dispuseram a participar, contudo uma moça, apesar de não ter negado se mostrou indiferente.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

No primeiro momento buscou-se interagir com os participantes, por meio de uma dinâmica em que estes foram convidados a se apresentar, dizendo o nome e sua cidade de origem. Em seguida foram convidados a pegar dentro de uma caixa uma palavra aleatória que poderia defini-los ou não. Esse momento permitiu a criação de vínculos entre a equipe organizadora e os participantes e entre estes próprios, visto que muitos não se conheciam.

Na sequência, encenou-se uma história de uma jovem que adquirira o vírus do HIV e que não conseguia aceitar, almejando a morte. A personagem não queria tomar os remédios, nem se alimentar corretamente. Contudo, contava com o apoio da mãe que a inseriu em um grupo de apoio, onde a protagonista conseguira obter estímulo para continuar a viver e apoio de um jovem que se tornou seu namorado. A finalidade desta narrativa era introduzir o momento de contação de histórias, em que os participantes foram convidados a contarem suas histórias de vida a partir da seguinte indagação: Fale sobre sua vida a partir da descoberta da soropositividade. Após isso, a participante que a princípio estava receosa de contribuir com o estudo, em lágrimas iniciou o momento mencionando ter descoberto a doença no dia anterior a oficina:

“Nesses dias, por incentivo da agente de saúde do meu bairro resolvi fazer o teste de HIV e o que eu temia aconteceu, eu era mesmo portadora do vírus. Nossa, naquele momento [dia anterior a ação] meu mundo desabou, eu me senti um nada, minha vida estava acabada, não sabia o que fazer, se contava pro meu marido, minha mãe, meus filhos. Eu estava perdida, tinha medo da reação deles. Disse para o meu marido que queria me separar dele, que não estava mais dando certo e ele não aceitou, não sabia o que estava acontecendo. Foi então que eu abri o jogo e disse que estava com AIDS, que eu era doente, e que ele ia ficar doente também por causa de mim. Fiquei desesperada! Ele ficou assustado, mas não me abandonou, disse que poderia ter sido ele que me transmitiu, não acreditava que eu tivesse o traído, pois ele, é músico, viaja muito e tinha se relacionado com muitas mulheres. Hoje estou aqui na Casa de Apoio, vou iniciar esse tratamento e meu marido vai fazer o teste amanhã...Fico muito triste e assustada pensando no tratamento, todo o processo, é muito ruim... Não entendo porque isso aconteceu comigo. Agora minha vida vai mudar, não vou ser mais do mesmo jeito porque agora sou doente pro resto da minha vida.” (Angustia)

A revelação é um processo e a abordagem deve ser individualizada, respeitando o momento de cada um, levando em conta o nível de informação, o contexto psicossocial e familiar, e então o incentivo ao tratamento. A adesão ao tratamento se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão. (BRASIL, 2008)

Após esse momento, os demais participantes se identificaram tanto com a história encenada, quanto com a narrativa de “Angustia” e começaram a tentar ajuda-la por meio de conselhos e também compartilhando suas histórias. Uma participante então menciona ter contraído vírus por meio do marido que a traía, mas que decidiu não abandoná-lo, cuidando dele até seus últimos momentos. Outro senhor, contou que havia sido desprezado por sua família e que atualmente vivia sozinho, pois ninguém queria estar perto dele. Verificou-se que este momento permitiu um aflorar de emoções, permitindo-lhes entender e reconhecer seus erros frente ao tratamento, ao mesmo tempo causando uma automotivação na obtenção de qualidade de vida.

Subsequente a isso, aplicou-se um formulário a fim de confirmar os déficits de autocuidado já mencionados pela contação de histórias. Evidenciou-se que quatro deles possuíam dificuldades de fazer uso da medicação; dois mencionaram ter insônia; um não gostava de sair de casa e um era portador de álcool e outras drogas.

Em face disso, correu-se sobre maneiras práticas de praticar o autocuidado, como praticar exercícios, ter uma boa alimentação, sempre fazendo menção à história encenada a fim de ser visualizado os efeitos nocivos do não cumprimento do autocuidado, bem como salientar os benefícios deste.

Ao final, interrogou-se acerca do que fora aprendido, mediante a dinâmica do “Certo ou errado” e verificou-se que os participantes estavam aptos a praticar o autocuidado.

Conclusão

Em face da apresentação dos resultados, pode-se evidenciar que apesar de a doença HIV/AIDS ser bastante discutida, ainda há a existência de estigma e preconceitos contra os portadores.

Verificou-se ainda déficits no autocuidado referentes à alimentação e a correta adesão ao tratamento, constatando-se que são necessárias mais estratégias de promoção da saúde a portadores com HIV/AIDS.

O estudo possibilitou, por meio da contação de histórias uma excelente estratégia para aplicação do autocuidado, pois ao relatarem suas histórias, os sujeitos tornam-se mais aptos a entender o que é necessário mudança.

As limitações do estudo, concentraram-se no pouco tempo de permanência dos participantes na Casa de Apoio, mas que puderam ser contornadas, mediante a condensação das ações educativas.

Referências

BORGES, M.J.L. *et al.* Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. **Ciência & Saúde Coletiva**. V.16. n.1, p. 147-156. 2012.

BRASIL.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde **Programa Nacional de DST e Aids**. Disponível em : http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf Acesso em 29 de Julho de 2014

BRASIL, Ministério da Saúde [homepage na internet]. Secretaria de vigilância em saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS. Rotinas de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) em HIV/AIDS**. Série Manuais, no 70 [acesso em 20 nov 2013]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_rotinas_ADT_2007.pdf) manual_rotinas_ADT_2007.pdf

CONNELLY, F. M.; CLANDININ, D. J. Relatos de experiencia e investigación narrativa. In: LARROSA,

J. et al. *Déjame que te conte*: ensayos sobre narrativa y educación. Barcelona: Alertes, 1995. p. 11-59.

CARVALHO, F. T et al.Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**.v.23, n.9, p. 2007.

GRill, Rosalind. **“Análise de discurso” in. Bauer MW, Gaskell G.** Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático. 3a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2002.

SOUSA, P. K. R *et al.* Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Revista brasileira de enfermagem**. V.66 , n.2, p. 202-207. 2013.

.

Agradecimentos

Agradeço a Casa de Apoio Madre Anna Rosa Gattorno pela disposição em receber-nos, aos queridos participantes deste estudo e a Universidades Estadual Vale do Acaraú, pelo incentivo a pesquisa.

HUMANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO: PROMOÇÃO DA SAÚDE COM PACIENTES ONCOLÓGICOS.

Brenda Belém Luna Sampaio – Universidade Regional do Cariri Email: brendalunabelem@gmail.com

Giovana Mendes de Lacerda – Universidade Regional do Cariri

Thaís Rodrigues de Albuquerque – Universidade Regional do Cariri

Tatyelle Bezerra Carvalho – Universidade Regional do Cariri

Josefa Fernanda Evangelista de Lacerda – Universidade Regional do Cariri

Vitória de Cássia Félix de Almeida – Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Humanização da assistência. Promoção. Humanização. Oncologia.

Resumo

O câncer impõe situações de medo e insegurança. Avanços na medicina e na tecnologia não conseguiram desvincular esta doença do pensamento de morte, e isto cria um sentimento de dúvida que afeta a eficácia do tratamento e o quadro de melhora deste. Visto que o seu quadro patológico já altera sua rotina o bastante para que sintam-se cheios de questionamentos. Este trabalho busca analisar na literatura científica a humanização durante o atendimento e sua contribuição para promoção de saúde a pacientes oncológicos. Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura. A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: LILACS, MEDLINE e SCIELO, utilizando os seguintes descritores: “humanização da assistência”, “promoção”, “humanização”, e “oncologia”. A partir dos critérios de inclusão definidos, foram selecionados 13 artigos. Neste contexto, observou-se que a situação enfrentada por pacientes com

quadro oncológico acaba dificultando que ações de promoção em saúde sejam desenvolvidas com estes, principalmente por muitos estarem preocupados somente no estado físico, deixando de lado o fato de que uma pessoa é um ser que vai além disto, e que deve ser compreendido de maneira holística onde o estado biopsicossocioespiritual é que determina os resultados quanto ao paciente. Desta forma, o atendimento humanizado se mostrou relevante para que a promoção da saúde fosse enriquecida e que suas vertentes, dentro da oncologia, fossem aumentadas. Demonstrando que além de importante, a humanização da assistência, foi um fator primordial ao aumento da promoção da saúde a pacientes oncológicos.

Introdução

Atualmente, mesmo com significativa evolução nas ciências médicas e na tecnologia, a qual vem abrindo novos horizontes para descobertas que podem influenciar na cura de muitas patologias, o câncer ainda é associado ao processo de morte (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011). Esta afecção apresenta-se como uma disfunção na multiplicação celular e no controle deste processo, fazendo com que haja o seu crescimento desordenado, podendo se expandir para outros locais, além da sua origem, ou não (INCA, 2012).

Deste modo, pessoas que desenvolvem esta doença tem sua rotina alterada, pois os ambientes hospitalares começam a fazer parte da sua vida diária. E sentimentos de angustia e medo, presentes na patologia supracitada, fazem com que os indivíduos busquem auxílio em seus familiares e profissionais cuidadores, onde se mostra necessário que o atendimento seja direcionado para que atenção possibilite mais do que a cura física, e sim um suporte biopsicoespiritual através da humanização da assistência (MOURA; RESCK; DÁZIO, 2012).

A humanização, que segundo Trad e Espiridião (2010) é tida como “uma estratégia política e gerencial abrangente, que contém as possibilidades do acolhimento e do vínculo como dispositivos práticos ligados às formas imediatas de cuidado social e individual”. Esta foi em 2000, através do Ministério da Saúde implantada junto ao Sistema Único de Saúde (SUS). O Programa Nacional de Humanização objetiva estabelecer um maior contato entre paciente e profissional da saúde, ou cuidador, possibilitado que este fosse visto de maneira holística e não, somente, como alguém que precise de cura física (SANTOS *et al.*, 2013).

Realizar o atendimento de forma humanizada indica ouvir, conversar e tocar o indivíduo que precisa de ajuda, buscando oferecer uma atenção que lhe possibilite além de uma melhora física, mas, também, que incentive a buscar melhora por meio do autocuidados (DUARTE; NORO, 2010).

Frente ao contexto acerca do atendimento humanizado à pacientes como câncer, objetiva-se analisar na literatura científica a humanização durante o atendimento e sua contribuição para promoção de saúde a pacientes oncológicos.

Metodologia

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, visto que esta corresponde a um método de pesquisa que torna possível analisar pesquisas científicas de modo sistemático e amplo (BARBOSA *et al.*, 2013). A busca foi realizada nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), utilizando os seguintes descritores: “humanização da assistência”, “promoção”, “humanização”, e “oncologia”.

Os critérios definidos para a seleção dos artigos foram: está indexado nas bases de dados acima citadas; ter sido publicado no período de 2010 a 2013; ter disponibilidade de texto completo; ser artigos que abordem a temática; está no idioma português. Foram selecionados para o estudo 13 artigos, os quais enquadraram-se nos critérios de inclusão já descritos.

Resultados e Discussão

O câncer, uma afecção que atinge milhares de pessoas em todo o mundo, é caracterizado pelo crescimento acelerado ou desordenado das células. Este crescimento celular pode ser dividido em dois tipos, o controlado, onde as células, após cessarem os estímulos, não irão continuar sua multiplicação, e o não controlado, o qual vai ser classificado em neoplasias por não pararem a divisão mesmo após os estímulos que a originaram terminarem. As neoplasias, por sua vez, podem ser benignas, quando as células não se proliferam aos tecidos adjacentes, ou malignas, quando houver a disseminação para outros tecidos além do seu local de origem (INCA, 2012).

Cavicchioli, Nascimento e Lima (2004, p.223) ressaltam que, “o câncer é uma doença de grande magnitude, com alta prevalência e impacto social e rotineiramente tem sido associado a dor, sofrimento e morte”. O sofrimento que perturba as pessoas acometidas com esta doença pode interferir no entendimento de informações que venham ser direcionada a promoção da saúde destes, visto que necessitam de um maior cuidado para enfrentarem a circunstâncias impostas pelo quadro patológico.

O sentimento de morte, por sua vez, ainda é correlacionado a ocorrência do câncer (ALBUQUERQUE; ARAÚJO, 2011). Desta forma,

uma maior interação entre o paciente e o cuidador pode mudar a situação. Já que uma informação mal transmitida pode afetar de forma negativa na visão do futuro deste que por seu estado passa a ter incertezas em sua trajetória (GRINBERG, 2010).

Acompanhando o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde, e buscando aumentar o atendimento de qualidade aos usuários deste sistema, foi criado, no ano de 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Em 2003, o Ministério da Saúde desenvolveu a Política Nacional de Humanização (PNH) visando ampliar a humanização para além dos ambientes hospitalares (NORA; JUNGES, 2013).

O Programa Nacional de Humanização (PNH) busca afirmar o cuidado humanizado no cotidiano das práticas de gestão e produção do cuidado em saúde. Trazendo para todas as unidades de saúde uma atenção mais humana e que proporcionasse um maior contato entre usuários e profissionais efetivando a aplicação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que garantiria atendimento e promoção da qualidade de vida (CHERNICHARO; FREITAS; FERREIRA, 2013).

A comunicação proporcionada por estes programas pode estimular os pacientes a buscarem resoluções para seus sofrimentos e a interação entre profissional e paciente faz com que haja a construção de informações que vão estimular uma busca por práticas que protejam o seu estado de maiores complicações (SANTOS et al, 2010).

Portanto, a humanização do atendimento tem se demonstrando uma vitória para o aumento da promoção da saúde a pacientes oncológicos. Pois Aguiar *et al* (2012) diz que, “a promoção da saúde é mais abrangente e transcende o enfoque estritamente biológico”. Sendo ela considerada práticas saudáveis que possibilitem a prevenção e reabilitação, ações que façam com que a pessoa não adoça e métodos de proteção à saúde. Os quais possibilitam que o sofrimento da conduta diária deste paciente seja amenizado e medidas sejam traçadas para que problemas futuros e mais complexos sejam prevenidos.

Conclusão

Através da análise dos artigos encontrados, concluiu-se que o desenvolvimento tecnológico e que os avanços na medicina ainda não conseguiram desvincular a ocorrência do câncer do processo de morte. E que esta doença é debilitadora, mudando a rotina de um paciente rapidamente. Desta forma ações que incentivem uma maior motivação para os enfrentadores desta afecção são alternativas importantíssimas para ajudar na melhora do quadro patológico.

Os programas de humanização buscam aumentar a interação entre cuidador e paciente, e este fato se mostra relevante, pois um maior contato pode incentivar conversas que transmitam esperança de forma correta. E assim, é elucidado para o paciente que é possível lutar contra a enfermidade, criando uma confiança que influi na promoção da saúde, onde a busca por métodos de prevenção e reabilitação contribuam na proteção da saúde, ponto chave da promoção. Portanto, a humanização por seu caráter de motivar e criar expectativas em pacientes oncológicos tem caracterizado uma vitória que possibilitou o aumento da promoção da saúde a estas pessoas.

Referência

AGUIAR, A. S. C.; MARIANO, M. R.; ALMEIDA, L. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L.; PAGLIUCA, L. M. F.; REBOUÇAS, C. B. A. Percepção do enfermeiro sobre promoção da saúde na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2012. p.428-435.

ALBUQUERQUE, P. D. S. M.; ARAÚJO, L. Z. S. Informação ao paciente com câncer: o olhar do oncologista. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2011. p.144-152.

BARBOSA, G. C.; MENEGUIM, S.; LIMA, S. A. M.; MORENO, V. Política Nacional de Humanização e formação dos profissionais de saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2013. p.123-127.

CAVICCHIOLI, A. Cristiane; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. O câncer infantil na perspectiva dos irmãos das crianças doentes. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. 2004.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. **Representações sociais da humanização do cuidado na concepção de usuários hospitalizados**. Saúde e Sociedade. São Paulo, 2013. v.22. p.830-839.

DUARTE, M. L. C.; NORO, A. A Humanização: uma leitura a partir da compreensão dos profissionais da enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, 2010. p.685-692.

GRINBERG, M. Comunicação em oncologia e bioética. **Revista da Associação Médica Brasileira**, 2010.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Abordagens Básicas para o Controle do Câncer**. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro, 2012. 129 p.

MOURA, C. C.; RESCK, Z. M. R.; DÁZIO, E. M. R. Atividades lúdicas realizadas com pacientes portadores de neoplasia internados em

hospital geral. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, 2012. p.667-676.

NORA, C. R. D.; JUNGES, J. R. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. **Revista de Saúde Pública**, 2013. p.1186-1200.

SANTOS, M. R.; SILVA, L.; MISKO, M. D.; POLES, K.; BOUSSO, R. S. Desvelando o cuidado humanizado: percepções de enfermeiros em oncologia pediátrica. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, 2013. p.646-653.

SANTOS, M. C. L.; SOUSA, F. S.; ALVES, P. C.; BONFIM, I. M.; FERNANDES, A. F. C. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 2010. p. 675-678.

TRAD, L. A. B.; ESPERIDIÃO, M. A. Sentidos e práticas da humanização na Estratégia de Saúde da Família: a visão de usuários em seis municípios do Nordeste. **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 2010. p.1099-1117.

Agradecimentos

Os autores agradecem a professora Vitória de Cássia Félix de Almeida e a enfermeira Lídia Samantha Alves de Brito por suas orientações.

Ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri.

HUMANIZAÇÃO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA.

Luiza Lorena de Sousa Brito do Nascimento – Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA luizalorena45@yahoo.com.br

Brena Cristyne Viana Tavares – Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Dean Carlos Nascimento de Moura – Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Raimundo Nonato Pinho Filho – Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Jamily Neves de Freitas – Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Geovane Paulino Oliveira – Instituto Superior de Teologia Aplicada – INTA

Palavras-chave: Humanização;UTI; Pastoral; Famílias; SUS .

Resumo

O presente artigo tem como objetivo relatar a experiência da atenção humanizada de acadêmicos de enfermagem no acolhimento a pacientes de UTI, haja vista que, acreditamos ser de fundamental importância o estabelecimento das relações entre profissional – neste caso específico o enfermeiro – e a família, como também o próprio paciente no processo do cuidado que é a dimensão fulcral da enfermagem. Neste sentido, nosso trabalho é fundamentado na experiência prática dos acadêmicos de enfermagem que realizam aos fins de semana um acolhimento aos familiares com o intuito de proporcionar, aos mesmos, um estado de tranquilidade - se possível for - perante o momento delicado que os mesmos estão vivenciando neste momento crítico. Neste acolhimento, verificamos a necessidade de prepararmos essas pessoas, orientando-os de forma antecipada sobre o estado do

paciente e tentando fazer com que os mesmos se sintam apoiados pela equipe de saúde. Portanto, acreditamos que esta forma de trabalho se constitui como um elemento de fundamental importância no estabelecimento de um vínculo entre os pacientes, familiares e profissionais de enfermagem onde visamos oferecer uma melhor estrutura psíquica e emocional a família que deve enfrentar a possibilidade de perder seu ente querido.

Introdução

Unidade de Terapia Intensiva (UTI) é um ambiente hospitalar destinado aos pacientes em estado grave, que em muitos casos apresentam um quadro clínico recuperável, mas que requer bastante atenção e por isso mesmo causa uma expectativa temORIZADA por parte daqueles que esperam sua recuperação. Mediante a isto, quando os familiares entram pela primeira vez na Unidade de Terapia Intensiva, se deparam com um ambiente assustador e pouco acolhedor com muitos aparelhos tendo que se relacionar com outras pessoas que também vivenciam o mesmo ambiente de aflição mediante a finitude de seu ente querido hospitalizado (SOUZA, 2010). Fornece suporte e tratamento intensivo, propondo monitorização contínua, vigilância por 24 horas, equipamentos específicos e outras tecnologias destinadas ao diagnóstico e ao terapêutico. Ameniza sofrimento, independente do prognóstico do paciente. Dispõe de assistência médica e de enfermagem especializada, cujos os profissionais são chamados de intensivistas, além da equipe médica e de enfermagem, oferece atendimento multiprofissional (CHEREGATTI, 2010).

A humanização significa conhecer o ser humano como um ser único, não apenas por sua patologia. Segundo (BARAÚNA, 2005) afirma que “a humanização é um processo de construção gradual, realizada através do compartilhamento de conhecimentos e sentimentos”. Nesse contexto, humanizar é ter uma predisposição para contribuir (o sentimento e o conhecimento) com o outro de forma ética, individualmente e independente, reconhecendo os limites, seus e o dele, compondo uma empatia entre indivíduos, possibilitando troca de informações.

Diante dessa carência de humanização, em maio de 2000 o Ministério da Saúde regulamentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), o qual, em 2003, foi substituído pela Política Nacional de Humanização (PNH). A PNH é transversal, permeia as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS e nesta política, humanização é entendida como valorização dos diversos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde: pacientes, trabalhadores e gestores. Esses valores são norteados pela autonomia e pelo protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, no estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Portanto para cuidar de forma humanizada, o profissional da saúde, principalmente o enfermeiro, que é o profissional que presta cuidados mais próximos aos pacientes, deve entender a si mesmo e ao outro, ampliando os conhecimentos na forma de ação por meio da tomada de consciência dos valores e princípios que norteiam as ações de enfermagem. Neste contexto, respeitar o paciente é componente primordial no tocante a cuidados humanizados (BARBOSA, 2007).

Metodologia

Este é um estudo do tipo relato de experiência, realizado por acadêmicos de Enfermagem das faculdades INTA inseridos no Projeto de Humanização em uma Unidade de Terapia Intensiva de um Hospital de Referência da Zona Norte do Estado do Ceará – Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Durante as visitas extraímos os relatos e as experiências vivenciais de cada indivíduo. Elas foram realizadas durante o segundo semestre de 2013, tanto aos finais de semana, como nas visitas que ocorreram diariamente no horário de 17h00min às 18h00min. As atividades acadêmicas seguem uma escala semanal, distribuída da seguinte forma: durante a semana de segunda à sexta-feira ficam alguns acadêmicos no horário definido pela equipe e nos finais de semana – sábado e domingo - ficam outros acadêmicos no horário também definido pela equipe.

Resultados e Discussão

Ao oferecermos e realizarmos um acolhimento com os visitantes percebe-se que conseguimos mudar o estado de aflição que os mesmos se encontram. E de fato, é este o ponto fundamental: proporcionar uma relação humanizada que permita um encontro do familiar com o paciente visando assisti-los neste momento crítico e as vezes muito doloroso. Por isso é necessário e de extrema importância que se estejam preparados para acolher e orientar os familiares da situação atual do paciente - dentro daquilo que lhe é permitido expor do estado do paciente que se restringe a questões que dizem respeito ao estado condicional e não da gravidade da enfermidade e de seu tratamento. Durante o período de convivência, com os familiares foi observado a satisfação desse público com o atendimento dos acadêmicos e também a satisfação da equipe pela tranquilidade do setor durante o horário da visita. Com isso somos levados a uma experiência que nos proporciona um aprendizado relevante, sendo de fundamental importância para nosso crescimento acadêmico e profissional. No mesmo ensejo, foi identificada uma melhora na relação entre os familiares dos pacientes com os profissionais sejam enfermeiros ou médicos resultando, assim, num aperfeiçoamento das informações e o fluxo interno dentro da UTI.

Conclusão

Concluimos que esta forma de trabalho pastoral se constitui como um elemento de fundamental importância no estabelecimento de um vínculo humanizado entre os pacientes, familiares e profissionais de enfermagem que favorece para um melhor acolhimento dos familiares que se encontram em estado psíquico e emocional transtornado pela gravidade da enfermidade. Este trabalho vivifica tanto a nós, neste momento de formação, como aos familiares que se sentem amparados. Outro fator fundamental é a preparação para uma atuação futura como profissional de enfermagem tomando como base a humanização que resulta na conscientização e/ou respeito pela vida do outro. Ficou entendimento, também, da importância de tomarmos o *Outro* em seu sofrimento de forma acolhedora visando transmitir segurança e apoio. Isso faz com que tanto os pacientes e os familiares se sintam mais seguros e confiantes no restabelecimento da saúde. Portanto, entendemos ser de suma importância a formação e a atividade humanista na área da saúde e em especial nas UTI onde se presencia de forma mais intensiva a relação da vida com a morte.

Referências

BARBOSA, A.P.L. Metodologia da Pesquisa Científica. 3.ed. Fortaleza: UFC, 2007.

BARAÚNA, T. Humanizar a ação, para humanizar o ato de cuidar. Corunã, Espana: Creaccion integral e Innovació. Disponível em: <http://www.iacat.com/revista/recreate/recreate02/tania01.htm>. Acesso em 27/Agost/2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização: Acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 44f.

CHEREGATTI, Aline Laurenti org. Enfermagem em unidade de terapia intensiva / Aline Laurenti Cheregatti, Carolina Padrão Amorina, orgs. 2 ed. – São Paulo: Martinari, 2010.

SOUZA, Kátia Maria Oliveira de; FERREIRA, Suely Deslandes. Assistência humanizada em UTI Neonatal: os sentidos e as limitações identificadas pelos profissionais de saúde. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mari 2010.

Agradecimentos

A Deus por ter nos dado saúde e força para superar as dificuldades. A esta universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que vislumbro um horizonte superior, eivado pela acendrada confiança no mérito e ética aqui presentes. Ao nosso orientador, pelo empenho dedicado à elaboração desse trabalho.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

HUMANIZAÇÃO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: DO CUIDAR A DIMENSÃO ESPIRITUAL

Autor 1 Fabricia da silva Sousa – Alunos da Faculdades INTA e Emai: fabytec23@hotmail.coml

Autor 2 – Cheila Porfírio

Autor 3 – Gladys Pinto Brandão

Autor 4 – Marnio Rodrigues de Mesquiata

Autor 5 – Maria das Graças Vieira do Nascimento

Autor 6 Mestre Geovane Paulino Oliveira – das Faculdades INTA

Palavras-chave:. Fé, Espiritualidade e Humanização.

Resumo

O objetivo desta pesquisa é apresentar as condições de trabalho humanizado vinculadas as UTIs, à dimensão da espiritualidade. pois é concebida a dissociação entre estas duas vertentes. E percebido por parte dos familiares uma grade tenção de ansiedade perante a enfermidade do seu familiar. Neste sentido a espiritualidade age como auxilio neste momento de aflição, é nessa hora que a fé nos apoia e nos guia para encontrarmos coragem para seguimos em frente. O cuidado reflete nos cuidados do cuidador e se torna como uma presença dinâmica e importante capaz de acolher refletir e desempenhar seu papel com sensibilidade e humanização. por tanto acreditamos que tal pesquisa será de grande utilidade para os profissionais da área da saúde, pois apresentará uma visão do corpo holística que entrega o sujeito coma em dualidade copo e alma.

Introdução

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) nasceu da necessidade organizacional dos profissionais de saúde para realizarem uma assistência a pacientes com alto grau de complexidade, visando ao atendimento e observação constante em ambiente restrito e especializado. Tudo isso, pois, a estes pacientes caberia uma melhor assistência em função do risco de morte que os mesmos se encontravam. Tal necessidade atrela-se a uma ideia antiga que começou a ser concretizada por Florence Nightingale ao isolar os doentes mais graves, durante a Guerra da Crimeia, 1800, e desenvolve-se após a II Guerra Mundial e a Guerra da Coreia (*Lino, 2001*). Assim sendo muitos estudos também demonstra que o entendimento comum sobre UTI, caracteriza-a como um ambiente impessoal e desumano, destinado a pacientes a beira da morte, além de conotar aos profissionais, ali atuante, frieza e insensibilidades (*Nascimento, 2000*). É com esta conotação que queremos trabalhar visando transformar esta visão, haja vista que, estamos lidando com a dimensão singular da vida de um *Ser* histórico e social que estabeleceu laços e vínculos em sua existência.

Este pensamento nos faz entender que a vida deve ser respeitada mesmo em momentos terminais e que a dignidade deve ser mantida enquanto houver vida, mesmo que o paciente se encontre em estado vegetativo e/ou em coma profundo. A imagem do estado de enfermidade não poderá definir o *Ser*. E aqui se fundamenta a base de nossa pesquisa que seria entender o *Ser* de forma mais ampla, isto é, o *Ser* representado pelo corpo e pela alma. Assim sendo, queremos entender a ação da religião na consciência destes pacientes que passam por tal experiência do coma. Há um grande engano em crer que nada mais poder ser feito com um paciente que tem seus dias contados. A vida deve ser potencializada e para isso é necessário que se tenha uma compreensão acima da dimensão corpórea. Deve-se lembrar de que enquanto houver vida, há a necessidades de cuidados e de garantir a dignidade, mesmo em meio a dor e ao sofrimento. Portanto, o dever da equipe multidisciplinar é realizar os cuidados com humanização e dignidade durante todo o seu tratamento.

Na UTI, os profissionais tendem a se voltarem apenas para o corpo, os procedimentos técnicos, a utilização de equipamentos e a manifestação orgânica da doença. Os sentimentos e afetos relacionados à espiritualidade acabam sendo ignorados, os quais poderiam contribuir, direta ou indiretamente, para atender às necessidades mais importantes do paciente (*Correia, 2011*). Quando o cuidado se une a espiritualidade, faz com esses pacientes crie expectativas e esperança para que eles consigam vivenciar os desafios com mais leveza, ao aliviar esse sofrimento o ser humano começa a pensar no arrependimento, o sofrimento humano faz com que reflita sobre a vida, o que eu deixei de fazer, o que eu fiz e o que eu poderia ter feito, com toda essa fragilidade a pessoa começa a olhar em todos os aspectos e nesse momento que é discutido a relação com Deus, e começa a procurar inúmeras explicações e ver a vida de forma diferente.

Entendemos que a espiritualidade pode ser um aspecto importante para quem vivencia uma doença grave na UTI, ou estar próxima a morte, visto que auxilia no enfrentamento e na aceitação da dor e do sofrimento, ao imprimir algum significado a eles. Um bom relacionamento com a ideia de Deus ou a crença em poder superior permite ao doente e sua família o entendimento e a aceitação do sofrimento humano, independente da crença religiosa professada (*Sousa SR; Chaves, 2006*). É por este motivo que a espiritualidade torna-se um ponto de apoio fundamental para os pacientes de UTI que convivem em constante luta contra a morte onde, os mesmos, atrelados a crença de um ser superior consegue atingir, em muitos casos, certa paz mediante a situação de enfermidade trazendo aos mesmos uma serenidade perante a ideia de finitude e encorajando também aos seus familiares com o fato crucial que pertence a dimensão da vida que é a morte que dentro da religião se manifesta como passagem de um estado existencial a outro, isto é, um retorno.

Portanto, é esta função da religião que desejamos enfatizar em nossa pesquisa que também é resultado da observação que, como profissionais da área de saúde presenciamos de forma cotidiana no exercício de nossa profissão.

Metodologia

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

Para estruturação de nossa pesquisa nos utilizaremos de artigos acadêmicos publicados em revistas on-line, livros e teses que trabalham a respectiva temática visando aprofundarmos nos conceitos técnicos e que, os mesmos, nos possam compreender de forma teórica em que consiste a problemática que abordaremos.

Também realizaremos uma pesquisa com pacientes e familiares que vivenciaram a realidade da UTI visando apreender de forma mais prática como os mesmos enfrentaram tal realidade, como viam aquela experiência e como a religião – se tiverem religião – os ajudaram a enfrentar a enfermidade. Portanto tentaremos unir o aspecto teórico a dimensão prática para podermos concretizar de forma mais vivencial aquilo que é fruto das pesquisas já realizadas.

Resultados e Discussão

Percebe-se que nós profissionais de saúde temos uma formação fragmentada, pois durante a nossa passagem na academia nós não somos formados para o processo de cuidados visando uma dimensão holística do indivíduo, por isso realizamos uma assistência tecnicista e nos tornamos frios, diante das normas e rotinas, e acima de tudo, perante o sofrimento e a condição de dor que o *Outro* se encontra. Assim sendo, entendemos a importância de forma urgente de um cuidado humanizado que se fundamente numa abordagem racional e afetiva com o paciente em que envolva as dimensões: vida e morte de uma forma a contemplar o aspecto metafísico que permeia a existência de cada *Ser*.

Por assim ser, nosso entendimento sobre a espiritualidade resulta na sua grande importância quando proporciona uma mudança no pensamento dos indivíduos que se encontram em enfermidade dando-lhes uma nova aceção perante a vida potencializando seu estado psicológico. Dentro deste contexto, temos a fundamentação de um conjunto de valores que fazem parte da nossa identidade e da forma de cada pessoa encarar cada momento de sua enfermidade gerando uma cadeia de grandeza dos fatos para amplos horizontes que permeia a dimensão da vida. Desta forma quando os pacientes foram questionados a respeito da hospitalidade no âmbito da UTI, foi possível perceber a sua carência, fragilidade, medos, mas acima de tudo, demonstraram como a fé os ajudaram a enfrentar aquele quadro clínico.

Os pacientes em cuidados de proteção ficam, mas perceptível as limitações da doença, não só a fase terminal mas em todo o percurso, as recordações do passado, o estado de encontro consigo mesmo, a aproximação das famílias o amor incondicional dos pais e filhos, lhe proporciona uma melhor acolhida para sua despedida ser menos dolorosa, é nessa hora que os valores e as crenças influenciam no processo de morte.

Conclusão

O seguinte estudo nos fez entender melhor a condição dos pacientes da UTI e perceber a importância da humanização na lida com estes pacientes e seus familiares que vivenciam um momento existencial de atribulação perante a ideia da finitude, isto é, da possibilidade de morte. Foi possível entendermos melhor a fragilidade humana, o desejo pela vida mediante a luta para sair de um estado de coma, a ansiedade dos familiares que se uniu perante o quadro clínico seu familiar enfermo. Mas o que nos chamou a atenção – e que foi nosso objeto maior de pesquisa – foi a aproximação com um ser supremo, isto é, a dimensão da espiritualidade, da transcendência do homem perante a condição vivenciada. Com isso chegamos a um conceito tão enfatizado pela antropologia que caracteriza o homem como um ser de transcendência.

Mediante a isto, percebemos que de forma urgente se deve mudar a visão e o trato dos profissionais com os pacientes nas UTI resultando e objetivando na instituição de uma relação humanizada e acolhedora em que os mesmos possam potencializar sua condição psicológica mediante a enfermidade enfrentada. O cuidado humanizado que é a base da enfermagem deve, por obrigação, ser o fundamento destes ambientes visando o bem estar do paciente. Em troca, o profissional se sentira mais pessoa, se sentirá como contribuinte da existência do outro, haja vista, o mesmo ter tido papel preponderante para tal reabilitação. Assim sendo, com uma visão espiritual percebemos a mudança de perspectiva de lidar com a doença e a eficácia do tratamento, obtendo-se da condição psicológica do paciente outro olhar perante seu problema que resulta numa esperança. E aqui se apresenta a necessidade da equipe de profissionais em prestar uma assistência humanizada.

Portanto, frente à pesquisa ficou clara a necessidade de profissionais mais capacitados neste aspecto humanista visando realizar na UTI, e em todo hospital, a essência do cuidado procurando sempre ver o *Outro* com seu devido valor. E que se deveria investir mais em formação para os profissionais, como também, elevar e ratificar a importância dos mesmos na atividade profissional que os mesmos exercem no cuidado da vida.

Referências

Correia JN, Rosa K. Os sentimentos e a espiritualidade identificados nos familiares de pacientes terminais em terapia intensiva. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2011 Dec [cited 2012 Oct25];5(10):23917. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1990/pdf_716.

Lino MM, Silva SC. Enfermagem na unidade de terapia intensiva: a história como explicação de uma prática. Nursing. 2001;41(4):25-9.

Kübler-Ross E, Kessler D. Os segredos da vida. São Paulo: Pensamento; 2005.

Souza SR, Chaves SR, Silva CA. [Visitation in the ICU: a meeting of the unknown]. Rev Bras Enferm. 2006;59(5):609-13. Portuguese.

World Health Organization (WHO). WHO Definition of Palliative Care [text on the Internet]. Geneva; 2006. [cited 2006 Feb 13]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/>

definition/em

Agradecimentos

Agradecemos as faculdades INTA pelo apoio e o projeto de humanização por nos dar a oportunidade de poder realizar essa pesquisa. Ao Mestre Geovani Paulino Oliveira, pela sua dedicação, paciência e atenção por nos passar os seus conhecimentos.

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO FARMACÊUTICA: UMA REFLEXÃO NA PRÁTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS FARMÁCIAS E DROGARIAS.

Alexandre Pinheiro Braga (apresentador) – UNIFOR e yorgovitch@bol.com.br

Geraldo Bezerra da Silva Junior – UNIFOR

Lana Karine Vasconcelos Barbosa – UNIFOR

Rosendo Amorim (Orientador) – UNIFOR

Palavras-chave: Humanização. Atenção Farmacêutica. Farmácia e Drograria.

Resumo

Entende-se por atenção farmacêutica o processo de assistência ao paciente que envolve análise da situação das necessidades do paciente em relação aos medicamentos, elaboração de um plano de seguimento e a avaliação do seguimento para determinar os resultados reais no paciente. As Farmácias e Drogarias passaram a unidades de prestação de serviço à saúde pelo Projeto de Lei (PL) nº 4.385/94. Foi realizado estudo descritivo, qualitativo, na modalidade de revisão sistemática em bases de dados, tendo, como descritores, Humanização, Atenção Farmacêutica e Promoção à Saúde. Os dados foram caracterizados pela frequência em cada área de conhecimento. Objetivou-se identificar uma reflexão sobre a importância da Humanização na Atenção Farmacêutica nas Farmácias e Drogarias na prática da educação em saúde, entre fevereiro de 1994 a julho de 2014. Muito foi encontrado na Promoção à Saúde no setor farmacêutico frente o fortalecimento da categoria nos últimos anos, mas pouco se desenvolveu e praticou ações da Atenção Farmacêutica nas Farmácias e Drogarias, muito menos de Humanização. Isso devido ao fato de, por muito tempo, o setor farmacêutico ter sido considerado apenas um comércio, mas esse ano foi instituído como unidade de saúde pelo Projeto de Lei (PL) nº 4.385/94. Frente ao amadurecimento atual da Assistência Farmacêutica das Farmácias e Drogarias, espera-se um fortalecimento da Atenção Farmacêutica, podendo ser inserido o Programa Nacional de Humanização (PNH) na educação em saúde dos seus usuários.

Introdução

A atenção farmacêutica envolve um processo de assistência ao paciente, lógico, sistemático e global, que envolve três etapas: análise da situação das necessidades do paciente em relação aos medicamentos; elaboração de um plano de seguimento, incluindo os objetivos do tratamento farmacológico e as intervenções apropriadas; e a avaliação do seguimento para determinar os resultados reais no paciente (Cipolle, 2000). Esse importante paradigma da Assistência Farmacêutica é um dos processos de educação em saúde que os farmacêuticos vêm se “empoderando” nos últimos anos.

Os farmacêuticos apresentam diversos desafios perante mudança de prática na farmácia comunitária, entre eles se destacam a priorização dos interesses econômicos e a exigência do cumprimento de tarefas administrativas no processo de trabalho, em detrimento das atividades clínicas e de educação em saúde (Oliveira, 2005). Sendo difícil desvincular o caráter comercial dessas unidades, pois está bastante ligado a questões culturais, sociais e econômicas muito fortes.

Mas essa realidade vem se modificando, como afirma Pollyana em 2012, que, nos últimos anos, há uma mudança importante de paradigma em relação à compreensão sobre a finalidade do trabalho do Farmacêutico, não mais focado no medicamento enquanto um produto, uma mercadoria de consumo ou simplesmente de apoio ao acesso ao insumo, passando a ter a centralidade no usuário do serviço de saúde, no sentido de considerá-lo sujeito de direito ao acesso aos benefícios do cuidado terapêutico. Deve-se ter mudança na postura da assistência farmacêutica nas farmácias e drogarias onde o paciente seja humanamente valorizado e respeitado. O HumanizaSUS, Política Nacional de Humanização (PNH), pode ser uma ferramenta norteadora importante nesse novo caminho da Atenção do Farmacêutico.

A valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecendo o compromisso com o direito do cidadão, destacando-se o direito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e as populações específicas (índios, quilombos, ribeirinhos, assentados, etc.) (Ministério da Saúde, 2004) é um dos princípios do PNH que deve nortear este setor na promoção à saúde. As Farmácias e Drogarias passaram a unidades de prestação de serviço à saúde e não mais um mero estabelecimento comercial pelo Projeto de Lei (PL) nº 4.385/94 que só em julho de 2014 foi aprovado pelo Senado.

A PL dispõe que a farmácia, a drogaria e o ervanário terão obrigatoriedade de assistência de técnico responsável, sendo, na farmácia, o farmacêutico e na drogaria ou ervanário, o farmacêutico, o oficial de farmácia, o auxiliar de farmácia ou o prático de farmácia, desde que comprovem formação profissional ou tempo de atividade profissional (Brasília, 1994). Então, faz-se necessário um

olhar mais humanizado aos usuários das unidades farmacêuticas onde na Atenção Farmacêutica se promova e reconheça saúde.

Por isso, o trabalho tem o objetivo de refletir a importância da Humanização na Atenção Farmacêutica nas Farmácias e Drogarias na prática da educação em saúde pelas bases de dados científicos e Legislações Sanitárias.

Metodologia

Este trabalho é uma revisão conexa descritiva, elaborada com textos científicos catalogados nas bases de dados eletrônicos do SCIELO, GOOGLE ACADÊMICO e das Legislações Sanitárias no setor da farmácia, que abordam a humanização nas Farmácias e Drogarias na prática da educação em saúde.

A pesquisa abrangeu o período de fevereiro de 1994 a julho de 2014 e utiliza a revisão sistemática que, segundo Castro, em 2001, é um método que responde a uma pergunta específica e utiliza métodos explícitos e sistemáticos para identificar, selecionar e avaliar criticamente os estudos, para coletar e analisar os dados desses estudos a serem incluídos na revisão.

Também se procurou usar textos que trabalhem a humanização e a promoção à saúde na Assistência Farmacêutica, para conceituar e embasar essa prática com abordagens mais recentes. Isso é uma discussão sendo construída.

Em seguida, os dados foram agrupados por temas pela sua relevância e lógica na construção da defesa do tema. Foram utilizadas outras formas de selecionar os textos como avaliação dos resumos, das palavras-chaves e data de publicação. Todos os critérios tinham que estar no contexto dos assuntos dispostos para elaboração desse trabalho.

Para o processamento dos dados, analisaram-se os textos já agrupados por temas, grupo a grupo, o que forneceu uma visão panorâmica dos artigos de temas sócio-científicos já existentes sobre humanização, assistência farmacêutica e promoção à saúde, facilitando assim a construção do artigo.

Resultados e Discussão

Constataram-se nos textos revisados que houve um grande salto da promoção à saúde no setor farmacêutico. Esse avanço deve-se ao fortalecimento legal da categoria de farmácia nos últimos anos. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA tem um grande papel nesse crescimento com suas ações legais de fármaco-vigilância. A multidisciplinaridade e a gestão compartilhada em saúde também são práticas presentes hoje no agir em saúde que integram e animam todas as categorias, inclusive a farmacêutica.

As Farmácias e Drogarias atualmente são normatizadas e fortalecidas na gestão farmacêutica pela ANVISA na Portaria 344, de 12 de maio de 1998 que aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial (ANVISA, 1998), na Resolução do Diretório Colegiado (RDC) nº 44, de 17 de agosto de 2009 que dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências (ANVISA, 2009) e na RDC nº 20, de 05 de maio de 2011, que dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição, isoladas ou em associação (ANVISA, 2011). Estas garantem a atuação do farmacêutico nas Farmácias e Drogarias como o responsável técnico de promover saúde desses locais.

Poucos textos foram encontrados sobre o Projeto de Lei nº 4.385/94 das Farmácias e Drogarias que só este ano foi aprovado que as institui unidades de saúde, dando maior responsabilidade de valorizar a saúde de seus usuários. Por isso, faz-se necessário aprofundar investigações e ações científicas sobre este assunto. Como sugestão de promoção à saúde, a implementação da HumanizaSUS nas Farmácias e Drogarias, refletirá na Atenção Farmacêutica pela orientação sanitária onde seu primeiro princípio, que valoriza o humano em todas suas dimensões, encaixa nesse caminho e é um forte aliado na qualificação do atendimento desses clientes.

Sendo posto em prática, as Farmácias e Drogarias se distanciaram pouco a pouco da imagem de comércio, sendo vista sim como uma unidade de saúde de fato, e conseqüentemente se dará mais valor à Atenção Farmacêutica e maior satisfação dos seus usuários. Outros princípios do PNH podem ser trabalhados como a interação dos profissionais das unidades junto com a educação continuada que os qualificarão, caminhando assim para a construção e melhoria da promoção da saúde em todos os setores farmacêuticos.

Conclusão

A prática da Política Nacional de Humanização como promoção da educação aos usuários é um caminho que pode levar o reconhecimento social das Farmácias e Drogarias como unidade de saúde e a ampliação

do trabalho da Atenção Farmacêutica, que ainda é muito tímida, pois suas ações nesses estabelecimentos ainda estão associadas somente ao lucro.

O desenvolvimento da promoção à saúde como objetivo central das Farmácias e Drogarias é uma prática ainda distante, mas acredita-se que, como unidades de saúde, vai se voltar o olhar para o desenvolvimento científico nesta área, criando assim programas específicos de saúde para os mesmos.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: Humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, 2004.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Portaria 344, de 12 de maio de 1998**. Aprova o Regulamento Técnico sobre substâncias e medicamentos sujeitos a controle especial.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução - RDC nº 20, de 05 de maio de 2011**. Dispõe sobre o controle de medicamentos à base de substâncias classificadas como antimicrobianos, de uso sob prescrição médica, isoladas ou em associação e dá outras providências.

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **RDC nº 44, de 17 de agosto de 2009**. Dispõe sobre Boas Práticas Farmacêuticas para o controle sanitário do funcionamento, da dispensação e da comercialização de produtos e da prestação de serviços farmacêuticos em farmácias e drogarias e dá outras providências.

Brasília. **Projeto de Lei (PL) nº 4.385 de 1994**. Dá nova redação ao art. 15 da Lei nº 5.991, de 17 de dezembro de 1973, que " dispõe sobre o controle sanitário do comércio de drogas, medicamentos, insumos farmacêuticos e correlatos, e dá outras providências ". Diário Oficial do Distrito Federal, Poder Legislativo, Brasília, fev. 1994.

Castro A. A. **Revisão sistemática com e sem metanálise**, 2001. Disponível em URL: <http://metodologia.org/wp-content/uploads/2010/08/meta1.PDF>. Consultado em: 15/07/2014.

Cipolle, R. J.; STRAND, L. M.; MORLEY, P. C. **Elejercicio de la atención farmacéutica**. Madrid: McGraw-Hill – Interamericana, 2000.

Oliveira, A. B.; OYAKAWA, C. N.; MIGUEL, M. D.; ZANIN, S. M. W.; MONTRUCCHIO, D. P. **Obstáculos da atenção farmacêutica no Brasil**. Rev. Bras. Ciênc. Farm., v. 41, n.4, p. 409-413, 2005.

Prata, A. B. P.; CUNHA, R. M.; PEREIRA, R. É.; NICHATA, I. Y. L. **Atenção farmacêutica e a humanização da assistência: lições aprendidas na promoção da adesão de usuários aos cuidados terapêuticos nas condições crônicas**. O Mundo da Saúde, São Paulo – 2012;36(3):526-530.

Agradecimentos

Agradecemos primeiramente a Deus, a nossa família pelo apoio incondicional em todos os momentos. As oportunidades abertas na inserção do Mestrado. Aos colegas, amigos e professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

HANSENÍASE: VIGILÂNCIA DE CONTATOS INTRADOMICILIARES DE CASOS DIAGNOSTICADOS EM BUSCA ATIVA

Josymara da Silva Duarte (Apresentadora) – Universidade Federal de Campina Grande. E-mail: josymaraduarte@gmail.com

Gerlane Cristinne Bertino Veras – Universidade Federal de Campina Grande.

Marilena Maria de Souza (Orientadora) – Universidade Federal de Campina Grande.

Palavras-chave: Hanseníase. Vigilância de contatos intradomiciliares. Busca ativa.

Resumo

Introdução: Os contatos intradomiciliares de hanseníase são os que possuem a maior possibilidade de adquirir a doença, devido ao convívio prolongado. **Objetivos:** caracterizar os contatos intradomiciliares de hanseníase quanto à situação socioeconômica e demográfica; investigar a ocorrência da vigilância dos contatos intradomiciliares: exame dermatoneurológico e status vacinal com BCG-ID; e realizar o exame dermatoneurológico nos contatos intradomiciliares que não compareceram ao serviço anteriormente. **Metodologia:** Estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. Participaram do estudo 60 contatos, utilizou-se um questionário abordando a caracterização dos participantes, aspectos demográficos, socioeconômicos, exame dermatoneurológico e status vacinal. **Resultados:** Observou-se que dos 60 contatos, a maioria conviviam com pessoas acometidas de hanseníase da forma indeterminada, sendo os que possuem pouca carga bacilar, condições socioeconômicas desfavoráveis e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente que influem no risco de adoecer. **Conclusão:** Conclui-se que há fragilidade no serviço, que não acompanha os contatos intradomiciliares de maneira efetiva e os contatos não se interessam em procurar o serviço para avaliação dermatoneurológica. Sendo que a doença predomina nas camadas sociais mais desfavorecidas, as ações de controle dos contatos são consideradas prioritárias na redução da detecção de casos novos.

Introdução

A hanseníase é uma doença granulomatosa crônica que afeta principalmente a pele e nervos periféricos, transmitida pelas vias áreas de pessoa a pessoa, causada pelo *Mycobacterium leprae*, que se manifesta através, de sinais e sintomas dermatoneurológicos, possuindo grande potencial de provocar incapacidades físicas, podendo evoluir para deformidades (BRASIL, 2001).

No Brasil a hanseníase é endêmica, em 2011, o coeficiente de prevalência foi de 1,54/10.000 habitantes, com importantes variações regionais, que coloca o Brasil em um parâmetro médio de detecções. Sendo que o percentual de contatos examinados no Brasil foi equivalente a 59,8%, considerado ainda regular (SVS-MS, 2012).

A região Nordeste apresentou em 2011, um coeficiente de prevalência de hanseníase de 2,35/10.000 habitantes, com uma taxa correspondente a 49,9% de contatos examinados. Na Paraíba, o coeficiente de prevalência de hanseníase em 2011 atingiu 1,74/10.000 habitantes, apresentando ainda uma taxa de 39,0% de contatos examinados (SVS-MS, 2012).

Dos 223 municípios da Paraíba, 129 (59%) não notificaram casos em 2010, 14 municípios são classificados como hiperendemicos, e apenas 3 diagnosticaram mais de 10 casos de hanseníase. O município de Cajazeiras – PB com coeficiente de detecção 107,8 casos/100.000 mil habitantes; Campina Grande-PB com 20,8 casos/100.000 mil habitantes e João Pessoa-PB com 11,3 casos/100 mil habitantes apresentam maior relevância epidemiológica (BRASIL, 2011).

As medidas de vigilância são voltadas ao aumento do percentual de exame de contatos que em 2010 foi precário na Paraíba, com taxa de 37,2%. O principal indicador de avaliação da qualidade da atenção e o percentual de cura dos casos diagnosticados apresentaram um resultado também regular de 77,8% em 2010 (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde- MS define como contato intradomiciliar toda e qualquer pessoa que reside ou tenha residido com o doente, nos últimos cinco anos, estima que, para cada caso da doença existem em média quatro contatos que convivem no mesmo domicílio. Quando há confirmação de um caso de hanseníase, uma das atividades realizadas é a investigação epidemiológica, feita através da vigilância dos contatos intradomiciliares dos doentes, considerando que os familiares são mais expostos à infecção e, que têm também maiores riscos de contrair a doença, quando devem ser submetidos ao exame dermatoneurológico, receber orientação quanto ao período de incubação, sinais e sintomas e o retorno ao serviço de saúde, além da aplicação da vacina BCG-ID (BRASIL, 2002).

A investigação adequada dos contatos contribui para interrupção da cadeia de transmissão da hanseníase, pois trata-se precocemente os casos diagnosticados, evitando disseminação do bacilo, a grave debilidade física, social, instalação das incapacidades e conseqüências psicológicas (DESSUNTI et al, 2008).

Esse estudo teve como objetivos: Caracterizar os contatos intradomiciliares de hanseníase quanto à situação sociodemográfica e econômica; Investigar a ocorrência da vigilância dos contatos intradomiciliares: exame dermatoneurológico e status vacinal com BCG-ID; Realizar o exame dermatoneurológico nos contatos intradomiciliares que não compareceram ao serviço anteriormente.

Metodologia

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no domicílio dos contatos intradomiciliares de casos de hanseníase diagnosticados através da busca ativa no município de Cajazeiras – PB: nas UBS Sol Nascente, localizado, na Rua Raimundo Moésia Rolim, nº 58, Bairro Sol Nascente e; Amélio Estrela Dantas Cartaxo, na Rua Vitória Bezerra, nº85, Bairro São Francisco.

A população do estudo foi constituída por contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase diagnosticados através da busca ativa, quando da realização de um projeto de pesquisa, nos meses de março de 2011 a janeiro de 2012 e que foram registrados nas ESF do Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo, no município de Cajazeiras – PB, bem como, estarem aptos a estabelecerem comunicação verbal e interpretação dos formulários, além de concordarem em participar da pesquisa.

Para realização do estudo, a técnica utilizada para coleta de dados foi a entrevista, guiada por roteiro estruturado, contendo questões objetivas, abordando a caracterização dos participantes, aspectos demográficos, socioeconômicos, exame dermatoneurológico e status vacinal, sendo realizada diretamente no domicílio do participante do estudo, após o seu consentimento.

O exame dermatoneurológico foi realizado por enfermeiros e médico com atuação nas UBS do Posto de Assistência Primária da Saúde da Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras/CFP/UFCG.

Após a fase da coleta, os dados foram analisados quantitativamente, processados pelo programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 17, com frequência e percentual. A pesquisa foi aprovada conforme Parecer de número: 397.495 do Comitê de Ética em Pesquisa, do Hospital Universitário Alcides Carneiro da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG.

Resultados e Discussão

A pesquisa foi realizada com os contatos intradomiciliares de 19 casos índice de hanseníase diagnosticados na busca ativa nas ESF do Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo, no município de Cajazeiras – PB. Na ESF do Sol Nascente foram diagnosticados 9 casos de hanseníase, os quais foram registrados 28 contatos intradomiciliares, e destes, 3 recusaram-se em participar do estudo. Na ESF Amélio Estrela Dantas Cartaxo, foram diagnosticados 10 casos de hanseníase com o registro de 37 contatos intradomiciliares, sendo que 2 não participaram do estudo, devido a mudança de endereço. Sendo assim, 60 contatos intradomiciliares de hanseníase participaram do estudo.

Dos 9 casos índice registrados na ESF do Sol Nascente, 5 (56%) apresentavam a forma indeterminada, 22% a forma tuberculóide, e 2 (22%) a forma dimorfa. Quanto ao número de contatos intradomiciliares, observou-se que 17 (68%) eram contatos de pessoas acometidas na forma indeterminada, 6 (24%) da forma tuberculóide, 2 (8%) da forma dimorfa. Dos 10 casos índice diagnosticados na ESF Amélio Estrela Dantas Cartaxo, 5 (50%) apresentavam a forma indeterminada, 4 (40%) a forma dimorfa e 1 (10%) a forma tuberculóide. E quanto aos contatos, 20 (57%) eram de pessoas acometidas da forma indeterminada, 13 (37%) da forma dimorfa e 2 (6%) da forma tuberculóide.

Diante do exposto, podemos observar que a maioria dos contatos intradomiciliares, convivia com pessoas acometidas de hanseníase que apresentavam a forma indeterminada, ou seja, com aqueles que possuem baixa carga bacilar (BRASIL, 2002). A transmissão da doença ocorre, geralmente, apenas entre pessoas em contato muito íntimo e prolongado com o doente, considerando que o homem é o único hospedeiro e fonte de infecção do *Mycobacterium leprae* (TORTORA, 2005; LOPES, 2006).

Quanto às características demográfica e socioeconômicas dos contatos intradomiciliares dos casos índice de hanseníase registrados na ESF do Sol Nascente, observou-se um pequeno predomínio do sexo masculino 14 (56%), a idade predominante foi acima dos 40 anos 11 (44%), a escolaridade mais prevalente foi fundamental incompleto 12 (48%), a situação conjugal 14 (56%) dos indivíduos estavam sem companheiro, a profissão mais declarada foi estudante 7 (28%), na maioria das famílias a renda familiar era de 1 a 2 salários mínimos 19 (76%), em 68% apenas uma pessoa da família trabalhava. Nos registrados na ESF Amélio Estrela Dantas Cartaxo, observou-se que predominou o sexo feminino 23 (66%), a idade predominante foi entre 21 e 40 anos 13 (37%), a escolaridade mais observada foi fundamental incompleto 22 (63%), quanto à situação conjugal 21 (60%) estavam sem companheiro, a profissão mais declarada foi estudante 19 (53%), na maioria das famílias a renda familiar foi de 1 a 2 salários mínimos 32 (91%), em 23 (66%) apenas uma pessoa da familiar trabalhava.

A hanseníase pode ocorrer em qualquer idade, raça ou gênero (BRASIL, 2010). Para Veronesi (2009) a frequência da hanseníase é igual em ambos os sexos. Em relação ao grau de escolaridade nas ESF prevaleceu maiores percentuais de contatos intradomiciliares com o ensino fundamental incompleto. Estas informações são relevantes, sobretudo, para a definição das ações de controle, em particular as relacionadas à comunicação e educação. Esses dados são preocupantes, porém caracteriza a problemática da hanseníase no Brasil em revelar desigualdades socioeconômicas de gênero ainda presentes na sociedade brasileira (BRASIL, 2010).

Quanto à renda familiar per capita chamou a atenção o fato de que a maioria dos participantes 19 (76%) e 32 (91%) tinha renda familiar per capita de 1 a 2 salários mínimos. Apenas 6 (24%) tinham renda familiar per capita maior que dois salários mínimos. A renda é um dos indicadores socioeconômicos utilizados para elaborar o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). A desigualdade social atrapalha o desenvolvimento econômico e o benefício dos mais pobres (PNUD, 2007).

Vale salientar que os aspectos econômicos podem influenciar as formas de enfrentamento dos problemas de saúde, podendo ser diferentes em uma mesma pessoa, segundo as etapas do processo de manutenção da saúde, juntamente com fatores sociais e psicológicos (GERHARDT, 2006).

A respeito das atividades exercidas pelos contatos intradomiciliares, houve predominância de duas profissões: estudante 7 (28%) e 19 (53%) e do lar 4 (16%) e 4 (11%), com destaque também para as pessoas que exercem atividades autônomas, cujas tarefas não requerem qualificação e tendem à precariedade das relações do trabalho. Tal inserção mostrou-se coerente com a baixa escolaridade observada na maioria dos investigados.

Todas as famílias participantes do estudo da ESF Sol Nascente utilizam água proveniente da rede pública 25 (100%), o destino dos dejetos humanos na maioria é a rede de esgoto 15 (60%), e o destino do lixo é a coleta pública 25(100%). Em relação à moradia, verificou-se que 20 (80%) possuem casa própria e 25 (100%) residiam em casas com paredes de alvenaria. Houve predomínio de 3 a 5 moradores por residência 14 (56%). No tocante ao número de cômodos por residência, 20 (80%) possuíam mais de 3 cômodos e em 17 (68%) até duas pessoas dividiam o mesmo cômodo. Na ESF Amélio Estrela Dantas Cartaxo os participantes do estudo utilizam água fornecida pela rede pública 35 (100%), o destino dos dejetos humanos na maioria é a rede de esgotos 32 (91%), o destino do lixo é a coleta pública 33(94%), quanto à moradia, 18 (51%) residem em casa alugada, e 35(100%) moram em casas com paredes de alvenaria. Houve predomínio de 3 a 5 moradores por residência 21(60%). Quanto ao número de cômodos nas residências, 23(68%) tinham mais de 3 cômodos e em 25(71%) mais de 2 pessoas dividiam o mesmo cômodo .

Para Veronesi (2009) a hanseníase até os nossos dias ocorre em qualquer camada social, mas predomina nas mais desfavorecidas. E quanto mais íntimo e prolongado for o contato com o doente, maior será a possibilidade de se adquirir a infecção. As condições socioeconômicas desfavoráveis, assim como qualidades precárias de vida e de saúde e o elevado número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente influem no risco de adoecer (BRASIL, 2002).

Dos contatos intradomiciliares de 9 casos índice de hanseníase diagnosticados na ESF Sol Nascente, 12 (48%) informaram que haviam realizado o exame dermatoneurológico anteriormente a pesquisa, 10 (40%) foram examinados no decorrer da pesquisa, 3 (12%) não aceitaram realizar o exame dermatoneurológico. Na ESF Amélio Estrela, dos 35 contatos intradomiciliares de 10 casos índice, 12 (34%) informaram ter realizado o exame dermatoneurológico anteriormente a pesquisa, 18 (52%) foram examinados durante a pesquisa, 5 (14%) não aceitaram realizar o exame dermatoneurológico. Constatamos que os contatos intradomiciliares dos casos índice registrados na ESF Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo que ainda não tinham realizado o exame dermatoneurológico, e que durante a pesquisa foram submetidos ao mesmo, não foi confirmado nenhum caso novo de hanseníase.

Vale ressaltar que na ESF Amélio Estrela Dantas Cartaxo, ao investigar um contato intradomiciliar de um caso índice da forma tuberculoide, o mesmo encontrava-se em tratamento para hanseníase na forma dimorfa. Este fato mostra a importância da vigilância dos contatos, tendo em vista que são os que têm maior probabilidade de adquirir a doença, o que podemos constatar que existe a fragilidade no serviço que não acompanha os contatos intradomiciliares e também dos contatos por não ter interesse em procurar o serviço.

É recomendado que todos os contatos intradomiciliares de casos de hanseníase sejam examinados, sendo esta uma ação de vigilância epidemiológica importante para ter a possibilidade de se determinar um diagnóstico e tratamento precoce e também para interromper a cadeia de transmissão da doença (BRASIL, 2011).

Em relação à situação vacinal dos contatos intradomiciliares dos casos de hanseníase registrados na ESF Sol Nascente, 7 (28%) não tomaram nenhuma dose , 11 (44%) tomaram uma dose da vacina BCG-ID, 7 (28%) tomaram as duas doses. Na ESF Amélio Estrela Dantas Cartaxo, a situação vacinal dos contatos intradomiciliares dos casos índice de hanseníase registrados foi que 5(14%) não tomaram nenhuma dose, 25 (72%) tomaram uma dose da vacina BCG-ID, 5 (14%) tomaram as duas doses.

A aplicação de BCG-ID depende da história vacinal: se o contato não possuir cicatriz de BCG, deverá ser prescrita uma dose da vacina e outra para seis meses; se possuir uma cicatriz de BCG deverá ser prescrito uma dose adicional; e caso possua duas cicatrizes vacinais de BCG, não deverá receber nenhuma dose da vacina BCG (BRASIL, 2010).

Apesar de não existir vacina específica para este fim, devido à incapacidade de se cultivar o *Mycobacterium leprae* “in vitro”, a vacina que tem sido amplamente utilizada no mundo, como uma alternativa para a imunoprevenção dos contatos intradomiciliares da hanseníase é a vacina Bacilo Calmette-Guérin (BCG) por via intradérmica, a qual foi inicialmente empregada no controle da tuberculose (FINE, 1996).

No Brasil, o Programa Nacional de Imunização- PNI atinge altas taxas de cobertura vacinais pela BCG em menores de um ano. A vacinação com BCG-ID é feita nos contatos intradomiciliares, visando melhorar a sua imunidade, independente da forma clínica da hanseníase do caso índice (FREITAS et al, 2008). Estes não apresentando sinais e sintomas de hanseníase, no momento da avaliação dermatoneurológica.

Conclusão

Com o presente estudo, caracterizamos os contatos intradomiciliares de casos de hanseníase diagnosticados através de busca ativa. Com os resultados, percebemos que a maioria dos contatos convivia com pessoas acometidas de hanseníase da forma indeterminadas, ou seja, os que possuem pouca carga bacilar, condições socioeconômicas desfavoráveis e o elevado

número de pessoas convivendo em um mesmo ambiente que influem no risco de adoecer. . Encontramos fragilidade no serviço, que não acompanha os contatos de maneira efetiva e os contatos não se interessam em procurar o serviço para avaliação dermatoneurológica.

O estudo reforça a necessidade da realização de ações de controle voltadas para os contatos intradomiciliares sendo consideradas prioritárias para redução na detecção de casos novos da hanseníase.

Enfim, as condições socioeconômicas desfavoráveis dos contatos e a não realização das ações de vigilância podem contribuir de forma direta para o surgimento de novos casos de hanseníase. Portanto, a vigilância dos contatos é de grande importância, pois são estes que possuem a maior chance de adquirir a hanseníase.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso – 8. ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia para o Controle da hanseníase. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Relatório de gestão da Coordenação Geral do Programa Nacional de Controle da Hanseníase – CGPNCH :janeiro de 2009 a dezembro de 2010. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Sistema Nacional de Vigilância em Saúde : Relatório de situação : Paraíba / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde.– 5. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

DESSUNTI, E. M.; SOUBHIA, Z.; ALVES, E. et al. Hanseníase: o controle dos contatos no município de Londrina – PR em um período de dez anos. Universidade Estadual de Londrina. Departamento de Enfermagem, Londrina, PR. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, 2008;v. 61 (esp.). p.689-693

FINE PE. Primary prevention of leprosy. Int J Lepr Other Mycobact Dis. 1996.

FREITAS, R. M.S. OLIVEIRA, E. L. Hanseníase: avaliação diagnóstica a partir dos dados do SINAN em Itaperuna-RJ. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Caxambú- MG – Brasil, de 29 de setembro a 03 de outubro de 2008.

GERHARDT TE. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. Cad Saúde Pública 2006; 22(11): 2449-63.

LOPES, Antonio Carlos. Tratado de clínica médica, v. 3/ Antonio Carlos Lopes, editor. – São Paulo: Roca, 2006

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle de hanseníase na atenção básica: guia prático para profissionais da equipe de saúde da família. Brasília, 2001.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Vigilância em Saúde. Situação Epidemiológica Hanseníase Brasil. Brasília, 2012.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO (PNUD). Objetivos de desenvolvimento do milênio [homepage on the Internet]. Brasília: PNUD; 2007 [acesso 14 maio 2007]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/odm/index.php>

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

TORTORA, Gerard J. Microbiologia/ Gerard J. Tortora, Berdell R. Funke, Christine L. Case.; Trad. Atual por Roberta Marchioni Martins. – 8 ed. – Porto Alegre : Artmed, 2005.

VERONESI: Tratado de infectologia/ editor científico Roberto Focaccia e editores adjuntos Décio Diament, Marcelo Simão Ferreira, Rinaldo Focaccia Siciliano. – 4. ed. rev. atual. – São Paulo: Editora Atheneu, 2009

Agradecimentos

Agradecemos aos participantes da pesquisa, aos funcionários das Estratégias de Saúde da Família do Sol Nascente e Amélio Estrela Dantas Cartaxo e a todos que direta ou indiretamente contribuíram para a realização deste estudo.

HIV: percepção da mulher portadora acerca desta infecção sexualmente transmissível

Natália Silvestre de Carvalho - Faculdade Vale do Salgado Email: nataliaico@hotmail.com
Laila Maria Alves Duarte - Universidade Regional do Cariri – Unidade Descentralizada do Iguatu
Juliana Alexandra Parente Sa Barreto - Universidade Regional do Cariri
Lídia Samantha Alves de Brito - Universidade Regional do Cariri
Caroline Torres da Silva Candido - Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Rosely Leyliane dos Santos - Universidade Regional do Cariri

Palavras-chave: Mulheres. Vírus da imunodeficiência humana. Conhecimento. Sentimentos.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa que objetivou conhecer a percepção das mulheres acometidas por infecções pelo HIV acerca desta infecção sexualmente transmissível. A coleta de dados foi realizada no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) do município de Juazeiro do Norte, Ceará, Brasil, de novembro de 2013 a janeiro de 2014, com amostra de 14 mulheres. A organização dos dados se deu através do Discurso do Sujeito Coletivo e a análise com base na literatura relacionada à temática. Constatou-se com o resultado os sentimentos pessimistas e negativos das mulheres portadoras de HIV diante de seu diagnóstico, constatando-se também como resultado o conhecimento destas acerca da doença que em sua maioria é escasso e as modificações que ocorreram no relacionamento com o parceiro após a descoberta da IST. Constatou-se que os serviços de saúde devem continuar discutindo sobre o HIV, a fim de garantirem aos casais orientações para sexualidade segura.

Introdução

A alta incidência de infecções sexualmente transmissíveis sempre prevaleceu no mundo. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que no Brasil 10,3 milhões de indivíduos já tiveram algum tipo destas infecções, sendo mais acometidas as mulheres, devido muitas vezes confiarem nos parceiros, mantendo relação sexual sem preservativo, esquecendo-se do autocuidado (FERREIRA, 2012).

O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) foi reconhecido em meados da década de 80 e desde então vem se disseminando por todo o mundo, tornando-se uma doença de grande distribuição mundial, classificada como uma pandemia da atualidade (ALVES et al., 2007). Estima-se que metade dos casos confirmados de AIDS é em mulheres, sendo a faixa etária mais acometida de 15 a 24 anos, chegando a três vezes mais que o percentual de homens jovens, devido fatores culturais e condicionantes nas relações desiguais e desprotegidas (LIMA, 2012).

É importante relatar que a contaminação por uma IST aumenta o risco para transmissão do HIV, já que quando o organismo é acometido por alguma infecção o sistema imunológico torna-se suscetível a outras infecções (SANTOS et al., 2005).

Ofertar atenção integral e reconhecer a importância da inclusão das ações de prevenção ao HIV e outras infecções na atenção básica à saúde é necessário para que se possa observar as vulnerabilidades e os riscos que a mulher tem de contrair o HIV. A implementação de atividades de rotina, como a orientação sobre como se pode prevenir IST e o estímulo à realização de testes para diagnóstico precoce estabelecem ações educativas que, quando postas em prática, evitam agravos à saúde da mulher.

Mesmo com todo o esforço que a OMS estabelece para a propagação do conhecimento sobre HIV, as mulheres ainda não têm total discernimento sobre a infecção, já que estudos comprovam que tais não têm conhecimento a respeito do diagnóstico e tratamento, apenas têm ideia de como os sintomas podem se manifestar (CARVALHO; MARTINS; GALVÃO, 2006).

A sensação no momento de revelação de um diagnóstico positivo de HIV, trás anseio medo e sofrimento, devido desconhecimento daquilo que virá depois do diagnóstico, acompanhado de angústias e temores por anseio à discriminação, gerando sensações confusas de preconceito e ameaça de estabilidade, sobretudo nas relações familiares e amorosas (LIMA, 2012).

O objetivo do estudo é conhecer a percepção das mulheres acometidas por infecções pelo HIV acerca desta infecção sexualmente transmissível.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, com abordagem qualitativa dos dados. O cenário do estudo foi o Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) do município de Juazeiro do Norte-CE.

Os participantes do estudo foram mulheres, portadoras de HIV, as quais são assistidas no SAE do município supracitado. Como critérios de inclusão: ter diagnóstico de HIV, aceitar assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, ter pelo menos 18 anos de idade e que esteja fazendo tratamento no SAE.

O instrumento de coleta de dados foi uma entrevista semi-estruturada, e objetivando uma melhor apreensão do objeto do estudo, esta foi gravada e registrada. Antes de realizar a coleta de dados, será aplicado um pré-teste. A análise dos dados se dará através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), o DSC tem o objetivo de entender e revelar como os indivíduos pensam, estabelecendo para estes sentidos e atribuem o posicionamento destes para alguns assuntos, movendo um compartilhamento de ideias dentro de um determinado grupo, sendo o Discurso do Sujeito Coletivo um espelho das pessoas, de maneira que elas olhem para si e tenham consciência de quem são.

Durante a realização da pesquisa foi obedecido ao que consta na Resolução 466/12 do Conselho Nacional da Saúde (BRASIL, 2012), a

respeito dos preceitos éticos da pesquisa com seres humanos.

Resultados e Discussão

No período de acontecimento deste estudo foram realizadas, 14 entrevistas com mulheres portadoras do vírus HIV, as quais se enquadravam nos fundamentos desse trabalho.

A seguir daremos ênfase à percepção das mulheres portadoras de infecções pelo HIV frente ao diagnóstico com base nos depoimentos destas.

DSC – “Nem sabia direito o que era HIV. Hoje sei que é uma doença infectocontagiosa que não tem cura e é transmitida por relação sexual sem preservativo, pelo uso de seringas compartilhadas, por materiais cortantes e de forma vertical, da mãe para o filho. Para mim era uma coisa que nunca iria acontecer comigo.”.

O discurso acima denota que as mulheres soropositivas referem pouco conhecimento sobre o que é a AIDS, demonstrando mais conhecimento apenas sobre como ocorre a transmissão do vírus HIV, mesmo essa sendo a IST mais prevalente em mulheres de todo o mundo, segundo Santos et al., (2009), representando, assim, um grande problema de saúde.

Carvalho, Martins e Galvão (2006), relatam que os resultados encontrados no estudo destes, evidenciaram que dentre as 10 mulheres entrevistadas com idades entre 20 e 50 anos, foi relatado desinformação dessas mulheres portadoras de HIV sobre a situação que vivenciam, não demonstrando saber nem os riscos advindos da doença.

DSC (A) - “Comecei a sentir dor de barriga, tontura, muita dor no corpo, febre, dor de cabeça e vomitando. Estava ficando muito magra e fraca”.

DSC (B) – “Eu descobri através do meu parceiro. Quando foi constatado que ele tinha HIV, fiz o exame, aí deu positivo também”.

DSC (C) – “Descobri quando minha mãe faleceu. Quando ela faleceu fui fazer todos os exames, eu e meus irmãos”.

DSC (D) – “Descobri que tinha HIV no pré-natal”.

A partir dos discursos apresentados anteriormente, percebeu-se que grande parte das mulheres descobriram ser soropositivas após o diagnóstico do vírus HIV nos respectivos parceiros. Corroborando com essa realidade, Carvalho e Galvão (2008), afirmam que a maioria das mulheres descobrem-se infectadas, pelo HIV, depois que é relatado a doença no parceiro que elas convivem.

DSC (A) - “Infelizmente ainda não tem cura, até o momento ainda não. Já procurei saber, mas tem um tratamento muito bom”.

DSC (B) – “Acho que sim. Eu creio que a cura é pelos medicamentos que o médico está passando”.

Tendo base nas falas anteriormente citadas, a maioria das mulheres entrevistadas afirmam saber que a AIDS não tem cura, apenas tratamento medicamentoso. Corroborando com o estudo de Cucco (2003), o qual relata que a AIDS não tem cura e os indivíduos acometidos por essa IST, em sua maioria, são conscientes dessa realidade, acreditando que existe tratamento com o intuito de melhorar a vida do paciente.

Esta desinformação é um dado preocupante, já que, de acordo com Brasil (2006), o HIV representa a IST com maior prevalência no Brasil, e com maior taxa de mortalidade no país.

DSC (A) – “Fiquei desesperada. Tive muito medo do que iria acontecer. Senti uma tristeza grande, além de raiva grande do meu marido porque para mim foi culpa dele, e revolta por ter acreditado nele. Também senti vergonha porque sabia que poderia está com a doença porque não usei preservativo”.

DSC (B) – “Na verdade eu não senti nada porque eu não posso fazer mais nada, é aceitar e viver a vida como qualquer outra”.

Diante dos sentimentos vivenciados pelo público-alvo desta pesquisa, após diagnóstico soropositivo, destacam-se: medo e tristeza como os sentimentos mais presentes nas mulheres desse estudo, referindo apenas uma sujeita do estudo não ter tido sentimento algum. Outros sentimentos que foram evidenciados por algumas das entrevistadas foram: desespero, raiva, revolta e vergonha.

Na realização de um estudo Batista e Silva (2007), executaram entrevistas que denotaram os principais sentimentos que abrange ram o

cotidiano das mulheres após o diagnóstico da AIDS e estes foram: negação, tristeza, inutilidade, medo, e a dificuldade de aceitação do diagnóstico, os quais influenciam o modo de viver, saúde e bem estar destas.

DSC (B) – “Várias mudanças, inclusive na questão da qualidade de vida, que está totalmente diferente da que eu tinha com relação a alimentação e lazer. Tive que me cuidar mais porque antes mal ia ao médico, agora tenho que ir direto e tomar medicação. Também faço uso de preservativo e não compartilho objetos perfurocortantes para não transmitir a doença. Muita coisa mudou”.

Nos discursos acima é notável a mudança de qualidade de vida destas mulheres após o diagnóstico, já que a maioria delas enfatizam haver mudanças no cotidiano como a utilização de preservativos com os respectivos parceiros e o não compartilhamento de objetos perfurocortantes, afim de evitar uma possível transmissão.

As principais mudanças no cotidiano das portadoras de HIV, vão além de quesitos clínicos, como a dificuldade de adaptação do seu organismo aos medicamentos, efeito colateral destes, mudança nas atitudes de auto cuidado adotadas e na adesão ao tratamento, envolvendo o campo social e emocional, gerando sentimentos de vergonha diante do diagnóstico, tristeza, culpa, mudanças nas relações sexuais, afetivas, familiares e sociais (ZERBINATTI, 2008).

DSC (A) – “Ele continua do mesmo jeito comigo, mas ficou difícil, tanto para ele quanto para mim. A gente passou muito tempo para poder superar. No momento da descoberta pensou-se em separação, mas hoje a gente está bem”.

DSC (B) – “Até hoje coloco a culpa nele, só não me separei por causa dos meus filhos, pois não tenho trabalho para poder sustentá-los e não tenho como sair de casa”.

DSC (C) – “Ele morreu”.

Através dos dados obtidos, observamos que as participantes desta investigação não tiveram variedades de atitudes com relação ao companheiro, mesmo esse sendo responsável pelo contágio da doença. Nos casos em que elas contraíram primeiro, os respectivos companheiros demonstraram apoio e compreensão diante da revelação do diagnóstico.

Foi denotado também que as mulheres que tem o diagnóstico soropositivo apresentam o desejo de separação, mas por manterem um grande vínculo afetivo com o parceiro, além de serem dependentes destes economicamente, continuam a viverem uma relação de uma maneira estável, mesmo envolvida por sentimentos de tristeza e revolta para com os parceiros, por estes terem sido o meio de forma de transmissão do HIV, mantêm-se dependentes destes (SALDANHA, 2003).

Conclusão

Nesse estudo certifica-se que assim como nas literaturas científicas usadas nesse trabalho como referências, os dados mostram que a maioria das clientes portadoras de HIV eram mulheres em idade fértil, sexualmente ativas, convivendo com parceiros em uma situação de união estável, sendo estas de classe econômica baixa e pouca escolaridade em sua maioria.

Analisou-se nesse estudo também fatores de risco que influenciam no desenvolvimento da infecção, constatando-se que entre eles a infidelidade no casamento e o não uso do preservativo se destacaram devido as mulheres estabelecerem uma relação de total confiança para com seus parceiros, não utilizando a camisinha nas relações sexuais por manterem a ideia que por estarem casadas ou em uma vida a dois estável são imunes a qualquer IST.

Quando se é discutido sobre o que as entrevistadas nesse estudo entendem sobre AIDS elas negam saber exatamente o que é a doença, sendo conhecedora apenas do diagnóstico e da forma de transmissão, tornando visível a deficiência na educação em saúde, refletindo na qualidade da assistência prestada pela equipe de saúde.

É necessário que a estratégia básica adote uma postura educativa em relação ao HIV e outras IST, fornecendo informações diárias sobre o que é a doença, as formas de prevenção, os cuidados a serem tomados e os possíveis tratamentos.

Espera-se que este estudo tenha fornecido dados relevantes sobre o assunto e que possa auxiliar os gestores de saúde em suas ações, podendo esses suprirem as necessidades da atenção básica e dos centros de referências com a contratação de profissionais qualificados que possam desempenhar com êxito a educação preventiva contra o HIV.

Referências

ALVES et al. Compreensão da pandemia da AIDS nos últimos 25 anos. *Jornal brasileiro doenças sexualmente transmissíveis*, v.19, n.1, p.45-50, 2007.

BATISTA, C. B.; SILVA, L. R. Sentimentos de mulheres soropositivas para hiv diante da impossibilidade de amamentar. *Escola Anna*

Nery Revista de Enfermagem, v.11 n.2, p.268 – 75, Junho, 2007.

BRASIL. Caderno de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Brasília: 2006.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Departamento de Bioética. Resolução Nº 466. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres vivos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARVALHO, L. D. M. C.; MARTINS, A. F. L.; GALVÃO, G. T. M. Mulheres com HIV/AIDS informam conhecimento acerca da infecção. Revista Enfermagem UERJ, v.14, n.3, p.191-5, abr./jun. 2006.

CARVALHO, C. M. L.; M. T. G. GALVÃO. Enfrentamento da AIDS entre mulheres infectadas em Fortaleza. Revista Escola Enfermagem USP, v.42, n.1, p.90-7, 2008.

CUCCO, C. F. Mulheres portadoras do vírus hiv e doentes de AIDS e o princípio da dignidade da pessoa humana. Santa Catarina ,v. 1, 2003.

FERREIRA, B. E. et al. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. Revista Brasileira Epidemiologia, v.15, n.1, p.75-84, 2012.

LIMA, M. D. Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e AIDS: repercussões para a saúde. 2012. 172f. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SALDANHA, A. A. W. Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável. 2003. f. 260. Tese para obtenção do título de Doutor (psicologia), Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras, Ribeirão Preto, 2003.

SANTOS, S. C. et al. Assistência pré-natal, partos e puerperio pré-natal de alto risco emergências obstétricas saúde da mulher. 1º edição. Recife, 2005.

ZERBINATTI, R. Investigação das mudanças no cotidiano de Portadores de hiv após o diagnóstico. 2008. f. 83. Trabalho de conclusão de curso, São Carlos-SP, 2008.

Agradecimentos

Ao curso de graduação em enfermagem da Universidade Regional do Cariri – Unidade Descentralizada de Iguatu.
Grupo de Pesquisa Enfermagem, Saúde e Sociedade (GRUPESS).
Grupo de Pesquisa em Avaliação de Tecnologias do Sistema Único de Saúde (GPTSUS).

Humanização da Assistência de Enfermagem na Consulta Ginecológica

Sibele Lima da Costa (apresentador) – Universidade do Estado do Ceará (UECE) - sibelcosta@gmail.com

Andréia Melo Gonçalves – Universidade Potiguar (UnP)

Israela Lima Araújo - UnP

Kalyane Kelly Duarte de Oliveira – Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Rodrigo Jacob Moreira de Freitas - UECE

Dafne Paiva Rodrigues (Orientador) – UECE

Palavras-chave: Humanização da assistência. Enfermagem em Saúde Pública. Exame Papanicolau

Resumo

O presente artigo tem por objetivo analisar as concepções das usuárias no que diz respeito à humanização na consulta ginecológica. Trata-se de uma pesquisa de natureza descritiva com abordagem qualitativa, onde foram entrevistadas quinze mulheres com idade entre dezoito e cinquenta anos, cadastradas na Unidade Básica de Saúde Sede I, na cidade de Quixeré – CE. O instrumento utilizado para a coleta de dados foi um roteiro para entrevista semiestruturada. Observou-se que as mulheres entrevistadas tinham uma percepção equivocada do que vem a ser humanização, pois as mesmas referem à consulta como “boa” relacionada à saúde, porém em outro momento relatam que não foram informadas acerca de procedimentos realizados e orientações oferecidas por parte do profissional. Diante disso, percebeu-se a necessidade da valorização do sujeito, através da educação em saúde, e da usuária como a protagonista da consulta, tratando-a como ser integral.

Introdução

A Política de Humanização tem compreendido, em sintonia com as discussões atuais nos espaços de gestão e acadêmico, que a atenção básica é espaço significativo para a qualificação do SUS como política pública. Isto porque, de um lado, favorece a produção de vínculos terapêuticos entre sistema/equipes e usuários/redes sociais, e de outro lado, exatamente esta vinculação com corresponsabilização é que permite a organização de cuidado em rede, pois o vínculo inequívoco entre equipe-usuário é força-motriz para o acionamento dos demais equipamentos de saúde do território, permitindo avançar na composição de ofertas de atenção à saúde de forma organizada e em sintonia com as singularidades das situações (BRASIL, 2010).

Assim, para a implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) na Atenção Básica, são necessárias a elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, considerando as políticas Inter setoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde; formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam à otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivado (BRASIL, 2004).

Quem está na atenção básica tem mais condições de conhecer a mulher ao longo do tempo, a situação afetiva, o significado e a repercussão do sofrimento/adoecimento, podendo assim, oferecer maior satisfação na efetivação do atendimento, onde se é prestada uma consulta ginecológica de qualidade, oferecendo a mesma oportunidade de esclarecimento de dúvidas, orientações quanto às ações prestadas, etc. Para isso, torna-se necessário uma escuta qualificada entre profissional e usuário, pois a comunicação entre ambos é essencial para a obtenção eficaz de dados relevantes sobre a situação de saúde daquela mulher (BRASIL, 2009).

Dentre alguns desafios para se alcançar a integralidade na assistência à saúde da mulher na Atenção Básica, estão às ações de controle dos cânceres de colo do útero e da mama. O câncer está entre as principais causas de morte na população feminina e, a mudança de hábitos, aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência dessa doença (CARVALHO, 2008).

O câncer de colo do útero (CCU) é o segundo mais frequente na população feminina, atrás apenas do câncer de mama, e a quarta causa de morte em mulheres por câncer no Brasil. Anualmente, faz 4.800 vítimas fatais. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. O número de casos novos de câncer de mama esperados para o ano de 2012 no Brasil é 52.680 (BRASIL, 2012).

A consulta ginecológica é fundamental para prevenção do câncer cérvico uterino e o de mama. Nesse momento a comunicação, a perspicácia e a disponibilidade de tempo são de fundamental importância com o intuito de propiciar uma maior empatia e confiança entre profissional e cliente, além de minimizar a ansiedade, a timidez e a vergonha, contribuindo para abordagens que proponham a prevenção do câncer ginecológico (DIÓGENES, REZENDE, PASSOS, 2001).

É imprescindível durante o processo de formação do enfermeiro, a compreensão do seu papel na consulta ginecológica relacionado à problemática do câncer de colo do útero, de mama e das DST, bem como sobre a importância do registro adequado da consulta para que possa ser prestada uma assistência humanizada e de qualidade à mulher (CARVALHO, 2008).

Diante disso observou-se durante as práticas da disciplina Estágio Supervisionado que a consulta ginecológica, na maioria das vezes não ocorria conforme o preconizado pelos manuais de prática do Ministério da Saúde. Surgiu portanto o seguinte questionamento: Quais as concepções das usuárias no que diz respeito à humanização durante a consulta ginecológica?

Nesse sentido o presente trabalho tem como objetivo analisar as concepções das usuárias no que diz respeito à humanização na consulta ginecológica.

Metodologia

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa realizada na Unidade Básica de Saúde Sede I, na cidade de Quixeré-CE. Os sujeitos da pesquisa foram 15 usuárias com idade entre 18 e 50 anos que procuram a Unidade de Saúde para a realização da consulta de enfermagem ginecológica. Para coleta dos dados foi utilizado um roteiro para entrevista semiestruturada. Após a coleta foi empregada a técnica de análise do discurso do sujeito coletivo. A coleta de dados foi iniciada após o parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (nº 144.306) da Universidade Potiguar.

Resultados e Discussão

As 15 mulheres participantes dessa pesquisa encontram-se na faixa etária entre 22 e 50 anos, com prevalência de idade entre 20 e 30 anos. Em relação ao estado civil 10 casadas, 4 solteiras e 1 viúva. Quanto à escolaridade, 1 analfabeta, 7 com 1º grau completo, 4 com 2º grau completo, 2 com ensino superior incompleto e 1 com ensino superior completo. O número de filhos variou entre zero a 4 filhos, com predominância de 2 filhos. As mulheres, geralmente, desconhecem a causa do câncer de colo do uterino e o associam a inflamação, às doenças sexualmente transmissíveis ou a falta de higiene (LIMA; PALMEIRA; CIPOLLOTTI, 2006). Dessa forma, os saberes populares sobre a origem dessa doença são repassados e reelaborados de acordo com conveniência dos indivíduos.

Além do que, como afirma Nascimento (2010), os sentimentos positivos em relação à prevenção, como a tranquilidade e o alívio, contribuem para a adesão das mulheres ao exame Papanicolau realizado com regularidade. Considerando-se que a sensação de tranquilidade e de alívio, faz com que a mulher se sinta mais segura em relação à doença, é importante que haja um melhor direcionamento das práticas de saúde, sobretudo, da enfermagem, na figura do enfermeiro, para a realização da prevenção da doença.

O que se constatou diante dos relatos das entrevistadas foi que, em sua maioria, a consulta se restringe basicamente no exame de mamas e no exame especular. Porém, percebeu-se que algumas mulheres relatam que a profissional faz algumas perguntas direcionadas sobre a vida sexual e obstétrica das mesmas. Isso acontece nas seguintes falas: *“Só a prevenção mesmo comum, e o exame das mamas”* (Borgonha, 48 anos). *“Só faz o exame nos seios da gente, depois faz o exame”* (Vermelho, 44 anos). *“Só mandou eu tirar a roupa e ir lá pra cima da cama. [...] ela colocou o ferro né...”* (Lilás, 45 anos).

Com relação à avaliação da consulta, a grande maioria das mulheres relata ter sido boa, respondendo de maneira simples e direta: *“Boa”* (Branco, 47 anos; Cinza, 22 anos; Laranja, 28 anos; Marrom, 27 anos; Borgonha, 48 anos). Porém algumas referem “boa” não no sentido fidedigno da palavra, mas sim, na sua importância para a saúde de cada uma. Isso pode ser percebido nas seguintes falas: *“Eu acho que foi boa. Porque é uma coisa que a gente precisa fazer”* (Azul, 49 anos). *“Sim, eu acho boa. E assim né, todas as mulheres tem que fazer, porque é uma coisa que já tá dizendo né: prevenção. Tá prevenindo o que pode ser remediado”* (Roxo, 33 anos). *“É boa né... Vale à pena. Tem de prevenir né, a doença do câncer, tá muito avançada”* (Violeta, 26 anos).

Algumas mulheres ainda relacionam a avaliação com o exame preventivo, mas ao final da fala comentam sobre o atendimento prestado. Foi possível observar isso nas falas: *“Boa. Apesar do... Não que o atendimento seja ruim, mas que é muito complicado até pra você marcar. Pra você marcar um exame desse é um pouco chato, é um pouco difícil. Mas o atendimento é sempre bom”* (Cinza, 22 anos).

Diante dos relatos das entrevistadas, constatou-se que a consulta de enfermagem ginecológica se restringe basicamente na realização da técnica, não havendo por parte da profissional uma preocupação acerca do acolhimento e diálogo, bem como de ações educativas durante toda a consulta ginecológica, passos esses, fundamentais para uma consulta humanizada e de qualidade.

Eduardo *et al.*, (2007) afirma que durante a consulta o enfermeiro deve realizar uma completa *anamnese*, preparar o cliente para o exame, realizar a técnica da coleta propriamente dita, ser capaz de perceber intercorrências, observar a necessidades de se realizar encaminhamentos e ao final da consulta enfatizar a importância do retorno em tempo adequado. Durante a realização do exame é necessário criar um vínculo com o paciente para que a consulta se torne mais humanizada e para que a cliente se sinta mais a vontade.

Embora a consulta não tenha ocorrido de forma completa e humanizada, a maioria das entrevistadas avaliaram como sendo boa. Mas percebeu-se que a maioria das entrevistadas interpretou a pergunta como sendo a importância do exame para saúde, e não no sentido real da pergunta, que era como elas acharam que foi a consulta que receberam, se a profissional realizou suas atividades na consulta. Isso pode se dar pelo fato de que a maioria das entrevistadas apresentam baixo nível de escolaridade, não possuindo um nível de compreensão, conhecimento e também não conseguindo se expressar.

Essa questão é um fato muito importante que deve ser levado em consideração, pois a partir disso, deve-se empregar uma linguagem simples e de fácil entendimento. Como afirma o Ministério da Saúde, o fato de as usuárias apresentarem baixo nível de escolaridade é um fator determinante para o profissional compreender que o processo de comunicação deve acontecer numa abordagem simples e direta, para ser captado e entendido por todas as mulheres. (BRASIL, 2006).

O que se percebeu diante das respostas das usuárias quando indagadas a respeito do esclarecimento dos procedimentos por parte da profissional de enfermagem durante o atendimento foi que: o fato de elas estarem anualmente realizando o preventivo, são dispensadas questões quanto à orientações e explicações de procedimentos durante a consulta ginecológica de enfermagem. Isso se enfatiza nas seguintes falas: *“Não... a gente já sabe né... já sabe o que ela vai fazer”* (Branco, 47 anos). *“Explicou né, a gente já viu fazendo, já sabe mais ou menos como é”* (Preto, 49 anos). *“No início... Porque no que eu tenho já costume né... Mas no início com certeza ela explicou[...]”* (Roxo, 33 anos).

Diante das questões levantadas e as respostas das usuárias foi percebido certa contradição entre as mesmas, onde algumas relatam ter recebido orientações quanto aos procedimentos e a grande maioria relatam não ter recebido. Essa divergência pode se dar pelo fato de algumas das entrevistadas ter receio de falar e estar expondo a profissional, e por acharem que as informações colhidas na entrevista seriam posteriormente analisadas pela profissional. Isso foi percebido, mesmo depois de as entrevistadas serem esclarecidas que as respostas seriam mantidas em sigilo e usadas exclusivamente para fins de pesquisa.

Sobre a relação profissional x paciente, observou-se, através da entrevista, que grande maioria das entrevistadas possui uma boa relação com a mesma, estando bem à vontade pra questionar e tirar as dúvidas existentes. Segundo elas, pelo fato de a profissional dar abertura para esses questionamentos, liberdade, segurança, e também o fato de ela ser do mesmo sexo.

Conclusão

A assistência prestada às usuárias que buscam a enfermeira para realizar a consulta ginecológica é basicamente de caráter curativo, visando a doença como o principal fator da consulta, havendo orientações apenas se a usuária relatar alguma queixa ou apresentar dúvidas relacionadas a sua saúde.

Com isso, conclui-se que devido à longa atuação da profissional de enfermagem naquela Unidade Básica de Saúde, as mulheres entrevistadas, por não terem um parâmetro para comparação na realização da consulta, não diferem o que vem a ser uma consulta humanizada, de uma consulta referida “boa”, pelo fato de se tratar da saúde de cada uma.

Para um atendimento humanizado não é necessário apenas que a mulher seja tratada bem e com delicadeza, é necessário que os profissionais reflitam

constantemente sobre suas práticas em relação ao exame, e de que a mulher seja contemplada em sua totalidade, pois é através destas reflexões e ações contemplativas que se pode construir uma assistência de qualidade.

Mudar a assistência prestada pelos profissionais de enfermagem, centrada na cura, na doença, na fragmentação do sujeito, baseada no modelo biomédico, corresponde a demonstrar respeito pelo ser humano, compreendendo suas peculiaridades e defendendo os seus direitos enquanto cidadão.

Entretanto, existem muitas dificuldades para que essas mudanças ocorram, seja com relação ao serviço ou aos profissionais que nele atuam, mas é de suma importância que esses profissionais compreendam a importância da humanização no cuidado, e não menos importante que isso, é preciso, primeiramente, que eles percebam a necessidade de mudanças, tanto na assistência prestada, como nos espaços e instrumentos utilizados para obtenção da saúde.

A humanização, portanto, é imprescindível na relação entre profissionais de saúde e os usuários, uma vez que, possibilita o acolhimento e uma escuta qualificada, ferramentas essas importantes, que tem como finalidade a construção de vínculos entre os sujeitos, garantindo uma assistência à saúde integral e de qualidade.

Referências

BRASIL. Política Nacional de Humanização. **Caderno Humaniza SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **O HumanizaSUS na atenção básica/Ministério da Saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização – Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2012: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.

CARVALHO, A. L. S. et al. Avaliação dos registros das consultas de enfermagem em ginecologia. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, 2008.

DIÓGENES, MAR; REZENDE, MDS; PASSOS, NMG. **Prevenção do câncer: atuação do enfermeiro na consulta de enfermagem ginecológica: aspectos éticos e legais da profissão**. Fortaleza: Pourchain Ramos, 2001.

EDUARDO, K. G. T. et al. Preparação da mulher para a realização do exame de Papanicolaou na perspectiva da qualidade. **Acta Paul Enferm**, 2007.

LIMA, C. A.; PALMEIRA, J. A. V.; CIPOLOTTI, R. Fatores Associados ao Câncer do Colo Uterino em Propriá, Sergipe. **Cad. Saúde Pública**, vol. 22. Rio de Janeiro, 2006.

NASCIMENTO, L. C. **Representações sociais da prevenção do câncer cervico-uterino elaboradas por mulheres**. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Universidade Federal do Piauí. 2010.

Agradecimentos

À Secretaria de Saúde pela anuência da pesquisa no território da Atenção Primária à Saúde; aos participantes da pesquisa pela disponibilidade do tempo e por conceder seus depoimentos para pesquisa em saúde; aos alunos da Universidade Potiguar participantes nesta pesquisa pelo envolvimento e empenho em proporcionar um Sistema de Saúde mais equânime.

V Seminário Internacional em Promoção da Saúde

V Seminário Internacional em
Promoção da Saúde